



III SEMINÁRIO
“ENSINO, PESQUISA & CIDADANIA EM
CONVERGÊNCIA”

VOLUME 08: DIREITO & SAÚDE (TOMO II)



III SEMINÁRIO ENSINO, PESQUISA & CIDADANIA EM CONVERGÊNCIA

Volume 08: Direito & Saúde (Tomo II)

ORGANIZAÇÃO DA COLETÂNEA

Prof. Dr. Tauã Lima Verdan Rangel

Profa. Ma. Neuza Maria de Siqueira Nunes

EDITORAÇÃO E PADRONIZAÇÃO DA COLETÂNEA

Prof. Dr. Tauã Lima Verdan Rangel

Profa. Ma. Neuza Maria de Siqueira Nunes

ISBN: 978-10-799-9711-8

FACULDADE METROPOLITANA SÃO CARLOS

Avenida Governador Roberto Silveira, nº 910

Bom Jesus do Itabapoana-RJ

CEP: 28.360-000

Site: www.famescbji.edu.br

Telefone: (22) 3831-5001

Projeto Gráfico da Capa: Figura (1917) de Anita Malfatti. Coleção Particular.



O conteúdo de cada trabalho é de responsabilidade exclusiva dos autores.

A reprodução dos textos é autorizada mediante citação da fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca Marlene Henriques Alves – Famesc

S471e Seminário Ensino, pesquisa e cidadania em convergência (3. : 2019 : Bom
v. 8 Jesus do Itabapoana, RJ) Ensino, pesquisa e cidadania em convergência
: volume 8. Direito e saúde (Tomo I I) organização Tauã Lima
Verdan Rangel e Neuza Maria de Siqueira Nunes. – Bom Jesus do
Itabapoana, RJ: Faculdade Metropolitana São Carlos, 2019.
8 v.

Modo de acesso: World Wide Web: <http://www.famesc.edu.br/biblioteca/>
ISBN: 978-10-799-9711-8

1. UNIVERSIDADE METROPOLITANA SÃO CARLOS –
CONGRESSOS 2. EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA – BOM JESUS DO
ITABAPOANA (RJ) – CONGRESSOS 3. ENSINO SUPERIOR –
PESQUISA 4. ABORDAGEM INTERDISCIPLINAR DO
CONHECIMENTO I. Faculdade Metropolitana São Carlos II. Rangel,
Tauã Lima Verdan (org.) III. Nunes, Neuza Maria de Siqueira (org.)
IV. Título

CDD 378.1554098153

PREFÁCIO

Prezado Leitor!

Com imensa alegria, prefaciamos o conjunto de produções oriundos do III Seminário sobre “*Ensino, Pesquisa & Cidadania em convergência*”, capitaneado pelos professores Ma. Neuza Maria de Siqueira Nunes e Dr. Tauã Lima Verdan Rangel em suas práticas e técnicas de ensinagem cotidianas, desenvolvidas no ambiente da Faculdade Metropolitana São Carlos, campus de Bom Jesus do Itabapoana-RJ.

Pensar, contemporaneamente, no processo de ensino-aprendizagem perpassa, de maneira obrigatória, pela capacidade dos docentes se reinventarem e mediarem o conhecimento como algo dinâmico, multifacetado, fluído e com interações diretas com a realidade em que os discentes estão inseridos. Inclusive, neste aspecto, sobreleva mencionar a missão da Faculdade Metropolitana São Carlos como agente de desenvolvimento local, direcionando sua atenção para os matizes e as peculiaridades existentes na região do noroeste fluminense, em especial o Município de Bom Jesus do Itabapoana-RJ.

Assim, o ambiente acadêmico deve ser um espaço democrático de contribuições recíprocas, reflexões crítico-científicas e heterogêneo, a fim de compreender dinâmicas e temáticas dotadas de relevância no contexto atual. A partir de tal ótica, o projeto supramencionado se apresenta como instrumento capaz de promover a inclusão dos discentes como protagonistas do processo de ensino-aprendizagem;

atores centrais responsáveis por conferir materialidade e pensamento crítico-reflexivo ao conteúdo ministrado.

Desta feita, o Seminário sobre “*Ensino, Pesquisa e Cidadania em convergência*”, em sua terceira edição, perpetua a apresentação de resultados robustos e frutíferos, o quê, em grande parte, se deve ao envolvimento dos discentes na dinamicidade do processo de ensino-aprendizagem, abandonando o cômodo *status* de sujeitos passivos da apreensão do conhecimento e passando, de maneira direta, influenciar na construção, na reflexão e na propagação do saber científico.

Convidamos todos à leitura!

Prof. Dr. Carlos Oliveira de Abreu
Diretor Geral da Faculdade Metropolitana São Carlos

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	9
Prof. Dr. Tauã Lima Verdan Rangel	
3º PERÍODO	12
Princípio da vedação ao retrocesso social e a concretização do direito à saúde – Adriani Eduardo Castro, Larissa da Silva Leal, Luiza Cordeiro Gomes, Ione Galoza de Azevedo & Tauã Lima Verdan Rangel.....	13
O mínimo existencial social e sua vinculação com o direito à saúde – Aline Honorato Borges Silveira, Domingos Sávio Peres do Amaral, Letícia Lugão Pacheco de Oliveira, Neuza Maria de Siqueira Nunes & Tauã Lima Verdan Rangel.....	19
O direito à saúde para grupos vulneráveis: a política da saúde pública para a população de rua – Brenda Rocha Marcelino, Dalrenice da Silva Cançado, Matheus de Oliveira Lima, Ione Galoza de Azevedo & Tauã Lima Verdan Rangel	27
Acesso à água potável e sua imprescindibilidade ao direito à saúde – Camille da Silva, Maurício Borge Dias, Maysa Pecly Azevedo, Ione Galoza de Azevedo & Tauã Lima Verdan Rangel.....	35
O direito à saúde para grupos vulneráveis: a política de saúde para crianças e adolescentes – Domingos Sávio Peres do Amaral, Bianca Manhães Gomes de Araujo, Cláudia Gonçalves Brito, Neuza Maria de Siqueira Nunes & Tauã Lima Verdan Rangel.....	41
O direito à saúde para grupos vulneráveis: a política de saúde para homossexuais, lésbicas e travestis - Domingos Sávio Peres do Amaral, Bianca Manhães Gomes de Araujo, Cláudia Gonçalves Brito, Neuza Maria de Siqueira Nunes & Tauã Lima Verdan Rangel.....	49
O direito à saúde para grupos vulneráveis: a política de saúde para celíacos e portadores de necessidades alimentares especiais – Francine Tavares Souza Bastos, Mayara de Oliveira de Amorim, Mateus Souza de Rezende, Larissa Vieira de Rezende & Tauã Lima Verdan Rangel.....	58

Inclusão de portadores de deficiência visual no ambiente acadêmico: direito à educação e à saúde – Larissa dos Santos Gomes, Yohana Cristina Nascimento Pinheiro, Júlia Maria Soares de Souza, Ione Galoza de Azevedo & Tauã Lima Verdan Rangel	63
Teoria das Escolhas Drásticas e o direito à saúde em aparente colisão – Luan Rosa Ramos, Nélío Fernandes Silva Couto Júnior, Roberto Franco Rocha, Ione Galoza de Azevedo & Tauã Lima Verdan Rangel.....	70
O direito à saúde para grupos vulneráveis: a política de saúde para população prisional – Luciana dos Santos Malaquias, Laura Boechat Mendonça, Maurício dos Santos Muce, Ione Galoza de Azevedo & Tauã Lima Verdan Rangel	76
O direito à saúde para grupos vulneráveis: a política de saúde para a população prisional feminina – Mairlon Fabian de Sousa, Rodrigo Tatagiba Souza, Vitor Nassar Motta & Tauã Lima Verdan Rangel.....	83
O direito à saúde para grupos vulneráveis: a política de saúde para prostitutas – Júnia Bareli Féres, Sara Faria Lopes, Thais da Silva Prepéta, Ione Galoza de Azevedo & Tauã Lima Verdan Rangel.....	88
9º PERÍODO	94
A depressão como esgotamento no ambiente laboral: assédio e direito à saúde – Ana Carolina Medeiros Pelegrini & Tauã Lima Verdan Rangel	95
Direito à saúde em um cenário de escolhas: a teoria da reserva do possível <i>versus</i> o estado mínimo de saúde – Catarina Pastor Santos & Tauã Lima Verdan Rangel	103
Os impactos causados na saúde mental da mulher-vítima de violência sexual no âmbito doméstico e familiar – Emilly de Figueiredo Barelli & Tauã Lima Verdan Rangel.....	111
O direito à saúde para grupos sexuais vulneráveis: uma análise do direito à saúde de travestis – Jean Carlos Pereira Andrade & Tauã Lima Verdan Rangel	117
Espiritualidade, Direito e saúde: o direito à saúde diante das peculiaridades do credo: o caso das testemunhas de Jeová – Leonara de Oliveira Zanon & Tauã Lima Verdan Rangel.....	123

O direito à laqueadura como desdobramento do direito à saúde da mulher – Maria Izabel Crisostomo Oliveira & Tauã Lima Verdan Rangel.....	131
--	-----

APRESENTAÇÃO

A Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC), ciente da necessidade de formar profissionais que atendam as demandas da região, idealizou e programou cursos com o objetivo de inovar na concepção do perfil dos seus egressos: conscientes de seu papel e de suas responsabilidades na contribuição para o crescimento da região e para o fortalecimento de suas raízes históricas. No que concerne à missão institucional, tem-se: “A FAMESC tem como missão formar profissionais de nível superior, garantindo qualidade, solidez, segurança e modernidade, visando ao desenvolvimento socioeconômico e cultural da região na qual está inserida”.

O III Seminário sobre “Ensino, Pesquisa & Cidadania em convergência” visa estabelecer um espaço heterogêneo e multifacetado de trocas de experiências e aprendizados recíprocos. Para tanto há uma integração entre os conteúdos teóricos e a prática, a inserção no contexto regional e no compromisso social. Dessa forma, há, a partir da perspectiva convergente, um diálogo de primordial importância entre o espaço acadêmico, sobretudo na condição de ambiente crítico-reflexivo, com os eventos e singularidades sociais, enquanto laboratório dinâmico de instigação e refinamento do conhecimento.

São ofertadas aos discentes para a conquista de habilidades que caracterizam o seu perfil profissional, no qual se fundem a competência técnica e conceitual, a capacidade de administrar percepções, disponibilidade para ouvir e a habilidade para negociar; com mente aberta para entender as mudanças e flexibilidade suficiente para se adaptar a elas; do trabalho em equipe, criativo, cooperativo e colaborativo; do domínio de línguas e da

tecnologia e, principalmente, a capacidade de pensar estrategicamente e propor soluções inovadoras e decisões profissionais embasadas na ética, no bem-comum e na preocupação com as mudanças da sociedade em busca de desenvolvimento sustentável.

O perfil dos Cursos da IES se inspira e se volta para o contexto sócio regional das Regiões Norte e Noroeste Fluminense em que se insere, bem como regiões circunvizinhas de grande expressão e busca, através da atuação de seus egressos, a formulação de novos conhecimentos e na sua ação extensionistas, consolidar e aperfeiçoar o processo de crescimento da cidadania e das Instituições que compõem tais regiões.

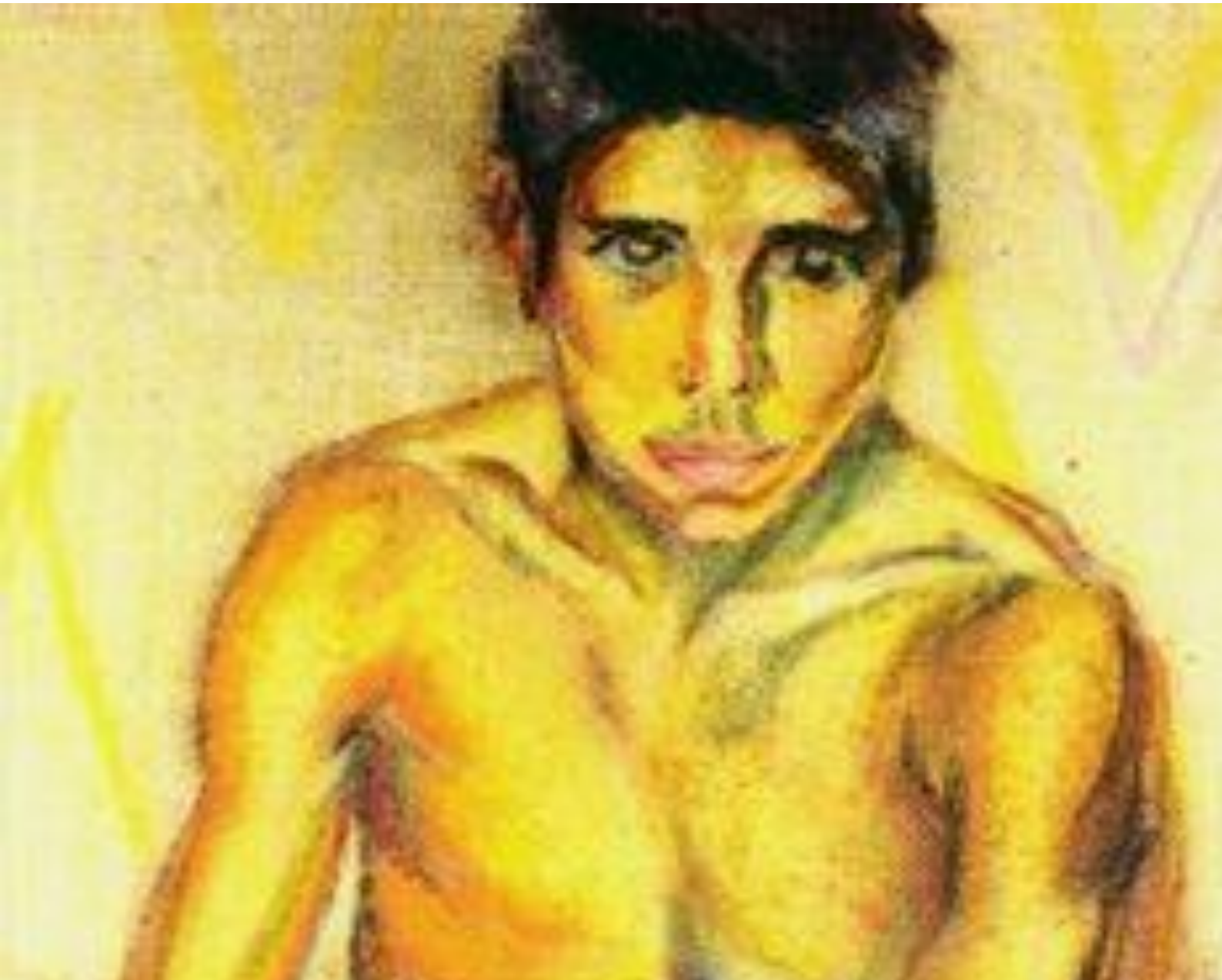
A partir de tais variáveis para a formação diferenciada de profissionais alinhados com um cenário contemporâneo que reclama novas perspectivas formacionais, o III Seminário sobre “Ensino, Pesquisa & Cidadania em convergência”, como iniciativa do Curso de Direito, se apresenta como uma proposta diferenciada de qualificação dos discentes.

O escopo de tal projeto visa promover um contato imprescindível entre os discentes e o cenário acadêmico, a partir de bancas, constituídas por docentes do Curso e membros convidados. Para tanto, a iniciativa do projeto avalia, além dos tradicionais componentes indissociáveis dos projetos de pesquisa, elementos diferenciadores e colaboradores para o ambiente acadêmico, a exemplo de: criticidade sobre temáticas contemporâneas, vanguardismo para abordagem das propostas eleitas, interdisciplinaridade com áreas que desbordam do Direito e de sua visão dogmático-tradicional.

Nesta seara, em sua primeira edição e em processo de consolidação institucional, o III Seminário sobre “Ensino, Pesquisa e Cidadania em convergência” materializa importante instrumento de perspectiva arrojada que culminará na confecção de pesquisas capazes de contribuir para a Comunidade Acadêmica e para o cenário em que a Instituição se encontra inserida.

Desejamos uma boa leitura a todos!

Prof. Dr. Tauã Lima Verdan Rangel
*Coordenador Geral do III Seminário “Ensino, Pesquisa
& Cidadania em convergência”*



DIREITO E SAÚDE:
3º PERÍODO



PRINCÍPIO DA VEDAÇÃO AO RETROCESSO SOCIAL E A CONCRETIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE

CASTRO, Adriani Eduardo¹
LEAL, Larissa da Silva²
GOMES, Luiza Cordeiro³
AZEVEDO, Ione Galoza de⁴
RANGEL, Tauã Lima Verdan⁵

INTRODUÇÃO

O objetivo do exposto concentra-se no entendimento do princípio da vedação ao retrocesso social e a concretização do direito à saúde. O direito à saúde enquanto dever do Estado é constitucionalmente garantido pelo Artigo 196 da Constituição Federal, e assegura que a saúde é direito de todos e dever do Estado que, por meio políticas sociais e econômicas, devem ser garantidos ao cidadão. Pode-se dizer que a saúde é um direito de todos os cidadãos, que foi alcançado por meio de muita luta, sendo dessa forma sua tutela assegurada pelo Estado.

Entretanto, há no ordenamento jurídico, em relação ao direito à saúde, a restrição ou exclusão, que estão sendo efetivadas tanto em âmbito legislativo quanto em âmbito

¹ Graduanda do Curso de Direito da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade Bom Jesus do Itabapoana, adrianieduardocastro@hotmail.com;

² Graduanda do Curso de Direito da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade Bom Jesus do Itabapoana, larissaleal37@gmail.com;

³ Graduanda do Curso de Direito da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade Bom Jesus do Itabapoana, luiza.cordgomes@hotmail.com;

⁴ Professora Orientadora. Mestra em Cognição e Linguagem pela Universidade Estadual do Norte Fluminense “Darcy Ribeiro”. E-mail: ionegaloza@yahoo.com.br

⁵ Professor orientador. Pós-Doutorando (Bolsa FAPERJ) vinculado ao Programa de Pós-Graduação Strictu Sensu em Sociologia Política da Universidade Estadual do Norte Fluminense (UENF). Mestre (2013-2015) e Doutor (2015-2018) em Ciências Jurídicas e Sociais pela Universidade Federal Fluminense. Especialista Lato Sensu em Gestão Educacional e Práticas Pedagógicas pela Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) (2017-2018). Especialista Lato Sensu em Direito Administrativo pela Faculdade de Venda Nova do Imigrante (FAVENI)/Instituto Alfa (2016-2018). Especialista Lato Sensu em Direito Ambiental pela Faculdade de Venda Nova do Imigrante (FAVENI)/Instituto Alfa (2016-2018). Especialista Lato Sensu em Direito de Família pela Faculdade de Venda Nova do Imigrante (FAVENI)/Instituto Alfa (2016-2018). Especialista Lato Sensu em Práticas Processuais Civil, Penal e Trabalhista pelo Centro Universitário São Camilo-ES (2014-2015). E-mail: taua_verdan2@hotmail.com

doutrinário. Dessa forma, o presente resumo expandido irá trabalhar a análise histórica, bem como conceitual do princípio da proibição do retrocesso social, que funciona como forma de garantia a cumprimento do direito à saúde.

MATERIAL E MÉTODOS

O método utilizado para a elaboração deste trabalho foi à revisão bibliográfica, análise de artigos científicos, sites eletrônicos da web, entendimento doutrinário e legislação pertinente e aplicável a matéria.

DESENVOLVIMENTO

Não há que se começar o debate acerca do tema sem citar o artigo da Constituição Federal que nos leva a ampliação do Direito à Saúde a todos, sendo este tutelado pelo Estado, sendo assim:

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 (BRASIL, 1988)

"Garantido mediante políticas sociais e econômicas", ampliando o artigo, há de se fazer uma análise acerca da afirmação supracitada. O Supremo Tribunal Federal pensa acerca do assunto que,

O direito a saúde é prerrogativa constitucional indisponível, garantido mediante a implementação de políticas públicas, impondo ao Estado a obrigação de criar condições objetivas que possibilitem o efetivo acesso a tal serviço. (AI 734.487-AgR, Rel. Min. Ellen Gracie, julgamento em 3-8-2010, Segunda Turma, DJE de 20-8-2010.) Vide: RE 436.996-AgR, Rel. Min. Celso de Mello, julgamento em 22-11-2005, Segunda Turma, DJ de 3-2-2006; RE 271.286-AgR, Rel. Min. Celso de Mello, julgamento em 12-9-2000, Segunda Turma, DJ de 24-11-2000.

Entretanto, há uma enorme falha na efetivação do Direito à saúde por parte dos entes federativos, como bem acrescenta Andrade

Os recursos públicos destinados à área da saúde, pelo Estado, são limitados e não compatíveis com tamanha demanda abrangida pelo Sistema de Saúde adotado, principalmente quando falamos de um país de dimensões continentais como o Brasil. O que torna de certa forma, a efetivação de tal direito extremamente complexo, tendo em conta a probabilidade, nestas circunstâncias, de ocorrência de omissões na prestação desse direito fundamental, por parte do Estado (ANDRADE, 2010, online)

Pessoas que utilizam o sistema de saúde adotado de forma gratuita encaram inúmeras dificuldades para conseguir acesso a esse direito que é garantido constitucionalmente. Dificuldades como, a falta de equipamentos, leitos e de profissionais, também a demora em filas de espera que por vezes duram meses. Sem falar que nas regiões mais distantes dos grandes centros, a infraestrutura é precária. Manter um sistema de saúde universal é um desafio, e manter esse modo de sistema em um país como Brasil é um desafio a altura da sua extensão territorial. (TIEGHI, 2013, s.p).

Com a realização do sistema único de saúde, houve o reconhecimento de ganhos importantes, com o advento de uma série de políticas impactantes na atenção básica. Andrade vislumbra evidenciar que

Apesar dos avanços, a luta pela efetivação do direito a saúde no Brasil ainda permanece, pois o financiamento deste sistema ainda se mostra insuficiente em face de tamanha demanda abarcada pelo sistema, o que vem acarretando a ocorrência de uma série de omissões por parte do Estado, que tem o dever constitucionalmente imposto de garantir esse direito fundamental a todos os cidadãos. (ANDRADE, 2010, online)

O retrocesso social referente ao direito à saúde traz análises sobre conceitos doutrinários que legitimam a flexibilização, desregulamentação e desconstitucionalização do direito à saúde como, por exemplo, as teses relativas ao mínimo existencial, reserva do possível e escassez de recursos financeiros (CUNHA, 2011, s.p).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo Brasil (2007), com o princípio contido da proibição do retrocesso, existirá uma maior intervenção na verdadeira estabilidade constitucional em face dos direitos sociais. Evitando que a ordem jurídica sinta a insegurança reformista, por vezes indispensável, na esfera constitucional e infraconstitucional. Assim, o princípio do retrocesso social seria como uma espécie de fio condutor da estabilidade dos direitos fundamentais que certificam a dignidade da pessoa humana como um todo e por resultado a efetividade da segurança jurídica no Estado de Direito. Ademais, deve-se ressaltar que “a garantia do princípio da proibição do retrocesso social efetiva a dignidade da pessoa humana fundamentada na eficácia da segurança jurídica”. (BRASIL, 2007, online)

De acordo com Araújo, Soares e Rangel (s.d.), o princípio da vedação ao retrocesso social está ligado ao princípio da segurança jurídica, ambos têm origem da Magna Carta de 1988, e se tornou um princípio fundamental para o sistema jurídico. É possível observar que a vedação ao retrocesso social é protegida diretamente no princípio da segurança jurídica, sendo que se a norma for considerada pública e estiver em concordância com a Lei Maior, não poderá ser excluída ou restringida, apenas poderá ser ampliada.

Segundo Araújo, Soares e Rangel (s.d.), o direito à saúde teve modificações na sua forma individual e coletiva, mas nunca perdeu a sua efetividade, pois esse direito surgiu dentro do ordenamento jurídico brasileiro, no ramo do direito público, com a sua proteção garantida pelo Estado. Conforme os autores citados acima, o direito à saúde fez-se um ramo do direito fundamental e social. Portanto, o direito à saúde foi efetivado no artigo 196 da CF/88, como “direito de todos” e “dever do Estado”, a partir disso, o direito à saúde comporta-se como um direito individual, também como direito coletivo (ARAÚJO, SOARES; RANGEL, s.d.).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se, assim, verificar que a vedação ao retrocesso social seria uma forma de evitar, através de uma proibição, que normas de cunho social e fundamental, venham padecer de diminuições ou remoção dos níveis de efetividade e êxito, por meio de reformas constitucionais, administrativas e legislativas.

A saúde, é um direito fundamental garantido pela Constituição Federal, mas apesar dos progressos significativos atribuídos à área da saúde, esses recursos são escassos e não compatíveis com a procura. Pois, é um conceito amplo, e para obter a saúde plena, são precisos de muitos outros recursos, como por exemplo, a disponibilização de água potável, alimentos, higiene, consultas médicas anualmente, entre outros. Os quais o Estado não atribui igualmente entre os cidadãos, e muitos chegam a não ter acesso a pelo menos dois desses recursos.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Zenaida Tatiana Monteiro. Da efetivação do direito à saúde no Brasil. In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, 2010. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=9037>. Acesso em: 21 mai. 2019.

ARAÚJO, Cassiano Silva; SOARES, Hebner Peres; RANGEL, Tauã Lima Verdan. Direito à saúde em tempos de crise: da necessária incidência do princípio da vedação ao retrocesso social. In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, 20, n. 163, ago 2017. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=19424&revista_caderno=9>. Acesso em mai. 2019.

BRASIL, Francisca Narjana de Almeida. O princípio da proibição do retrocesso social como efetividade da segurança jurídica. In: **Direito Net**: portal eletrônico de informações, 2007. Disponível em: <<https://www.direitonet.com.br/artigos/exibir/3816/O-principio-da-proibicao-do-retrocesso-social-como-efetividade-da-seguranca-juridica>>. Acesso em: 22 mai. 2019.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 05 de outubro de 1988. Disponível em:

<https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/con1988_06.06.2017/art_196_.asp>. Acesso em: 22 mai. 2019.

BRASIL. **Superior Tribunal de Justiça**. Disponível em:

<<http://www.stf.jus.br/portal/constituicao/artigobd.asp?item=%201814>>. Acesso em: 22 mai. 2019

TIEGHI, Ana Luiza. A saúde brasileira tem cura? *In: Espaço Aberto*, 2013. Disponível em:

<<https://www.usp.br/espacoaberto/?materia=a-saude-brasileira-tem-cura>>. Acesso em: 22 mai. 2019.

O MÍNIMO EXISTENCIAL SOCIAL E SUA VINCULAÇÃO COM O DIREITO À SAÚDE

SILVEIRA, Aline Honorato Borges⁶
AMARAL, Domingos Sávio Peres do⁷
OLIVEIRA, Letícia Lugão Pacheco de⁸
NUNES, Neuza Maria de Siqueira⁹
RANGEL, Tauã Lima Verdan¹⁰

INTRODUÇÃO

O escopo do presente é analisar o mínimo existencial social, enquanto conceito jus filosófico, vinculado ao direito à saúde. O direito à saúde é assegurado na Constituição federal do Brasil, em seu art. 196, *caput*, onde é tutelado a todos tal direito, bem como o dever do Estado garantir o acesso a todos sem que exista exclusão as ações para o seu acesso, assistência e recuperação.

Outro meio que fortaleceu o direito à saúde foi a Lei 8.080/90, que regimentou em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, demonstrando que a saúde é um direito fundamental do ser humano e que cabe ao Estado fornecer as condições indispensáveis a este pleno exercício.

⁶ Graduando do curso de Direito da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade Bom Jesus do Itabapoana, domingosamaraliff@gmail.com

⁷ Graduando do curso de Direito da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade Bom Jesus,

⁸ Graduandos do curso de Direito da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade Bom Jesus,

⁹ Professora orientadora: Mestra em Economia Empresarial. Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade de Bom Jesus do Itabapoana. E-mail: neuzamsnunes@gmail.com

¹⁰ Professor orientador. Pós-Doutorando (Bolsa FAPERJ) vinculado ao Programa de Pós-Graduação Strictu Sensu em Sociologia Política da Universidade Estadual do Norte Fluminense (UENF). Mestre (2013-2015) e Doutor (2015-2018) em Ciências Jurídicas e Sociais pela Universidade Federal Fluminense. Especialista Lato Sensu em Gestão Educacional e Práticas Pedagógicas pela Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) (2017-2018). Especialista Lato Sensu em Direito Administrativo pela Faculdade de Venda Nova do Imigrante (FAVENI)/ Instituto Alfa (2016-2018). Especialista Lato Sensu em Direito Ambiental pela Faculdade de Venda Nova do Imigrante (FAVENI)/Instituto Alfa (2016-2018). Especialista Lato Sensu em Direito de Família pela Faculdade de Venda Nova do Imigrante (FAVENI)/Instituto Alfa (2016-2018). Especialista Lato Sensu em Práticas Processuais Civil, Penal e Trabalhista pelo Centro Universitário São Camilo-ES (2014-2015). E-mail: tau_verdan2@hotmail.com

O mínimo existencial deve ser visto com um princípio básico para a vida humana, sendo um direito fundamental – caracterizado como um direito que nasce com o ser humano, cabendo a ele todo esse direito, qualificado como direito natural – e de grande importância, e não necessitando de Lei para a sua existência, tendo em vista que é primordial para todo ser humano.

O mínimo existencial integra o conceito de direitos fundamentais e, à vista disso, compõem-se tal princípio os direitos fundamentais sociais, como: previdência, saúde, moradia. Para Barcellos (2008), o mínimo existencial é o garantidor de conteúdo básico e essencial para o exercício da dignidade da pessoa humana, como o direito à saúde.

Encontra-se assegurado no art. 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 “toda pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para assegurar a sua saúde, o seu bem-estar e o de sua família”. Por isso, em 1946 foi criada a Organização Mundial de Saúde (OMS), que trabalha pelo mundo para promover saúde, manter o mundo seguro e auxiliar e ajudar os vulneráveis, onde possuem o objetivo de incentivar que milhões de pessoas tenham a preocupação com a saúde e assegurar que os casos de mais emergência serão atendidos.

MATERIAL E MÉTODOS

O método utilizado para a elaboração deste trabalho foi a revisão bibliográfica com base em leituras de alguns artigos selecionados da internet e em livros que discorriam sobre o tema abordado.

DESENVOLVIMENTO

A ideia de mínimo existencial começou a surgir durante o Estado Patrimonialista, período que abrange a queda do regime feudal até o começo do século XIX, pois não existia imunidade tributária dos pobres, e sim, da aristocracia e do clero. O amparo do mínimo existencial começa a ocorrer com o Estado de Polícia. Eles passaram a reduzir a carga

tributária dos pobres e o Estado começa protege-los e não mais abandona-los a miséria. (PORTELLA,2019). Segundo Rawls, o conceito de mínimo existencial é:

O que é que existe, adeus, a outra distinção importante entre os princípios da justiça que regulam os direitos e as liberdades distributivas, os princípios como a liberdade de escolher os direitos básicos da justiça? Oportunidades, Desigualdades Sociais e Econômicas e Bases Sociais do Respeito a si mesmo. Um princípio que especifica os derechos e liberdades básicas da segunda classe dos elementos constitucionais essencial. Pero aunar algum princípio de igualdades como, por exemplo, pelo menos, o que é menos importante que o menos que o menos que o menos possível, mas a escolha pela ocupação e o mesmo número de oportunidades ala de eso, y não será um elemento constitucional. De seminário, que é um mínimo social que provê para as necessidades básicas de todos os cidadãos é também um elemento essencial, o que o chama de "princípio de diferenciação" exige mas, sim, não é um elemento constitucional essencial (RAWLS, 1995 *apud* PORTELLA, 2019, s.p)

De acordo com Portella (2019, s.p.), “o mínimo existencial não possui verbalização constitucional, necessita procurar no juízo de liberdade, nos princípios da igualdade, do devido processo legal, da livre iniciativa, nos direitos humanos, nas imunidades e privilégios do cidadão”. Necessitando de conteúdo jurídico exclusivo, para poder abranger melhor qualquer direito, ainda que não seja fundamental, como o direito à saúde, à alimentação, etc., considerado em sua dimensão essencial e inalienável. Segundo Toledo (2017), a primeira vez que trataram do mínimo existencial foi na Alemanha, em 1954 no julgamento do caso BVerwGE 1, 159 do Tribunal Administrativo Federal (*Bundesverwaltungsgericht*) da Alemanha. Na decisão eles reconheceram o mínimo existencial como direito subjetivo, baseado na dignidade da pessoa humana.

A primeira doutrina pós primeira guerra mundial a abordar o conceito de mínimo existencial foi a do autor Otto Bachof, ele sustentava a probabilidade do reconhecimento de um direito subjetivo a garantir recursos mínimos para que uma pessoa consiga viver dignamente, para Bachof o princípio da dignidade da pessoa humana, não garantia apenas a liberdade, mas também um mínimo de segurança social. (BACHOF, 1950 *apud* SARLET, 2013)

Em 1972, o Tribunal Constitucional da Alemanha tomou uma decisão judicial que ajudou para a construção do conceito de mínimo existencial, o julgado foi o BVerfGE 33. O supremo alemão foi acionado para estabelecer uma decisão erga omnes (vale para todos), nesta decisão eles estabeleceram parâmetros claros e objetivos para a restrição do acesso de estudantes a cursos superior, porque tinha no país divergência jurisprudencial sobre o tema.

Conforme Toledo (2017), o ponto principal da decisão foi a particularização da reserva do possível a partir da contraposição entre o interesse individual do candidato de entrar na universidade e o interesse da população em pagar pelo ensino superior. A suprema corte da Alemanha admitiu a restrição da liberdade de escolha de uma pessoa a sua profissão, a medida do grande custo para a sociedade e um possível risco ao bem coletivo, em caso de entrada indiscriminada nas universidades.

Os conceitos de mínimos existencial apresentam, em comum, a preocupação com as necessidades materiais que as pessoas necessitam para sobreviver. Estes direitos estão garantidos na Constituição, como os direitos sociais, que estão no capítulo II da Carta Magna (PEREIRA; MATSUDA; SOUZA, s.d).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com Salzano (2014), o direito à saúde está assegurado no artigo 6º da Carta Magna, sendo tal direito fundado na Constituição Federal como um direito fundamental, visando a diminuição de riscos de doenças e o acesso aos serviços da saúde, bem como a sua proteção. Dessa forma, o direito à saúde “é um direito social inerente a todas as pessoas, garantindo o tratamento contra doenças e produzindo formas de prevenção”. (BARROS e RANGEL, 2018, s.p). A constituição, em seu art. 196 aduz que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988, s.p).

Contudo, o direito à saúde é sujeito a uma prestação econômica do Estado, desta forma, ficando sujeito ao mínimo existencial social, devido ao fato do Estado não ser capaz de prestar uma qualidade de saúde máxima a todas as pessoas. (BARROS. 2018, s.p). De acordo com Cardoso (2016), o mínimo existencial é um direito jus natural, não tendo sido feito uma redação positivando o conceito do mesmo, porém encontra-se implícito na carta magna como forma das finalidades da lei maior.

Dessa forma, os meios de efetivação do mínimo existencial se dão pela criação de políticas públicas, assim foi instaurado o Sistema único de Saúde (SUS). De acordo com Cardoso (2016), o Ministério da Saúde criou a Estratégia Saúde da Família (ESF) como forma de regular a atenção, através da promoção e da reorientação das condutas e atos de saúde de maneira integral e contínua. “A integralidade [...] pressupõe a continuidade da atenção em todos os níveis de complexidade do sistema e, para isso, é necessária a articulação entre os diversos serviços de saúde e de distintas políticas sociais” (CARDOSO, 2016, p. 16)

A partir disso, de acordo com Cardoso (2016), a Lei nº 8.080/90 traz o conceito do princípio da integridade, e tal princípio é entendido como uma forma de assegurar a saúde a todos e garantir as condições mínimas de vida respeitável. Dessa forma, “pode-se afirmar que o direito ao atendimento integral caracteriza o mínimo existencial no âmbito do Sistema Único de Saúde” (CARDOSO, 2016, p 17).

Vale salientar, segundo Barros e Rangel (2018), que o direito à saúde deve ser entendido não apenas como uma lei positivada, tendo que ter a capacidade de reconhecer a sua integridade. Barros e Rangel (2018) elucida que o direito à saúde deve ser percebido como presunção do direito à vida, pois:

[...] para uma melhor percepção do direito à vida, é necessário o seu entendimento juntamente à dignidade da pessoa humana prevista no artigo 1º, III, da CF/88. (BRASIL, 1988). Com base nessa junção de preceitos humanos, é possível compreender o resguardo do Estado em garantir uma vida digna a todas as pessoas. Contudo, para que todas as pessoas possuam uma vida digna, é necessário que possuam o mínimo de uma vida digna, desta forma, surge o mínimo existencial, sendo uma ferramenta para que ocorra a efetivação não apenas do direito à saúde ou do direito à vida, mas de todos os direitos fundamentais, de todas as dimensões,

tendo como objetivo zelar pelo mínimo existencial de vida para todas as pessoas. (BARROS; RANGEL, 2018, s.p).

Com isso, de acordo com Barros e Rangel (2018) o direito à saúde está ligado ao mínimo existencial, tendo, dessa forma, presença no ordenamento jurídico. Segundo O direito a saúde é resguardado a todos, e o estado deve garantir tais cuidados, dessa forma, resguardando o mínimo existencial e, com isso, a conservação da dignidade da pessoa humana.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir disso, o mínimo existencial caracteriza-se pelo nível suficiente para assegurar a saúde, o bem-estar do ser humano e o de sua família, para que suas vidas sejam, de certo modo limitado, “completas” e que possam sobreviver com pelo menos o mínimo possível e com aquilo que o Estado pode oferecer. Visto como um direito fundamental do ser humano, ou seja, aquele que lhe é inerente e nasce com o mesmo, o mínimo existencial procura garantir o básico para todos os cidadãos, atribuindo-os, principalmente, a saúde. Por isso, a saúde pública precisa ser completa e correta para que possa chegar a todos, porém, infelizmente, isso não acontece.

A saúde e o atendimento da mesma para os cidadãos brasileiros não alcançam o mínimo existencial, e muito pelo contrário, deixa de atender pacientes, atrasa consultas importantes e não há equipamentos necessários para cirurgias de alto risco. Pessoas deixam de serem atendidas pelo descaso e a má organização do Estado perante a saúde do Brasil. Desse modo, é de suma importância que a saúde atinja seus objetivos como mínimo existencial e atenda a população em todos os casos de risco a saúde.

REFERÊNCIAS

BARCELLOS, Ana Paula de. **A Eficácia Jurídica dos Princípios Constitucionais: O princípio da dignidade da pessoa humana**. 2 eds. Rio de Janeiro: Renovar, 2008

BARROS, Kawillians Goulart; RANGEL, Tauã Lima Verdan. Direito à saúde, mínimo existencial e dignidade da pessoa humana. In: **Boletim Jurídico**, Uberlândia, 2018. Disponível em: <<https://www.boletimjuridico.com.br/doutrina/artigo/4455/direito-saude-minimo-existencial-dignidade-pessoa-humana>>. Acesso em 20 mai. 2019.

BATISTA, Fernanda Altermann; et all. **O adolescente no contexto da saúde pública brasileira: reflexões sobre o PROSAD**. 2014. Santa Maria – RS. Disponível em: <<http://docplayer.com.br/42617428-O-adolescente-no-contexto-da-saude-publica-brasileira-reflexoes-sobre-o-prosad.html>> Acesso em: 21 mai. 2019

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília. Disponível em: <www.planalto.gov.br>. Acesso em 12 abr. 2019.

CARSOSO, Itala Lopes; CUNHA, Jarbas Ricardo Almeida. O mínimo existencial do direito à saúde no SUS: o caso do Programa Saúde da Família. In: **Cadernos Iberoamericanos de Direito Sanitário**, v. 5, n. 4, p. 9-26, out.-dez. 2016. Disponível em: <<https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/250/413>>. Acesso em 20 mai. 2019.

MATSUDA, Juliana Tirimi Maruyama; PEREIRA, Helida Maria; SOUZA, Luciana Camila. **O mínimo existencial como limite à aplicação da reserva do possível aos direitos fundamentais sociais**. Disponível em: <https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwji1vDP1qviAhWqEbKGFhCEDHsQFjAAegQIAhAC&url=https%3A%2F%2Fwww.agu.gov.br%2Fpage%2Fdownload%2Findex%2Fid%2F7306306&usg=AOvVaw3vxAUCmg_O4fPn2Tdj8B5> Acesso em: mai. 2019.

NASCIMENTO, Suelen Pereira Coutinho. Mínimo Existencial x Reserva do Possível. In: **Jusbrasil**: portal eletrônico de informações, 2013. Disponível em: <[Http://antoniopires.jusbrasil.com.br/artigos/121940660/minimo-existencial-x-reserva-do-possivel](http://antoniopires.jusbrasil.com.br/artigos/121940660/minimo-existencial-x-reserva-do-possivel)>. Acessado em 12 abr. 2019.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Nações Unidas. 1948, Paris. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/direitoshumanos/declaracao/>>. Acessado em 12 abr. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)** - 1946. Nova York. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 12 abr.2019.

PORTELLA, Simone de Sá. Considerações sobre o conceito de mínimo existencial. In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, 2019. Disponível em: <www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=2407#_ftn12>. Acesso em: 21 mai. 2019

SALZANO, João Gabriel Figueiró. O direito fundamental à saúde. In: **Revista Jus Navigandi**, Teresina, 2014. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/31496/o-direito-fundamental-a-saude>> Acesso em: 20 mai. 2019.

SARLET, Ingo Wolfgang. Dignidade (da pessoa) humana, mínimo existencial e justiça constitucional: algumas aproximações e alguns desafios. In: **Revista do CEJUR – TJ-SC**, Florianópolis, v. 1, n. 1, 2013. Disponível em: <<https://revistadocejur.tjsc.jus.br/cejur/article/view/24>> Acesso em: 21 mai. 2019

TOLEDO, Cláudia. Mínimo Existencial - A Construção de um Conceito e seu Tratamento pela Jurisprudência Constitucional Brasileira e Alemã. In: **PIDCC**, Aracaju, v. 11, n. 1, p. 102-119, fev. 2017. Disponível em: <<http://pidcc.com.br/artigos/012017/062017.pdf>>. Acesso em 21 mai. 2019

TORRES, Ricardo Lobo. **O Direito ao Mínimo Existencial**. Rio de Janeiro: Renovar, 2009

O DIREITO À SAÚDE PARA GRUPOS VULNERÁVEIS: A POLÍTICA DA SAÚDE PÚBLICA PARA A POPULAÇÃO DE RUA

MARCELINO, Brenda Rocha¹¹
CANÇADO, Dalrenice da Silva¹²
LIMA, Matheus de Oliveira¹³
AZEVEDO, Ione Galoza de¹⁴
RANGEL, Tauã Lima Verdan¹⁵

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

As políticas públicas são uma área da esfera social que abraçam, de modo protetivo e preventivo, a população de um país. As mesmas afetam diretamente setores, como: educação, segurança, saúde, meio ambiente, assistência social, habitação, transporte, entre outros. Através disso, os governantes “preocupam-se” em promover isonomia e qualidade de vida entre os cidadãos.

Apesar disso, há uma parcela da população que não disfruta, em totalidade, de tais políticas. De acordo com o Ipea (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada) (2016), o Brasil não mantém dados específicos sobre o índice populacional dos moradores de rua, apesar disso, estima-se que tais cheguem a número superior a 101 mil habitantes.

¹¹ Graduanda do curso de Direito da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade Bom Jesus do Itabapoana, berocha97@gmail.com;

¹² Graduanda do curso de Direito da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade Bom Jesus do Itabapoana, nicecancado@gmail.com;

¹³ Graduando do curso de Direito da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade Bom Jesus do Itabapoana, moi.matheus@gmail.com;

¹⁴ Professora Orientadora. Mestra em Cognição e Linguagem pela Universidade Estadual do Norte Fluminense “Darcy Ribeiro”. E-mail: ionegaloza@yahoo.com.br

¹⁵ Professor orientador. Pós-Doutorando (Bolsa FAPERJ) vinculado ao Programa de Pós-Graduação Strictu Sensu em Sociologia Política da Universidade Estadual do Norte Fluminense (UENF). Mestre (2013-2015) e Doutor (2015-2018) em Ciências Jurídicas e Sociais pela Universidade Federal Fluminense. Especialista Lato Sensu em Gestão Educacional e Práticas Pedagógicas pela Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) (2017-2018). Especialista Lato Sensu em Direito Administrativo pela Faculdade de Venda Nova do Imigrante (FAVENI)/ Instituto Alfa (2016-2018). Especialista Lato Sensu em Direito Ambiental pela Faculdade de Venda Nova do Imigrante (FAVENI)/Instituto Alfa (2016-2018). Especialista Lato Sensu em Direito de Família pela Faculdade de Venda Nova do Imigrante (FAVENI)/Instituto Alfa (2016-2018). Especialista Lato Sensu em Práticas Processuais Civil, Penal e Trabalhista pelo Centro Universitário São Camilo-ES (2014-2015). E-mail: taua_verdan2@hotmail.com

De acordo com o art. 196 da Constituição de 1988, 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 promoção, proteção e recuperação., sendo que, o artigo citado é de caráter programático, isto é, apenas um plano de atividades que explica os propósitos e objetivos a serem adotados pelo governo.

No que tange o direito à saúde, as políticas públicas colidem, frequentemente, na “falta” de recursos e na escolha de prioridades do administrador público. O presente trabalho tem por objetivo explanar sobre os direitos e garantias à saúde, dedicados à população brasileira, bem como o seu reflexo no cotidiano das pessoas moradoras de rua, enquanto analisa a proporção em que tais são vistos como população, ou seja, apenas mais um número no índice total de brasileiros, e até que ponto são vistos como povo, ou seja, cidadãos e sujeitos de direito.

METODOLOGIA

A metodologia adotada pauta-se no método dedutivo, auxiliado da revisão de literatura e análise de dados secundários como técnicas de pesquisa.

DESENVOLVIMENTO

Para Mereles (2017), “situação de rua” consiste num grupo, configurado como “minorias” que ocupam espaços públicos ou privados, como; marquises, praças, rodoviárias, pontes e, até mesmo prédios abandonados, sejam eles públicos ou não. Apoderam-se de lugares como esses, por via de regra, mediante a diversas situações, vindo de múltiplas vivências, trazendo consigo suas experiências das quais o deslocara até ali, qualificando então, em um grupo heterogêneo. Por conseguinte, suas trajetórias se agregam, bem como famílias com elos fragilizados ou rompidos, sem emprego ou mesmo moradia fixa, ou até

mesmo envolvidos no submundo das drogas, direcionando-os a extrema necessidade de viveram nas ruas.

De acordo com a autora supracitada, referidos indivíduos são levados a estarem nessa situação até mesmo por escolha própria, devida á violência sofrida dentro de seus domicílios ou mesmo a liberdade que as ruas os proporcionam, deveras ilusória, resultando em dados relevantes para uma explicação não extensa de entendimento da sua saída do seio familiar e, também, a permanência entre a população menos favorecida e “não vista”, parcela essa, que mesmo sendo protelada pelo Estado, com políticas públicas direcionadas, sofrem com a discriminação e abandono.

O Ordenamento jurídico Brasileiro por meio do decreto 7.053 de 23 de dezembro de 2009, faz saber por sua publicação, um conceito legal e todas as garantias previstas na Constituição, para que se defina e explane os direitos conferidos a essa parcela minoritária populacional. O artigo 84, inciso VI, alínea “a”, em todo seu conteúdo endereçado ao tema aqui abordado, certifica e exhibe claramente o preenchimento das lacunas até então não elucidadas, no que tange aos deveres do Estado quanto suas obrigações relacionadas a esse grupo.

Destaca-se destaca no artigo 7º, inciso I da CF, o direito à Políticas Públicas de Saúde, visando a inclusão dos tais, no que se refere a igualdade e isonomia, aval dado pela Lei Suprema Brasileira. Dessa forma lê-se:

I- Assegurar o acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços e programas que integram as políticas públicas de saúde, educação, previdência, assistência social, moradia, segurança, cultura, esporte, lazer, trabalho e renda; (BRASIL, 2009).

Segundo o MDS (Ministério do Desenvolvimento de Combate à Fome), uma cartilha detalhada sobre a inclusão no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal, é de grande importância no referido caso por sua função dual de coletar dados necessários para um levantamento mais eficaz de caracterização das famílias e, por conseguinte, identificar indivíduos de baixa renda. Para que seja eficaz, é pertinente o acesso aos programas sociais que tenham vínculo com os dados obtidos pela Cadastro Único, para que

se obtenha uma rede maior de informações pró-melhoramento e uma aproximação mais significativa e real do contingente de pessoas e dos problemas a serem enfrentados. Contudo, no que se tem conhecimento acerca dos benefícios mais recebidos, se destacam a aposentadoria alcançando (3,2%), Programa Bolsa Família (2,3%), Benefício de Prestação Continuada (1,3%) que se entende por uma ajuda de 1 salário mínimo para idosos e deficientes que não podem se manter, tampouco sua família o pode, conhecido como LOAS, Lei Orgânica de Assistência Social (BRASIL, 2011).

Para Muniz (2017), não se pode negar que em quase todas as cidades Brasileiras há moradores em situação de rua, o que levou em 2011 a criação pelo Governo Federal, de uma ação chamada de Consultórios na Rua. Consiste em profissionais de variadas especialidades como: dentistas, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, terapeutas e médicos, realizando dessa maneira um trabalho de forma itinerante valendo-se de Unidades de Saúde para que o auxílio oferecido, tenha eficácia quanto à sua execução, pois em muitas vezes há necessidade de internação de alguns que se submetem ao atendimento.

Haja vista que desde sua criação, o crescimento, em se falando de equipes saltou em 80%, sendo oferecido um serviço de qualidade para uma parcela da população que tendo um atendimento básico, o que suas condições não os proporciona, pode ser um marco inicial de grande e suma importância em relação ao acesso que outrora é instituído pela Constituição. Tendo em pauta, que ao oferecer o suporte, respeita-se, no entanto, o fato de que a maioria não procura uma rede de saúde para se tratar, o que essa ação os proporciona de serem atendidos no local onde vivem, podendo ser um diferencial entre a vida e morte desses. (MUNIZ, 2017).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo palavras de Dos Santos (2011), uma das políticas públicas são as sociais, atos governamentais desenvolvidos em conjunto, através de projetos e programas que garantem as condições dignas e direitos aos cidadãos, de maneira justa e equânime. Visa assegurar à população sua cidadania nas áreas da saúde, educação, trabalho, segurança,

alimentação, assistência social, agricultura, lazer, saneamento, meio ambiente e habitação popular, de acordo com o estabelecido na Constituição Federal.

O mesmo nos fala que a proteção social deriva de cuidados, atenções, ações, auxílios e benefícios oferecidos pelo SUAS (Sistema Único de Assistência Social), afim de reduzir e prevenir o impacto das mudanças sociais e naturais da vida, tem como direção o desenvolvimento social e humano e os direitos de cidadania. A PNAS (Política Nacional de Assistências Social) assegura dois tipos de proteção social, a proteção básica, consistido de caráter preventivo, e a social especial, caracterizada de caráter protetivo. Nesse nível de proteção devem localizar os atos voltados para a população de rua no Brasil, em âmbito de assistência social.

Veras (2013) critica o caráter medicalizador do serviço público, que atrelado à descriminalização contribui para um distanciamento das pessoas em situação de rua dos planos de promoção à saúde, sugeridas pelo Sistema Único de Saúde. Consequentemente, percebe-se que assuntos como equidade, universalidade, curativos e cuidados higiênicos são claramente distantes da real verdade das pessoas em situação de rua, mesmo que a Constituição Federal em seus dispositivos garanta o direito à saúde a todos, através de medidas que foquem à diminuição dos riscos de doenças dentre outros agravos, o acesso geral a serviços de proteção, promoção e recuperação.

No mesmo pensamento, Veras (2013) afirma que as pessoas em situação de rua costumam ser alvo de remoções dos lugares públicos, da concepção de albergues noturnos e ações de higiene básica. Esse ponto de vista se torna incompatível com o difícil processo de inclusão dessas pessoas no meio familiar, no meio trabalhista, com condições mínimas de habitação, saneamento, educação, tenda, alimentação, emprego, trabalho, acesso a serviços de saúde, lazer e cultura, dentre outros aspectos.

A inserção da Lei Orgânica da Assistência Social, nº 8.742, visa a destacar a garantia dos atendimentos às necessidades básicas, por meio da política social não contributiva, realizada através de uma união integrada de ações de caráter público e da sociedade, bem como o dever do estado, direito do cidadão e a assistência social. No Art.2, parágrafos II e III dessa mesma lei, é garantido:

II - A vigilância socioassistencial, que visa a analisar territorialmente a capacidade protetiva das famílias e nela a ocorrência de vulnerabilidades, de ameaças, de vitimizações e danos.

III - A defesa de direitos, que visa a garantir o pleno acesso aos direitos no conjunto das provisões socioassistenciais. (BRASIL, 1993).

Faria (2018) salienta que diante desse quadro social e político, é importante se atentar às formas como os serviços desenvolvem seu papel na cautela da saúde, visto que os progressos são resultantes da legitimidade da cidadania e dos direitos conquistados historicamente. E solidificam as maneiras de encontros com as necessidades básicas da população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A isonomia é um dos princípios fundamentais da Constituição Federal e está implícita em cada um de seus artigos, buscando cristalizar nas esferas sociais a igualdade e o respeito. Desse modo, a letra é bela, mas a realidade é antagônica. Pessoas desabrigadas, sem moradia, sem acesso a saneamento básico, com renda inexistente, sem comida ou mesmo família, são o doloroso cenário brasileiro.

A própria Carta Magna reflete sobre o direito fundamental à saúde ao alcance de todos, entretanto, o número crescente da população de rua torna essa garantia motejadora. Por mais que haja ações, programas, campanhas e/ou leis tratando a respeito do assunto, a situação atual continua escapando por entre os dedos administrativos do Brasil. Abraçar a população com igualdade é um dos maiores desafios enfrentados pelo governo, desde as épocas mais remotas, até os dias atuais.

Mediante o exposto no decorrer do trabalho e o objetivo apresentado inicialmente, conclui-se que apesar da beleza expressada nas palavras políticas ou nos textos judiciais, a experiência cotidiana tem refletido, exatamente, o oposto. A mobilização social deve começar individualmente, ou seja, sem discursos ou promessas, sem anúncios e propagandas, com ações efetivas, mesmo que no anonimato, mesmo que, aparentemente, pequena, mas com capacidade para funcionar de modo habitual (frequente). Para que

então, as belas palavras de igualdade, respeito, integração, compromisso e promessas, saiam do papel e das Conferências e palestras, e sejam manifestadas genuinamente no contexto social.

REFERENCIAIS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, subsecretarias de Edições Técnicas, 2002.

BRASIL. **Decreto 7.053, de 23 de dezembro de 2009**. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm>. Acesso em 18 mai. 2019.

BRASIL. **Inclusão das Pessoas em Situação de Rua no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal**. SUAS e população em situação de rua. v. 1. Brasília: 2011. Disponível em: <http://prattein.com.br/home/images/stories/Assistncia_Social/Cartilha_SUAS_RUA.pdf>. Acesso em 19 mai. 2019.

BRASIL, **Lei nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993**. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742.htm> Acessado em: 17 de mai. 2019.

FARIA, Fernando Gomes. **Processos de cuidado à saúde da população em situação de rua**: Entre o homo sacer e a hospitalidade incondicional. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal Fluminense. Niterói, Rio de Janeiro 2018. Disponível em: <<https://app.uff.br/riuff/bitstream/1/7810/1/FERNANDA%20GOMES%20FARIA%20DISSERTA%C3%87%C3%83O.pdf>>. Acessado em: 17 mai. 2019.

MERELES, Carla. **Pessoas em situação de rua**: A complexidade da vida nas ruas: São Paulo 2017. Disponível em: <<https://www.politize.com.br/pessoas-em-situacao-de-rua/>>. Acesso em 17 mai. 2019.

NATALINO, Marco Antônio Carvalho. **TD 2246 - Estimativa da População em Situação de Rua no Brasil**. IPEA – Instituto de pesquisa Econômica Aplicada. Brasília: Rio de Janeiro: Ipea, 2016. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=28819> . Acesso em 11 abr. 2019.

SANTOS, Gilmar Trindade dos. **Políticas públicas para a população em situação de rua.**

Trabalho de Conclusão de Curso - Escola Nacional de Administração Pública, Brasília 2011.

Disponível em:

<<http://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/3307/1/Gilmar%20Trindade%20dos%20Santos%20-%20Monografia%20vers%C3%A3o%20definitiva.pdf>>. Acessado em: 17 mai. 2019.

VERAS, Renta Meira. **As condições de vida e de trabalho da população em situação de rua do centro histórico de Salvador, Bahia.** Florianópolis, Santa Catarina 2013. Disponível em:

<<file:///C:/Users/moima/Downloads/30301-115604-1-PB.pdf>>. Acessado em: 17 mai. 2019.

ACESSO À ÁGUA POTÁVEL E SUA IMPRESCINDIBILIDADE AO DIREITO À SAÚDE

SILVA, Camille da¹⁶
DIAS, Mauricio Borge¹⁷
AZEVEDO, Maysa Pecly¹⁸
AZEVEDO, Ione Galoza de¹⁹
RANGEL, Tauã Lima Verdan²⁰

INTRODUÇÃO

O presente texto vem avivar a relevância do acesso à água potável para manutenção do direito à saúde, que pode se correlacionar diretamente com o direito à vida, inalienável, inafiançável, direito de todos os indivíduos. O presente demonstra que mesmo antes de se discutir o direito e a importância vital da água, e não apenas água, mas água potável, já se tinha consensos no que tange o direito à vida, inerente a todo ser humano.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) já apontava todos esses pontos principais, os direitos que todos indivíduo, todo homem possui desde o momento de seu nascimento. A partir desse prisma, se pode observar a importância desse bem de todos,

¹⁶ Discente do Curso de Graduação de Bacharelado em Direito pela Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC-Campus Bom Jesus). E-mail: camillesilva1512@gmail.com;

¹⁷ Discente do Curso de Graduação de Bacharelado em Direito pela Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC-Campus Bom Jesus); Bacharel em Administração pelo Centro Universitário Redentor (Centro UniRedentor-Campus Itaperuna); Especializado *Latu Sensu* em Gestão de Pessoas com ênfase em Coaching pelo Centro de Ensino Superior de Vitória (CESV-Polo Itaperuna); Extensão em Educação em Direitos Humanos pelo Instituto Federal Fluminense (IFF-Campus Itaperuna). E-mail: mauricioborge_@hotmail.com;

¹⁸ Discente do Curso de Graduação de Bacharelado em Direito pela Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC-Campus Bom Jesus). E-mail: maysapecly7@gmail.com;

¹⁹ Professora Orientadora. Mestra em Cognição e Linguagem pela Universidade Estadual do Norte Fluminense “Darcy Ribeiro”. E-mail: ionegaloza@yahoo.com.br

²⁰ Professor orientador. Pós-Doutorando (Bolsa FAPERJ) vinculado ao Programa de Pós-Graduação *Strictu Sensu* em Sociologia Política da Universidade Estadual do Norte Fluminense (UENF). Mestre (2013-2015) e Doutor (2015-2018) em Ciências Jurídicas e Sociais pela Universidade Federal Fluminense. Especialista *Lato Sensu* em Gestão Educacional e Práticas Pedagógicas pela Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) (2017-2018). Especialista *Lato Sensu* em Direito Administrativo pela Faculdade de Venda Nova do Imigrante (FAVENI)/ Instituto Alfa (2016-2018). Especialista *Lato Sensu* em Direito Ambiental pela Faculdade de Venda Nova do Imigrante (FAVENI)/Instituto Alfa (2016-2018). Especialista *Lato Sensu* em Direito de Família pela Faculdade de Venda Nova do Imigrante (FAVENI)/Instituto Alfa (2016-2018). Especialista *Lato Sensu* em Práticas Processuais Civil, Penal e Trabalhista pelo Centro Universitário São Camilo-ES (2014-2015). E-mail: taua_verdan2@hotmail.com

bem difuso a ser protegido e ofertado a todos. A água potável é fundamental à vida e saúde humana. A partir da ciência ter comprovado compatibilidade entre a água contaminada e a propagação de doenças, o abastecimento de água com a capacidade de esta própria para ingestão, higiene pessoal e preparo de alimentos passou a equivaler como primazia entre os direitos de todos os cidadãos.

Com intuito de expor as necessidades desse recurso fundamental, finito, frágil e escasso, que é a água, para o ser humano, observa-se por meio de retorno a alguns documentos históricos onde se pode notar e tentar mensurar a relevância da água potável na vida cotidiana das pessoas.

MATERIAL E MÉTODO

O texto utiliza-se da revisão bibliográfica a fim de se desdobrar o tema, com o primo intuito de trazer a luz dos observadores deste resumo, os fatos relevantes que convergem para a imersão do direito a água potável como um direito notoriamente essencial a subsistência do homem, como se verifica a seguir.

DESENVOLVIMENTO

Com o intuito de resgatar alguns documentos históricos, ressalta-se em primeiro plano, devido ao alcance dessa carta, verifica-se nesse texto o direito à vida, assegurado a todo indivíduo desde então, conforme artigo 3º da Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), “Todo indivíduo tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal. ” Não há que se falar em liberdade e segurança quando não se possui o estado mais simples, único do qual surgirá esses e tantos outros direitos quando não se possui a vida. Nesse contexto, pode-se dizer que o direito a saúde e conseqüentemente para manutenção da mesma o direito a água potável perpassa pela preservação do direito à vida, que segundo Roberto (2004): “É um direito inato, adquirido no nascimento, portanto, intransmissível, irrenunciável e indisponível. ” Mas ainda assim, a Declaração Universal dos Direitos

Humanos positiva mais esse direito explicitamente, o direito a saúde como observa-se no seguinte trecho do artigo 25 da DUDH.

Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade. (ONU, 1948).

Diante do exposto anteriormente verifica-se o intrínseco ligamento entre a importância da água potável para manutenção da saúde enquanto direito à vida de acordo com o caminho visto. De posse desse conhecimento se nota que o direito a água potável não está apenas conectado aos direitos a saúde e à vida, mas também a dignidade da pessoa humana, como evidenciado:

A dignidade da pessoa humana refere-se às necessidades básicas do ser humano concreto, a fim de que a ele sejam oferecidos os recursos disponíveis em cada sociedade dentro do seu tempo para a manutenção de uma existência digna, assim como às condições necessárias ao desenvolvimento das potencialidades humanas (SIMONI, 2015, p. 4).

Sendo assim, passa-se agora a verificar a convergência de vários direitos em apenas um, o direito à vida, mediante argumentos supracitados. As discussões pertencem então a todo mundo, todos são envolvidos e sujeitos desse direito, começa-se a partir daí os encontros/fóruns voltados apenas a temática da água potável. Zorzi et al (2016, p. 4 a 11) sinaliza sobre a temática demonstrando desde o primeiro encontro/fórum (MARRACHECH, 1997) em que se falava na necessidade humana básica de água potável, até o sexto encontro/fórum (Marseille 2015) onde se pensa agora em manutenção da água no planeta e sobre a inserção do direito humano à água potável e ao saneamento pela Organização das Nações Unidas (ONU) em suas pautas e discussões.

Nesse momento, portanto, ressalta-se a inclinação para a holística de que direito a água potável compreende sim direito a saúde e direito à vida, estende-se, todavia, essas

discussões para o acesso a essa água potável, que até então é direito de todos. Como bem diz Maia (2017, p. 305), “isso porque sem a água não há como existir os demais direitos consagrados, já que não é possível vida sem esse elemento natural essencial ao ser humano e aos demais seres vivos”, contudo não possui disponibilidade a todos, como complementa.

O não acesso à água põe em risco o direito fundamental à integridade física, à saúde e à vida. De outra forma, ainda como justificativa, reconhecer a água como um direito fundamental implica que o Estado deva ser responsabilizado pelo seu provimento para toda a população. E implica, também, que o acesso à água não pode estar sujeito a outras estritas regras de mercado, mas à lógica do direito à vida. (MAIA, 2017, p.307).

Sendo assim, percebe-se que não há que falar em um descolamento dos conceitos dos direitos distintos observador até agora, o direito à vida e à saúde, há, inclusive, que se ressaltar a dignidade da pessoa humana como alicerce desses direitos positivados para então formar um grupo de direitos vitais a essa dignidade assegurada.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Mediante todas as apresentações já citadas e analisadas com viés de entender como direito a água potável não somente um direito isolado mas um cascata de direitos assegurados pela inviolabilidade da dignidade da pessoas humana, percebe-se a imprescindibilidade de se fazer notar que o tudo esbarra no seu acesso, não somente a parte burocrática de disponibilidade do direito que é essencial mas também no que tange ao acesso a informação, com uma extensão territorial como a encontrada no Brasil, ainda é possível se encontrar pessoas que desconhecem que esse “acesso” é um direito e para além dessa percepção o Estado tem a obrigatoriedade de entregar, em paridade a todos os seus cidadãos, o mesmo direito, o dito “acesso” a água potável.

Consegue-se verificar agora, por meio dessa contextualização a importância do acesso a água potável, como uma pauta mundialmente discutida enquanto política pública a ser desenvolvida pelos países, mas também como programas de governos para disseminar a

dignidade a todos os indivíduos assegurando sua qualidade de vida, mais ainda como condição a subsistência do ser humano.

Em 1990 foi adotado a Carta de Montreal sobre Água Potável e Saneamento, que estabeleceu em seu preâmbulo que o acesso à água potável é uma condição de sobrevivência e, por isso, o direito de acesso à água potável, em quantidade e qualidade suficientes para a satisfação de suas necessidades básicas, é indissociável de outros direitos da pessoa humana. (AMORIN, 2015, p. 109 *apud* FRATTON; OLIVEIRA, 2016, p. 5).

Ademais, constata-se a importância do objeto deste estudo, a demonstração do real impacto que o acesso a esse direito possui diretamente a vida das pessoas, subtraindo dos cidadãos, quando não disponibilizado esse acesso amplo e irrestrito, até mesmo a própria dignidade da pessoa humana, garantidora de direitos de maneira geral.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo desbravou o caminho a ser percorrido para facilitar o entendimento do que seria o direito ao acesso a água potável, que na sua real face, não apenas garantiria esse acesso amplo e irrestrito a água própria para a subsistência dos indivíduos, mas quando fala-se em água potável, discute-se o direito a saúde, assegurado a também a todos e que remete diretamente ao verdadeiro sentido dessa discussão, a preservação da vida, como bem maior que qualquer indivíduo, indiscutivelmente possui.

Trazer a superfície dos debates esse tema, é ressaltar a relevância de cada pessoa em suas minúcias e peculiaridades para dizer que uma vida, uma vida digna merece ser protegida, por todos.

REFERÊNCIAS

FRATTON, F. E.; OLIVEIRA, A.C. **O reconhecimento do direito à água potável como direito humano fundamental no direito internacional público**. Disponível em: <<http://docplayer.com.br/42679244-O-reconhecimento-do-direito-a-agua-potavel-como->

direito-humano-fundamental-no-direito-internacional-publico.html>. Acesso em 22 mai. 2019.

MAIA, I. L. B. O acesso à água potável como direito humano fundamental no direito brasileiro. In: **Revista do CEPEJ**, Salvador, v. 20, p. 301-338, jul.-dez. 2017. Disponível em: <file:///C:/Users/WINDOWS/Downloads/27165-94706-1-PB%20(2).pdf>. Acesso em 21 mai. 2019.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Disponível em: <<https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=por>>. Acesso em 20 mai. 2019.

SIMONI, A. **O direito humano e fundamental à saúde no Brasil e em Portugal**. Disponível em: <<http://www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/13238-7132-1-pb.pdf>>. Acesso em 21 mai. 2019.

ZORZI, L. et al. O direito humano de acesso à água potável: uma análise continental baseada nos fóruns mundiais da água. In: **Rev. Ambient. Água**, Taubaté, v. 11, n. 4, out.-dez.. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ambiagua/v11n4/1980-993X-ambiagua-11-04-00954.pdf>>. Acesso em 21 mai. 2019.

O DIREITO A SAÚDE PARA GRUPOS VULNERÁVEIS: A POLÍTICA DE SAÚDE PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

AMARAL, Domingos Sávio Peres do²¹
ARAUJO, Bianca Manhães Gomes de²²
BRITO, Claudia Gonçalves²³
NUNES, Neuza Maria de Siqueira²⁴
RANGEL, Tauã Lima Verdan²⁵

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem por objetivo apresentar e analisar “O direito a saúde para grupos vulneráveis: a política de saúde para crianças e adolescentes”. O direito a saúde é assegurado pelo art. 6º da Constituição Federal do Brasil que determina “são direitos sociais a saúde” (BRASIL, 1988, s,p).

De acordo com Carmo (2016, online) grupos vulneráveis são “como grupos que sofrem discriminação e são vítimas de intolerância”. Segundo o mesmo autor crianças e adolescentes sofrem da vulnerabilidade intrínseca ocasionada por característica que tem a ver com as competências das próprias pessoas, tais como os extremos de idade (crianças e adolescentes) (CARMO, 2016).

²¹Graduando do curso de Direito da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade Bom Jesus do Itabapoana, domingosamaraliff@gmail.com

²² Graduanda do curso de Direito da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade Bom Jesus do Itabapoana, biancamga@yahoo.com.br;

²³ Graduanda do curso de Direito da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade Bom Jesus do Itabapoana; Claudiaflexenf@gmail.com;

²⁴ Professora orientadora: Mestra em Economia Empresarial. Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade de Bom Jesus do Itabapoana. E-mail: neuzamsnunes@gmail.com

²⁵ Professor orientador. Pós-Doutorando (Bolsa FAPERJ) vinculado ao Programa de Pós-Graduação Strictu Sensu em Sociologia Política da Universidade Estadual do Norte Fluminense (UENF). Mestre (2013-2015) e Doutor (2015-2018) em Ciências Jurídicas e Sociais pela Universidade Federal Fluminense. Especialista Lato Sensu em Gestão Educacional e Práticas Pedagógicas pela Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) (2017-2018). Especialista Lato Sensu em Direito Administrativo pela Faculdade de Venda Nova do Imigrante (FAVENI)/ Instituto Alfa (2016-2018). Especialista Lato Sensu em Direito Ambiental pela Faculdade de Venda Nova do Imigrante (FAVENI)/Instituto Alfa (2016-2018). Especialista Lato Sensu em Direito de Família pela Faculdade de Venda Nova do Imigrante (FAVENI)/Instituto Alfa (2016-2018). Especialista Lato Sensu em Práticas Processuais Civil, Penal e Trabalhista pelo Centro Universitário São Camilo-ES (2014-2015). E-mail: taua_verdan2@hotmail.com

Antes de começar a discutir as políticas públicas para crianças e adolescentes temos que classificar o que é criança e adolescente segundo o direito, e o Estatuto da Criança e Adolescente (ECRIAD) em seu art. 2º “Considera-se criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade” (BRASIL, 1990, s.p).

Para o Ministério da Saúde (MS) as principais áreas de políticas para o desenvolvimento da saúde integral da criança são “atenção ao recém-nascido, promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, prevenção de violências e promoção da cultura de paz, vigilância da mortalidade infantil e fetal e incentivo e qualificação do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento” (BRASIL, s.d, s.p).

O primeiro programa de “Saúde do Adolescente” (PROSAD) voltado para os adolescentes foi criado em 1989 pela portaria do MS nº 980/GM, este programa tinha como objetivo intervir na prevenção de doenças e promoção da saúde dos adolescentes entre 10 e 19 anos. O objetivo do programa era que todo adolescente tivesse acesso igual à saúde integral e aos demais serviços de saúde pública. (BATISTA et al., 2014, p.6). A metodologia empregada foi o método dedutivo, auxiliada de pesquisa bibliográfica e revisão de literatura como técnica de pesquisa.

MATERIAL E MÉTODOS

O método utilizado para a elaboração deste trabalho foi a revisão bibliográfica com base em leituras de alguns artigos selecionados da internet e em livros que discorriam sobre o tema abordado.

DESENVOLVIMENTO

Para começarmos a estudar o direito a saúde para grupos vulneráveis temos que falar do conceito de saúde que segundo a OMS (Organização Mundial da Saúde) que, no prefácio de sua Constituição (1946), conceitua “A saúde é um estado de completo bem-

estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade” (OMS, 1946, s.p).

De acordo com Leny (s.d), com a publicação da Constituição Federal do Brasil de 1988, cuja tem vários artigos que trata sobre a saúde, o art. 6º fala que saúde é um direito social. Já no artigo 7º,

IV - salário mínimo, fixado em lei, nacionalmente unificado, capaz de atender às suas necessidades vitais básicas e às de sua família com moradia, alimentação, educação, saúde, lazer, vestuário, higiene, transporte e previdência social, com reajustes periódicos que lhe preservem o poder aquisitivo, sendo vedada sua vinculação para qualquer fim [...]

inciso XXIII - adicional de remuneração para as atividades penosas, insalubres ou perigosas, na forma da lei (BRASIL, 1988, s.p)

Conforme Amaral e Trevizan, os grupos vulneráveis “são um conjunto de seres humanos, possuidores de direitos civis e políticos, possuindo o direito de cidadão, porém, a sociedade de maneira geral e pelo fato desta ser majoritária, macula certos direitos inerentes as pessoas vulneráveis” (AMARAL; TREZIVAN, 2010, p.5). Há de se compreender que para certa infâmia acontecer, é indispensável um fator numérico desfavorável, para o caso dos idosos e as crianças é a idade, estes se encontram em menor número na sociedade, uma vez que estes fossem maioria poderiam eles se rebelar contra o restante da sociedade. (AMARAL; TREZIVAN, 2010)

No começo do século XX, o governo brasileiro junto com pesquisadores demonstrou medo com a quantidade elevada de crianças doentes, esta preocupação deixou de ser apenas das entidades de pesquisa e ONG’S. As crianças em 1920, eram consultadas com os médicos das fábricas onde seus pais trabalhavam. Estes médicos notaram que elas ficavam muito doentes pela falta do leite materno, eles começaram a fazer campanha pelo aleitamento materno para diminuir a quantidade de crianças doentes e assim as faltas das mães.

Já na década de 30, começaram os programas governamentais de proteção a maternidade, infância e adolescência, todos estes programas ficaram na responsabilidade

do Departamento Nacional da Criança (DNCr). O governo estabeleceu ações de prevenção e educacionais, abrangendo a mulher em todo ciclo gravídico-puerperal. Mas estes atos foram instituídos em hospitais privados e centros médicos das grandes indústrias. Essas medidas e programas do governo tinham como objetivo reduzir as faltas das mães no trabalho, isso mostrava as relações entre os patrões e o poder público, este último deixando de trabalhar para todos que é sua obrigação.

Os principais programas implantados no Brasil foram em 1970, o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, que tinha como foco a redução das mortes de crianças e mães no parto, mas não ocorreram grandes avanços na área. No ano de 1980, criaram o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC), objetivo era solucionar tudo que pudesse levar uma mãe como a criança a óbito. Determinaram 5 ações básicas para o atendimento as crianças: aleitamento materno e orientação familiar sobre a alimentação em situação de desmame; estratégias para o controle das afecções respiratórias agudas; imunização básica; controle efetivo das doenças diarreicas e, por último, o acompanhamento profissional do crescimento e do desenvolvimento infantil. (ARAUJO *et all*, 2014, p.4).

Ocorreram muitos avanços nos direitos das crianças e adolescentes depois da Constituição de 1988. Um deles foi a criação do Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), que foi sancionado em 13 de julho de 1990, as crianças e os adolescentes ganharam amplos direitos de proteção a integridade física e psicológica, lazer e bem-estar, devendo ser garantido pela família, sociedade e governo. (ARAUJO *et all*, 2014, p. 4). Na década de 90 foram criadas várias políticas de saúde voltadas para as crianças:

Com a implantação em 1991, do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, em 1994 do Programa Saúde da Família (PSF) pelo MS, é que a saúde da criança foi efetivamente potencializada. O PACS inspirou-se nas vivências de prevenção de doenças pela aproximação com a comunidade, proporcionando a comunicação e a orientação como meta para reorganizar os serviços de saúde. Já a implantação do PSF, inicialmente concebido como um programa de saúde e, posteriormente, ampliado para uma estratégia de governo, denominada Estratégia Saúde da Família (ESF), buscou reestruturar os serviços de saúde de cada município, pela transformação do modelo hegemônico centrado na

medicalização para um modelo focado na promoção da saúde e na participação comunitária. (ARAUJO *et all*, 2014, p.4)

Em 1916, pela diferença econômica que existia dentro do país eles adotaram nas regiões nordeste e norte do Brasil, que são as regiões mais pobres do país e apresentam as maiores taxas de mortalidade infantil (MI), o programa de Atenção Integrada as Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), eles passaram a fornecer maior atenção médica as crianças e com uma qualidade na assistência médica maior. Este programa foi uma recomendação das Nações Unidas e da Fundação das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). “AIDPI resultou em um declínio importante da MI nos estados do norte e nordeste brasileiro, entretanto, tais estados ainda permaneciam com índices elevados quando comparados aos demais estados do país” (ARAUJO *et all*, 2014, p.5).

O Ministério da Saúde, segundo Araújo *et all* (2014), criou um dos melhores programas que foi a Rede Cegonha, em 2013, o MS criou a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil com o propósito de integrar a Rede Amamenta Brasil e a Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável (ENPACS). Esta medida tem o propósito de aumentar a promoção do aleitamento materno e de uma alimentação saudável para crianças abaixo de 2 anos e melhorar as medidas de assistência através da qualificação dos profissionais da rede pública de saúde.

As primeiras políticas públicas de saúde voltada para os adolescentes começaram na década de 1970. Os programas tinham atitude assistencial e estavam anexas as universidades. As universidades pioneiras nessas ações foram a Universidade de São Paulo e a Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Já na década de 1980 começou a criação de ONG’S e comitês que tinham o objetivo de debater as ações que tinham que ser desenvolvidas com os adolescentes para a redução das doenças que eles tinham.

No ano de 1986, o estado brasileiro começou por meio do MS a promover ações para conter o caos de doenças sexualmente transmissíveis, HIV e AIDS, drogadição, acidentes de trânsito e gravidez precoce (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011 *apud* BATISTA, 2014). Posteriormente, o governo de Fernando Henrique Cardoso foi marcado pelo aumento de políticas públicas voltadas para os jovens, os programas eram divididos entre as oito áreas

ministeriais do governo. As ações eram voltadas à criminalidade a partir de uma perspectiva de salvação da adolescência/juventude dos riscos a que estavam expostos, como o crime, o tráfico e a violência. (BATISTA, 2014)

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme Barbiani (2016), a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) desde a década de 1990, a violência é um dos principais problemas da saúde pública brasileira, pois no país boa parte dos recursos direcionados a saúde são gastos com casos de feridos em violência. Morre no país, segundo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) e o Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP), o número de 62.517 assassinatos cometidos no país em 2016.

Como mostra o IDSUS (Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde), um dado referente à qualidade dos serviços de saúde no Brasil, numa escala de 0 a 10 a média brasileira é 5,46. Segundo a mesma pesquisa menos de 2% da população brasileira moram em cidades que o serviço tem nota 7. De acordo com Benevutti e Brandão (s.d), estes dados mostram como no Brasil o direito a saúde não está sendo garantido à população com qualidade.

Este dado mostra que o Estado vem descuidando de uma das suas principais obrigações que segundo Albergaria:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (ALBERGA, 1999 apud BENEVUTTI; BRANDÃO, s.d, p.4).

No caso das crianças e adolescentes, os detentores destes direitos são menores, não podendo lutar sozinho, portanto é necessário que os seus responsáveis junto com a sociedade se unam na luta pela garantia de que todos terão seus direitos cumpridos. Tem

uma frase que resume tudo isso “O direito é um trabalho incessante, não somente dos poderes públicos, mas ainda de uma nação inteira”. (LHERING,1872, apud BARBIANI, 2016, s.p).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo dessa revisão bibliográfica tem como objetivo traçar o caminho das políticas públicas para saúde de crianças e adolescentes sendo direito desses grupos vulneráveis. Foram abordados os conceitos saúde e grupos vulneráveis previstos nos textos legais para assim, descrever e refletir sobre as transformações sociais e as políticas públicas implantadas no Brasil, para esses grupos vulneráveis.

Com a Constituição Federal de 1988 e a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECON) de 1990, as crianças e os adolescentes ganharam amplos direitos de proteção a integridade física e psicológica, lazer e bem-estar, devendo ser garantido pela família, sociedade e governo. Com isso, várias políticas públicas de saúde foram implementadas visando o bem-estar e desenvolvimento pleno de crianças e adolescentes.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, Pagliari Juliane, et all. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. In: **Revista Brasileira de Enfermagem**, Londrina, v. 67, n. 6, p. 1000-1007, nov.-dez. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n6/0034-7167-reben-67-06-1000.pdf>>. Acesso em: 22 abr. 2019.

BARBIANI, Rosangela. **Violação de direitos de crianças e adolescentes no Brasil: interfaces com a política de saúde**. 2016. São Leopoldo – RS. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201610916>. Acesso em: 22 mai. 2019.

BATISTA, Fernanda Altermann *et all*. O adolescente no contexto da saúde pública brasileira: reflexões sobre o PROSAD. In: **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 19, n. 2, p. 211-221, abr.-jun. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v19n2/05.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2019.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 05 de outubro de 1988. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em 11 abr. 2019.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm>. Acesso em 11 abr. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde da Criança**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_materiais_informativos.pdf. Acesso em: 12 abr. 2019.

BENVENUTTI, Angela Rabe. BRANDÃO, Rosangela Fátima. **O direito a saúde** – desafios para sua efetivação em face da criança e do adolescente. Disponível em: <<http://sites.uepg.br/conex/anais/artigos/118-1579-1-RV-mod.pdf>>. Acesso em: 22 abr. 2019.

CARMO, Cláudio Márcio do. Grupos minoritários, grupos vulneráveis e o problema da (in) tolerância: uma relação linguístico-discursiva e ideológica entre o desrespeito e a manifestação do ódio no contexto brasileiro. In: **Revista do Instituto de Estudos Brasileiros**, Brasil, n. 64, p. 201-223, ago. 2016.

LENY, Pereira da Silva. **Direito à saúde e o princípio da reserva do possível**. Disponível em: <https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/DIREITO_A_SAUDE_por_Leny.pdf>. Acesso em: 22 mai. 2019.

O DIREITO A SAÚDE PARA GRUPOS VULNERÁVEIS: A POLÍTICA DE SAÚDE PARA HOMOSSEXUAIS, LÉSBICAS E TRAVESTIS

AMARAL, Domingos Sávio Peres do²⁶
ARAUJO, Bianca Manhães Gomes de²⁷
BRITO, Claudia Gonçalves²⁸
NUNES, Neuza Maria de Siqueira.²⁹
RANGEL, Tauã Lima Verdan³⁰

INTRODUÇÃO

O objetivo do presente é analisar a Política de saúde para homossexuais, lésbicas e travestis como instrumento de promoção, prevenção e tratamento a saúde e proteção dos direitos fundamentais desses grupos vulneráveis.

A Política Nacional de Saúde Integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais – LGBT do Ministério da Saúde tem como marca o reconhecimento dos efeitos da discriminação e da exclusão no processo de saúde-doença da população LGBT. Suas diretrizes e seus objetivos estão, portanto, voltados para mudanças na determinação social da saúde, com vistas à redução das desigualdades relacionadas à saúde destes grupos sociais. (BRASIL, 2013, p. 8).

²⁶ Graduando do curso de Direito da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade Bom Jesus do Itabapoana, domingosamaraliff@gmail.com;

²⁷ Graduanda do curso de Direito da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade Bom Jesus do Itabapoana, biancamga@yahoo.com.br;

²⁸ Graduanda do curso de Direito da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade Bom Jesus do Itabapoana; claudiaflexenf@gmail.com;

²⁹ Professora orientadora: Mestra em Economia Empresarial. Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade de Bom Jesus do Itabapoana. E-mail: neuzamsnunes@gmail.com

³⁰ Professor orientador. Pós-Doutorando (Bolsa FAPERJ) vinculado ao Programa de Pós-Graduação Strictu Sensu em Sociologia Política da Universidade Estadual do Norte Fluminense (UENF). Mestre (2013-2015) e Doutor (2015-2018) em Ciências Jurídicas e Sociais pela Universidade Federal Fluminense. Especialista Lato Sensu em Gestão Educacional e Práticas Pedagógicas pela Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) (2017-2018). Especialista Lato Sensu em Direito Administrativo pela Faculdade de Venda Nova do Imigrante (FAVENI)/ Instituto Alfa (2016-2018). Especialista Lato Sensu em Direito Ambiental pela Faculdade de Venda Nova do Imigrante (FAVENI)/Instituto Alfa (2016-2018). Especialista Lato Sensu em Direito de Família pela Faculdade de Venda Nova do Imigrante (FAVENI)/Instituto Alfa (2016-2018). Especialista Lato Sensu em Práticas Processuais Civil, Penal e Trabalhista pelo Centro Universitário São Camilo-ES (2014-2015). E-mail: taua_verdan2@hotmail.com

As políticas públicas, tecnologias, ações e programas voltados para esta comunidade (LGBT) no Brasil se fazem com base no reconhecimento, por parte do Poder Executivo, em todos os níveis (Federal, Estadual e Municipal), da carência e necessidade de políticas públicas voltadas ao combate ao preconceito, à discriminação e à exclusão que atinge essa parcela da população. (LAURENTINO, 2015, p.13)

A discriminação por orientação sexual e por identidade de gênero incide na determinação social da saúde, no processo de sofrimento e adoecimento decorrente do preconceito e do estigma social reservado às populações de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. A Política Nacional LGBT tem por objetivo promover a saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, eliminando a discriminação e o preconceito institucional, bem como contribuindo para a redução das desigualdades e a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo. (BRASIL, 2013, p. 18)

A falta de eficácia nas ações dos profissionais de saúde e a ausência de uma mobilização social efetiva são potenciais agravantes para a saúde na comunidade LGBT. Outro fator que auxilia na constante ocorrência e nos altos índices dos agravos é a formação dos profissionais de saúde para lidarem com os diferentes perfis populacionais, por conta de sofrerem influências éticas, sociais, políticas, culturais e até mesmo religiosas. (LAURENTINO, 2015, p.18).

MATERIAL E MÉTODOS

O método utilizado para a elaboração deste trabalho foi a revisão bibliográfica com base em leituras de alguns artigos selecionados da internet e em livros que discorriam sobre o tema abordado.

DESENVOLVIMENTO

Para começarmos a estudar o direito a saúde para grupos vulneráveis temos que falar do conceito de saúde que segundo a OMS (Organização Mundial da Saúde) que, no

prefácio de sua Constituição (1946), conceitua “A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade” (OMS, 1946, s.p).

De acordo com Leny (s.d) com a publicação da Constituição Federal do Brasil de 1988, cuja tem vários artigos que trata sobre a saúde, o art. 6º fala que saúde é um direito social. Já no artigo 7º tem dois incisos que trata sobre o tema:

IV - salário mínimo, fixado em lei, nacionalmente unificado, capaz de atender às suas necessidades vitais básicas e às de sua família com moradia, alimentação, educação, saúde, lazer, vestuário, higiene, transporte e previdência social, com reajustes periódicos que lhe preservem o poder aquisitivo, sendo vedada sua vinculação para qualquer fim; [...]

XXIII - adicional de remuneração para as atividades penosas, insalubres ou perigosas, na forma da lei (BRASIL, 1988)

Conforme Amaral e Trevizan (2010) os grupos vulneráveis “são um conjunto de seres humanos, possuidores de direitos civis e políticos, possuindo o direito de cidadão, porém, a sociedade de maneira geral e pelo fato desta ser majoritária, macula certos direitos inerentes às pessoas vulneráveis” (AMARAL e TRAVIZAN, 2010, p.5).

De acordo com Borges, Estrela e Felix (2017) na década de 1970, nasceram vários movimentos da sociedade civil em defesa dos direitos dos grupos lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, eles travaram uma guerra para vencer o estereótipo bem como as várias formas de violência (sexual, psicológica, física e o preconceito) causadas por alguns familiares que classificavam eles como doentes ou até criminosos.

O público LGBT, passa a ser visto de uma outra forma no cenário da política de saúde e deste modo eles passam a ser incluídos nas discussões das políticas públicas para a área da saúde. Os transexuais e travestis passavam por um enorme problema de saúde pública que era o uso de hormônios indiscriminado e sem orientação médica, resultando em um aumento na taxa de Acidente Vascular Cerebral (A.V.C), infarto do miocárdio, que resultava na maioria dos casos em óbito. (BORGES, ESTRELA e FELIX, 2017, p.2)

Perante essa situação, caracterizada pela discriminação, preconceito em torno de uma apurada parte da sociedade, ocorreu a obrigação por parte do governo de criar ações de saúde para estes grupos sociais. As ações tinham como objetivo a superação dos humilhados, que impedia eles de ter acesso aos serviços públicos de saúde, “contribuindo assim, para o aumento desenfreado da violência silenciosa, cujas vítimas não procuram a delegacia para denunciar ato criminal, por medo, ou falta de conhecimento de seu direito” (BORGES, ESTRELA e FELIX, 2017, p.2).

Em 2004, foi lançado o Programa “Brasil sem Homofobia”, formalizando o comitê técnico da Saúde LGBT no Ministério da Saúde para criação da Política Nacional LGBT, passaram a discutir sobre as particularidades da atenção à saúde da mulher lésbica, homossexuais vítimas da brutalidade, despojados da liberdade, e o cumprimento do direito à saúde, através de medidas educativas voltadas a população LGBT, também foi pedido estudos para analisar como anda a saúde dos LGBT, quais os problemas que eles enfrentavam. (BEZERRA *et all*, 2017)

No ano de 2004, também, lançaram outra política voltada para as comunidades LGBT que foi a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, que tinha como objetivo proporcionar melhores condições de vida e saúde as mulheres brasileiras, trabalhar para a redução da morbidade e violência contra as mulheres no Brasil e aumentar, melhoras e humanizar assistência à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde (SUS). (BEZERRA, *et all*, 2017). O Ministério da Saúde cria mais um comitê para tratar da Saúde dos LGBT:

A portaria Nº 2.227/GM/MS, de 14 de outubro de 2004, publicada no Diário Oficial da União, definia a criação do comitê técnico de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Comitê Técnico LGBT) e foi revogada em 2011 com a portaria nº 2.837, de 01 de Dezembro de 2011, na qual redefine o comitê técnico. Formado por 25 pessoas representantes de órgãos do governo, bem como membros da sociedade civil, compete ao comitê o acompanhamento e monitoração da implantação e execução da Política Nacional de Saúde Integral LGBT, assim como a produção de conhecimento sobre a saúde LGBT no SUS. (BEZERRA, *et all*, 2017, p.5)

Em 2007, foi lançado o Plano Integrado de Enfrentamento da “Feminização” da Epidemia de AIDS e DSTs, a finalidade era promover a qualidade de vida das mulheres vivendo com AIDS/HIV, na esfera dos direitos humanos, direitos sexuais e reprodutivos. Em 2008, o MS baixa a portaria nº 1.707/GM/MS, redefinido e ampliado em 2013, pela portaria nº 2.80315, de acordo com Bezerra *et all* (2017) o processo de transexualização dentro do SUS é “entendido pela integralidade da atenção às transexuais e travestis, contemplando as cirurgias de adequação da genitália ao gênero e intervenções somáticas com as ações de acompanhamento, por uma equipe interdisciplinar e multiprofissional” (BEZERRA *et all*, 2017, p.5).

Um dos programas mais importante voltado para os LGBTT foi lançado em 2009, intitulado o Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos LGBTT, o programa é lançado seguindo os princípios da igualdade e respeito a diversidade, equidade e laicidade do Estado. “O plano traz 51 diretrizes; destas, 08 diretrizes trazem a saúde como plano de fundo para enfrentamento a “LGBTfobia” institucional”. (BEZERRA *et all*, 2017, p.5)

O Ministério da Saúde apresenta, em 2010, a Política Nacional de Saúde Integral LGBT, tendo versão preliminar lançada em 2008. Sua criação seguiu as diretrizes do Programa Brasil sem Homofobia e o PNDH-31. (BEZERRA *et all*, 2017, p.5) A Política LGBT tem como marca o reconhecimento dos efeitos da discriminação e da exclusão no processo de saúde-doença da população LGBT. Suas diretrizes e seus objetivos estão, portanto, voltados para mudanças na determinação social da saúde, com vistas à redução das desigualdades relacionadas à saúde destes grupos sociais. (BRASIL, 2013, p. 08)

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Compreender a determinação social no dinâmico processo saúde-doença das pessoas e coletividades requer admitir que a exclusão social decorrente do desemprego, da falta de acesso à moradia e à alimentação digna, bem como da dificuldade de acesso à educação, saúde, lazer, cultura interferem, diretamente, na qualidade de vida e de saúde. Requer também o reconhecimento de que todas as formas de discriminação, como no caso

das homofobias, devem ser consideradas na determinação social de sofrimento e de doença. (BRASIL, 2013, p. 13)

A falta de ações para a comunidade LGBT agrava-se ainda mais dentro das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde (SMS) que não possuem espaços para implementação da saúde integral para LGBT, em virtude do preconceito institucionalizado, aquele infringido pelos órgãos governamentais ao não adotarem ações e políticas que reconheçam as peculiaridades e especificidades da comunidade LGBT. (LAURENTINO, 2015, p.17)

A condição de LGBT incorre em hábitos corporais ou mesmo práticas sexuais que podem guardar alguma relação com o grau de vulnerabilidade destas pessoas. No entanto, o maior e mais profundo sofrimento é aquele decorrente da discriminação e preconceito. (BRASIL, 2013, p. 16)

O que acaba por permitir, pela omissão, práticas de exclusão e discriminação, interferindo na realização de ações de promoção da saúde ou no atendimento das pessoas LGBT, relegando, quando muito, apenas o atendimento para os casos de pessoas HIV positivas, devido à ausência de um espaço de discussão, promoção e defesa desta população. (LAURENTINO, 2015, p.17)

A Política está embasada nos princípios assegurados na Constituição Federal de 1988 (CF/88), que garantem a cidadania e dignidade da pessoa humana (BRASIL, 1988, art. 1.º, inc. II e III), reforçados no objetivo fundamental da República Federativa do Brasil de “promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação” (BRASIL, 1988, art. 3.º, inc. IV). (BRASIL, 2013, p. 17)

É de extrema importância entender a não eficácia dessas políticas públicas, ou, ao menos, não terem efeito direto sobre o nível de inclusão desses grupos vulneráveis na sociedade:

Ou seja, as políticas públicas vigentes ainda não refletem em uma diminuição dos assassinatos, torturas, assédios, estupros, agressões físicas, verbais, sexuais que continuam presentes de forma intensiva na história das pessoas LGBT na sociedade brasileira. Essas políticas precisam surtir efeitos no cotidiano das pessoas, nos ambientes de educação,

trabalho e em casa. Os profissionais precisam estar habilitados e se habituarem a lidar com pessoas LGBT, assim como precisam adotar práticas inclusivas de recepção a pessoas LGBT em companhias empresariais, assim como, o setor de administração pública precisa estar habituado a lidar com seus colegas de trabalho e pessoal de atendimento. (FRANCO, s.d., p.12)

A falta de eficácia nas ações dos profissionais de saúde e a ausência de uma mobilização social efetiva são potenciais agravantes para a saúde na comunidade LGBT. Outro fator que auxilia na constante ocorrência e nos altos índices dos agravos é a formação dos profissionais de saúde para lidarem com os diferentes perfis populacionais, por conta de sofrerem influências regionais, locais, políticas, culturais e até mesmo religiosas. (LAURENTINO, 2015, p.18)

A discriminação por orientação sexual e por identidade de gênero incide na determinação social da saúde, no processo de sofrimento e adoecimento decorrente do preconceito e do estigma social reservado às populações de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. (BRASIL, 2013, p. 19)

O respeito às diferenças de cada ser, nos levam à percepção e entendimento de reconhecer a peculiaridade de cada indivíduo, assim como perceber as suas variantes existenciais. Promover a saúde integral de lésbicas, gays, travestis, transexuais, bissexuais e transgêneros, eliminando a discriminação e o preconceito institucional, podem então contribuir com a redução das desigualdades e a consolidação do SUS, como um exemplo inclusivo, enquanto um sistema universal integral e equitativo. (FRANCO, s.d., p. 13)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Brasil tem avançado bastante no acesso a saúde dos Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Travestis, em termos de programas, mas que não estão saindo do papel a dificuldade encontrada para efetivar estas políticas são enormes. Estas políticas foram criadas graças a pressão da comunidade LGBT, a criação e concretização das políticas públicas para a saúde estão sendo colocadas a aprovação e controle social, deste modo, a

concretização real das políticas públicas de saúde para a população LGBT precisa estar nas pautas dos conselheiros de saúde e, em específico, nas conferências de saúde.

Neste estudo, ficou claro que as políticas de saúde para os grupos LGBT existem, mas não sai do papel por pressão de parte da sociedade, isso leva a um aumento de doenças e da discriminação, que poderá ser mudada esta situação com maior fiscalização do Ministério Público. Ora, o Poder Legislativo se omite na criação de leis para punir as várias formas de discriminação, na criação de políticas públicas e principalmente na fiscalização do Poder Executivo que não está cumprindo com o direito à saúde que está garantido pela Constituição a toda a população.

REFERÊNCIAS

AMARAL, Sérgio Tibiriçá. TREVIZAN, Ana Flávia. **Diferenciação entre minorias e grupos vulneráveis**. Disponível em:
<<https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUK Ewj1v-is5LHiAhXgHrkGHYCdCnwQFjAAegQIBBAC&url=http%3A%2F%2Fintertemas.toledoprudente.edu.br%2Findex.php%2FETIC%2Farticle%2Fdownload%2F2319%2F1814&usg=AOvVaw1AObzOwDEDrPZeFOD79ZG1>>. Acesso em: 22 mai. 2019.

BEZERRA, Hassyla Maria de Carvalho et al. **Políticas públicas de saúde voltadas à população LGBT e à atuação do controle social**. 2017. Recife. Disponível em:
<file:///C:/Users/Domingos%20Sávio/Downloads/Políticas_publicas_de_saude_voltadas_a_populacao_L.pdf>. Acesso em: 22 mai. 2019.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 05 de outubro de 1988. Disponível em: <www.planalto.gov.br>. Acesso em 23 mai. 2019.

BRASIL. **Ministério da Saúde**: Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2019

BORGES, T. Adriana; ESTRELA, F. Noábia Maria; FELIX, S. Dantas Maria Orlianni. Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. In: II Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho, e Políticas Sociais, **ANAIS...**, Florianópolis, 23-25 out. 2017, p. 1-6. Disponível em:

https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/180270/101_00091.pdf?sequenc e=1. Acesso em: 22 mai. 2019.

FRANCO, Lucas Nascimento. **Políticas públicas no Brasil voltadas para a população LGBT: reflexos que o Movimento enfrenta com relação à sociedade civil**. Disponível em: <<https://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/20739/1/Pol%C3%ADticasP%C3%ABlicas sBrasil%20%281%29.pdf>> Acesso em: 19 mai. 2019

LAURENTINO, Arnaldo Cezar Nogueira. **Políticas Públicas de Saúde para a população LGBT: da criação do SUS à implementação da Política Nacional de Saúde Integral de LGBT**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/12194/2/Arnaldo_Laurentino_EPSJV_Mestra do_2015.pdf> Acesso em: 12 abr. 2019.

LENY, Pereira da Silva. **Direito à saúde e o princípio da reserva do possível**. Disponível em: <https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/DIREITO_A_SA UDE_por_Leny.pdf>. Acesso em: 22 mai. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)** - 1946. Nova York. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 22 mai. 2019.

O DIREITO A SAÚDE PARA GRUPOS VULNERÁVEIS: A POLÍTICA DE SAÚDE PARA CELÍACOS E PORTADORES DE NECESSIDADE ALIMENTARES ESPECIAIS

BASTOS, Francine Tavares Souza³¹
AMORIM, Mayara de Oliveira de³²
REZENDE, Mateus Souza de³³
REZENDE, Larissa Vieira de³⁴
RANGEL, Tauã Lima Verdan³⁵

INTRODUÇÃO

O objetivo do presente trabalho é enfatizar que o direito à alimentação é inerente a todo cidadão, independente se é portador de alguma necessidade alimentar ou não. A Constituição Federal em seu artigo 6º inclui a alimentação como direitos sociais, que apesar de estar devidamente conjecturada, tal inclusão não é o suficiente para garantir a todos uma alimentação adequada e saudável.

O Estado é visto como o principal responsável no não cumprimento de políticas públicas, para que tais direitos sejam devidamente garantidos e aplicados. A negligência e o desleixamento do mesmo é notório, tendo em vista que atualmente existem muitas pessoas que ao menos conseguem ser diagnosticadas com a doença celíaca.

³¹ Graduanda do III período do curso de Direito da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade Bom Jesus do Itabapoana, fran-souza.10@hotmail.com;

³² Graduanda do III período do curso de Direito da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade Bom Jesus do Itabapoana, mateus.s.rezende@gmail.com;

³³ Graduando do III período do curso de Direito da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade Bom Jesus do Itabapoana mayaraamorim84@gmail.com;

³⁴ Graduanda do III período do curso de Direito da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade Bom Jesus do Itabapoana lala.rezende@hotmail.com;

³⁵ Professor orientador. Pós-Doutorando (Bolsa FAPERJ) vinculado ao Programa de Pós-Graduação Strictu Sensu em Sociologia Política da Universidade Estadual do Norte Fluminense (UENF). Mestre (2013-2015) e Doutor (2015-2018) em Ciências Jurídicas e Sociais pela Universidade Federal Fluminense. Especialista Lato Sensu em Gestão Educacional e Práticas Pedagógicas pela Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) (2017-2018). Especialista Lato Sensu em Direito Administrativo pela Faculdade de Venda Nova do Imigrante (FAVENI)/ Instituto Alfa (2016-2018). Especialista Lato Sensu em Direito Ambiental pela Faculdade de Venda Nova do Imigrante (FAVENI)/Instituto Alfa (2016-2018). Especialista Lato Sensu em Direito de Família pela Faculdade de Venda Nova do Imigrante (FAVENI)/Instituto Alfa (2016-2018). Especialista Lato Sensu em Práticas Processuais Civil, Penal e Trabalhista pelo Centro Universitário São Camilo-ES (2014-2015). E-mail: taua_verdan2@hotmail.com

MATERIAL E MÉTODOS

O método utilizado para a elaboração deste trabalho foi a revisão bibliográfica com base em leituras de alguns sites selecionados da internet e em livros que discorriam sobre o tema abordado.

DESENVOLVIMENTO

O direito à saúde representa um dos fundamentos da República Federativa do Brasil sendo considerado, pela doutrina e legislação, uma garantia de todo cidadão e obrigação do Estado, estando totalmente interligado ao direito à vida e à existência digna, como afirma Mallmann (2012, s.p). A autora relata ainda que tal direito é plenamente assegurado pela Constituição Federal de 1988, na qual se objetivou a estabelecer garantias fundamentais a todo e qualquer cidadão, propiciando aos indivíduos condições mínimas para o pleno gozo de seus direitos.

O direito à saúde não se limita apenas ao acesso a tratamentos repressivos e medicamentos. O direito a saúde é um instituto muito mais amplo e deve, também, estar relacionado a uma alimentação de qualidade. De acordo com Machado (2017, s,p) o direito à alimentação tem duas dimensões: o direito de estar livre da fome e o direito à alimentação adequada para cada indivíduo. A realização destas duas dimensões é de crucial importância para a fruição de todos os direitos humanos. Os principais conceitos empregados na definição do direito à alimentação adequada são disponibilidade de alimentos, adequação, acessibilidade e estabilidade do acesso a alimentos produzidos e consumidos de forma soberana, sustentável, digna e emancipatória.

Um grupo muito desconhecido por grande parte da população, mas que necessitam de uma grande atenção, são os celíacos. A autora Ester Benatti resume as características da doença da seguinte forma:

Desordem sistêmica autoimune, desencadeada pela ingestão de glúten. É caracterizada pela inflamação crônica da mucosa do intestino delgado que pode resultar na atrofia das vilosidades intestinais, com consequente má absorção intestinal e suas manifestações clínicas. O Glúten é uma proteína que está nos seguintes cereais: trigo, cevada, centeio, aveia. A Doença Celíaca ocorre em pessoas com tendência genética à doença e pode aparecer em qualquer idade. O único tratamento é uma alimentação sem glúten por toda a vida. A pessoa que tem a doença celíaca nunca poderá ingerir alimentos que contenham trigo, cevada, centeio, aveia e os seus derivados (farinha de trigo, farinha de rosca, pães, massas, bolachas, bolos, outros). A Doença Celíaca se não for tratada pode levar à morte. (BENATTI 2017, p. 04)

De acordo com Lobo e Araújo (2016, s.p.), o desconhecimento de determinada patologia pela classe médica dificulta o diagnóstico. Mesmo nos casos em que a doença é diagnosticada, a falta de alimentos adequados vem diminuindo a qualidade de vida de portadores da enfermidade, tendo em vista que o principal tratamento para a doença celíaca é a ausência de glúten. A Federação Nacional das Associações de Celíacos do Brasil (Fenalcebra) indica que é urgente a definição de políticas públicas que alcancem as mais de 2 milhões de pessoas celíacas no País. A Fenalcebra defende a implementação do protocolo para tratamento e diagnóstico, pois, segundo a Federação, a falta dessas políticas é o maior obstáculo.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

É inegável que a alimentação é um direito inerente a todas as pessoas, e, para garantir a efetivação do direito à alimentação adequada o Estado brasileiro tem obrigações a respeitar, proteger, promover e prover a alimentação para a população. Por sua vez, a população tem o direito de exigir o cumprimento de tais obrigações através de mecanismos de exigibilidade (Conti, 2014, s.p).

Segundo Benatti (2017, p.06), existem no Brasil leis, resoluções, códigos, estatutos e programas que amparam os Cidadãos Celíacos, seja como detentores do direito a alimentação, a saúde ou como consumidores. Esse conjunto de normas é o que compõe a proteção jurídica dos celíacos. Algumas ações de garantia de Direitos dizem respeito à

Prefeitura do Município onde mora o Celíaco, outras vezes ao Governo Estadual ou Federal. É importante que o celíaco ao conseguir seu diagnóstico tenha documentos que comprovem sua condição: resultado dos exames e declaração médica, pois assim será mais fácil confirmar junto ao Poder Público ou ao Poder Judiciário quando isso se fizer necessário.

Para um processo judicial a prova é muito importante, pois a regra é que cada um comprove o que alega, e, se assim não o faz, o requerente pode deixar de ter o seu direito reconhecido por não comprovar os fatos que lhe servem de fundamento. A autora Bernatti (2017, p.07) salienta que o cidadão carente deve procurar a Defensoria Pública de seu estado (para causas contra o Estado ou o Município) ou a Defensoria Pública Federal, de modo que se inicie um processo com um pedido liminar, baseado na urgência-emergência da situação a ser tutelada. Assim, haverá uma decisão judicial que irá assegurar ao cidadão, cujo direito foi violado, o reparo ou o cumprimento do dever correspondente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ante o exposto, é possível concluir que, de certa forma, a situação dos celíacos no Brasil está vinculada a ineficiência do Estado em produzir políticas públicas para divulgar a existência da doença, assim como, seus sintomas e formas de tratamento. Não obstante, é indispensável que o portador de doença celíaca tenha direito a uma alimentação adequada ao seu quadro clínico, uma vez que, como já anteriormente abordado, o principal tratamento para esta doença é a mudança dos hábitos alimentares.

Evidente que o mais correto a ser feito é o fortalecimento dessas políticas públicas que instituem formas de atender às demandas de tais grupos, bem como a provocação das instituições para que atendam tais demandas.

Outro aspecto importante da questão é o acesso aos alimentos por pessoas de baixa renda. É necessária a conscientização dos órgãos públicos em relação aos direitos dos celíacos, pois as demandas acabam sendo encaminhadas para o poder judiciário tendo em vista a onerosa prática administrativa do não entendimento da correspondência entre alimentos e medicamentos em casos especiais.

Desta forma, entende-se que há uma grande discussão em aberto no País, porém ainda há muitos direitos a serem efetivamente garantidos.

REFERÊNCIAS

BENATTI, Ester. **A proteção jurídica dos celíacos**. Disponível em:
<https://www.riosemgluten.com/protecao_juridica_dos_celiacos_acelbra_rs_2017.pdf>.
Acesso em 19 mai. 2019

CONTI, Irio Luiz. **Direito humano à alimentação adequada e soberania alimentar**. Disponível em: <<http://www4.planalto.gov.br/consea/comunicacao/artigos/2014/direito-humano-a-alimentacao-adequada-e-soberania-alimentar>>. Acesso em 09 abr. 2019.

LOBO, Eduardo; ARAUJO, Newton. **Especialistas pedem políticas públicas para diagnóstico e tratamento de celíacos no SUS**. Disponível em:
<<https://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/SAUDE/517403-ESPECIALISTAS-PEDEM-POLITICAS-PUBLICAS-PARA-DIAGNOSTICO-E-TRATAMENTO-DE-CELIACOS-NO-SUS.html>>. Acesso em 09 abr. 2019

MACHADO Renato Luiz Abreu. **Direito humano à alimentação adequada**. Disponível em:
<<http://www4.planalto.gov.br/consea/acesso-a-informacao/institucional/conceitos/direito-humano-a-alimentacao-adequada>>. Acesso em 19 mai. 2019

MALLMANN, Eduarda. **Direito à saúde e responsabilidade do Estado**. Disponível em:
<<https://www.direitonet.com.br/artigos/exibir/7652/Direito-a-saude-e-a-responsabilidade-do-Estado>>. Acesso em 19 mai. 2019

INCLUSÃO DE PORTADORES DE DEFICIÊNCIA VISUAL NO AMBIENTE ACADÊMICO: DIREITO À EDUCAÇÃO E À SAÚDE

GOMES, Larissa dos Santos³⁶
PINHEIRO, Yohana Cristina Nascimento³⁷
SOUZA, Júlia Maria Soares de³⁸
AZEVEDO, Ione Galoza de³⁹
RANGEL, Tauã Lima Verdan⁴⁰

INTRODUÇÃO

Segundo o IBGE e o Ministério da Saúde, 6,2% da população brasileira tem algum tipo de deficiência. Dentre elas estão a auditiva, visual, física e intelectual. A visual é a que mais atinge os brasileiros, sendo 3,6% dos habitantes deficientes. O alto grau de limitação acaba afastando os deficientes visuais da realização de atividades consideradas habituais.

Tradicionalmente, o ambiente acadêmico apresenta uma série de fragilidades no que se relaciona ao processo de inclusão de portadores de necessidades especiais. Neste aspecto, não é diferente no que toca à inclusão dos portadores de deficiência visual. O processo de inserção, por si só, é desafiador e complexo, eis que exige, do aparato estatal especificamente, o desenvolvimento de estruturas e mecanismos para assegurar um

³⁶ Graduanda do curso de Direito da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade Bom Jesus do Itabapoana, larissasantosgomes@yahoo.com.br;

³⁷ Graduanda do curso de Direito da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade Bom Jesus do Itabapoana, yohanacris300@gmail.com;

³⁸ Graduanda do curso de Direito da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade Bom Jesus do Itabapoana, jupsoares2011@hotmail.com;

³⁹ Professora Orientadora. Mestra em Cognição e Linguagem pela Universidade Estadual do Norte Fluminense “Darcy Ribeiro”. E-mail: ionegaloza@yahoo.com.br

⁴⁰ Professor orientador. Pós-Doutorando (Bolsa FAPERJ) vinculado ao Programa de Pós-Graduação Strictu Sensu em Sociologia Política da Universidade Estadual do Norte Fluminense (UENF). Mestre (2013-2015) e Doutor (2015-2018) em Ciências Jurídicas e Sociais pela Universidade Federal Fluminense. Especialista Lato Sensu em Gestão Educacional e Práticas Pedagógicas pela Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) (2017-2018). Especialista Lato Sensu em Direito Administrativo pela Faculdade de Venda Nova do Imigrante (FAVENI)/ Instituto Alfa (2016-2018). Especialista Lato Sensu em Direito Ambiental pela Faculdade de Venda Nova do Imigrante (FAVENI)/Instituto Alfa (2016-2018). Especialista Lato Sensu em Direito de Família pela Faculdade de Venda Nova do Imigrante (FAVENI)/Instituto Alfa (2016-2018). Especialista Lato Sensu em Práticas Processuais Civil, Penal e Trabalhista pelo Centro Universitário São Camilo-ES (2014-2015). E-mail: taua_verdan2@hotmail.com

tratamento digno e igualitário.

Analisar as necessidades específicas da inclusão dos portadores de necessidades especiais visuais, reconhecer seus, adequar o ambiente e incluí- los na sociedade de forma digna e não mecanizada constitui um dever do Poder Público nos mais diversos segmentos. Para tanto, deve-se buscar maneiras de conferir, dentro do processo de inclusão, instrumentos capazes de promover a isonomia social.

MATERIAL E MÉTODOS

A metodologia empregada na construção do presente pautou-se na utilização do método dedutivo. Como técnicas de pesquisa, foram empregadas a análise bibliográfica e a revisão de literatura sob o formato sistemático.

DESENVOLVIMENTO

Segundo Sousa e Sousa (2016), um marco inicial para a Educação Inclusiva como processo educacional surge com a Declaração de Salamanca (1994). Menezes e Santos (2001), por sua vez, afirmam que, no ano de 1994, foi elaborado em Salamanca, na Espanha, na Conferência Mundial sobre Educação Especial um documento que tem a finalidade de informar parâmetros políticos e educacionais de forma a contribuir para a inclusão social. Considerada por muitos, como um dos principais documentos que abordam a inclusão social, acrescido à Convenção de Direitos da Criança (1988) e da Declaração sobre Educação para Todos (1990).

Esta declaração, é vista por muitos como uma inovação, por constar no seu próprio texto, fora a responsável pela inclusão da educação especial na estrutura de “educação para todos”, garantindo a inclusão de crianças especiais nestes meios e seu lugar cativo na sociedade educacional. Menezes e Santos ponderam que:

Ela é o resultado de uma tendência mundial que consolidou a educação inclusiva, e cuja origem tem sido atribuída aos movimentos de direitos humanos e de desinstitucionalização manicomial que surgiram a partir das décadas de 60 e 70. (MENEZES; SANTOS, 2001, s.p)

Além disso, ainda segundo Menezes e Santos (2001), ela expande todos os conceitos anteriores de dificuldades de aprendizado, passando assim, a incluir além de crianças deficientes, aquelas que enfrentam dificuldades na escola, por tempo indeterminado; as que vivem nas ruas, são vítimas de pobreza extrema, desnutridas, ou são vítimas da exploração de trabalho infantil; vítimas de guerras ou conflitos armados; vítimas de abusos sexuais, psicológicos, físicos; ou até mesmo aquelas que não frequentam a escola, por qualquer motivo que seja. Por fim, segundo a Declaração de Salamanca:

O princípio fundamental da escola inclusiva é o de que todas as crianças deveriam aprender juntas, independentemente de quaisquer dificuldades ou diferenças que possam ter. As escolas inclusivas devem reconhecer e responder às diversas necessidades de seus alunos, acomodando tanto estilos como ritmos diferentes de aprendizagem e assegurando uma educação de qualidade a todos através de currículo apropriado, modificações organizacionais, estratégias de ensino, uso de recursos e parcerias com a comunidade (...) Dentro das escolas inclusivas, as crianças com necessidades educacionais especiais deveriam receber qualquer apoio extra que possam precisar, para que se lhes assegure uma educação efetiva (...). (Declaração de Salamanca, 2001, s.p)

Segundo Sousa e Sousa (2016), a inclusão de deficientes visuais no âmbito escolar é um tema que levanta inúmeros debates em diversos meios. Com isso, torna-se necessária a criação de meios que integrem aludidos indivíduos na sociedade em geral, promovendo a união da educação, formação profissional e o desempenho de atividades profissionais no seio social, assegurando, por via de extensão, o respeito à dignidade da pessoa humana. Sousa, ainda, ressalta que:

Na sociedade historicamente entrelaçada de reminiscência cultural e de práticas sociais segregadoras, a educação especial não tem se

instituído como parte do conteúdo curricular da formação basilar, ordinário, do docente; quase sempre é vista como uma formação especial reservada àqueles que anseiam trabalhar com alunos com necessidades especiais. (SOUSA; SOUSA, 2016, p. 42)

Segundo Lima (2016), ouvindo depoimentos de alunos deficientes visuais e de suas famílias, a conclusão entre eles é que o que mais atinge os alunos é a falta qualificação de profissionais, ausência ou insuficiência de materiais adaptados e acessíveis para auxiliar num bom desempenho escolar; e impermeabilidade de ambientes para o real favorecimento da inclusão. Já os educadores imploram por auxílio no desempenho de seus papéis, conseguindo a inclusão de todos.

Ainda segundo Lima (2016), sabe-se que os professores devem estar sempre cientes das temáticas que envolvem as deficiências visuais com foco nos alunos. Aprendendo sistemas de leitura; as derivações de deficiências e recursos para lidar com eles. Sendo assim, considerado insuficientes somente leis e empenho dos profissionais para que realmente aconteça a inclusão. É extremamente necessário que cada escola e seus profissionais busquem uma maneira melhor de capacitação; como adaptações curriculares e aquisição de materiais acessíveis a este, além de um ambiente acolhedor para manter-se um exercício de respeito à dignidade desses. Por último, ressalta que:

Frustração, ansiedade e desesperança de todos os atores envolvidos no atual cenário educacional levam à reflexão sobre quais mudanças a escola regular deve promover para garantir uma prática pedagógica adequada a todos os alunos. (LIMA, 2016, s.p)

Veja-se que o processo de inclusão dos portadores de necessidades especiais, ainda na realidade educacional brasileira, apresenta-se como um grande desafio. Tal fato decorre da premissa que a perspectiva estrutural demanda uma adequação dos processos inclusivos de modo a assegurar a isonomia social, assegurando, por via de consequência, a dignidade de tais indivíduos. Mais do que isso, analisar a inclusão no ambiente acadêmico é repensar o processo de autonomia dos indivíduos enquanto protagonistas a serem emancipados e o papel dos professores e corpo técnico como atores no auxílio de tal

objetivo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entende-se que a inclusão educacional da pessoa com deficiência visual deve ser realizada com integralidade, mas não basta apenas a inclusão dessa pessoa em um grupo escolar ou ambiente social, deve também ser disponibilizados meios afetivos e ajustados para que a pessoa lá permaneça. Tal tarefa não é simples e também não será alcançada em um curto espaço de tempo, mas se apresenta possível e necessária. (SIQUEIRA, 2010)

A pessoa com deficiência visual tem o direito constitucional de ser incluída no ambiente educacional e o poder público deve atuar de forma eficaz para efetivar os direitos inerentes, naturais a estas pessoas, só que no Brasil boa parte das instituições educativas não possuem tal condição ou suporte para acolher e dar uma educação de qualidade a essas pessoas o que acaba dificultando o processo (SIQUEIRA, 2010).

Hoje um cego com amparo educacional e treinado no método braille, pode ler até 200 palavras por minuto, apenas com o toque das mãos, mas muitas escolas no Brasil ainda possuem dificuldade para disponibilizar livros em braille para seus alunos deficientes visuais, e também existe a dificuldade das editoras em não conseguir transferir todas as obras para o sistema braille. O ensino e cuidado para com essas pessoas ainda está muito atrasado, elas não recebem tal apoio e reconhecimento (OLIVEIRA, 2018).

De acordo com o Censo feito pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2000, último dado oficial sobre essa população no Brasil, 16,6 milhões de brasileiros possuíam algum tipo de deficiência visual e 150 mil eram cegos. Em 2003, apenas 25 mil estudavam. O número triplicou em 2009, mas ainda falta muito para garantir que todas as crianças, jovens e adultos que não enxergam estejam incluídos nas redes de ensino do País.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do arrazoado exposto, pode-se entender que ainda é um grande desafio dos

portadores de deficiência visual em se adaptar aos hábitos proporcionados no cotidiano. É comum depara-se com situações em que portadores de necessidades especiais visuais acabam sendo prejudicados e, por vezes, “excluídos” devido à falta de preparação e recursos na sociedade.

No que toca ao ambiente acadêmico, a escassez de profissionais capacitados e preparados para tal especialidade é precária e insuficiente, o que cria um obstáculo para os portadores de deficiência visual, impossibilitando-os de progredirem, de aprenderem a lidar e conviver com todas as dificuldades e diferenças presentes ao seu redor.

No entanto, a ênfase de tal pressuposto é relatar os empecilhos e obstáculos vivenciados por esses indivíduos no dia a dia e, mostrar a importância de ter profissionais capacitados e em maior quantidade para poder atendê-los e ajudá-los. Além de ressaltar o dever das entidades governamentais para a adequação destes na sociedade.

REFERÊNCIAS:

LIMA, Eliana Cunha de. A inclusão da criança com deficiência visual na escola regular. In: **Fundação Dorina Nowill para cegos**, 2016. Disponível em: <<https://www.fundacaodorina.org.br/blog/artigo-a-inclusao-da-crianca-com-deficiencia-visual-na-escola-regular/>>. Acesso em: 09 Abr. 2019.

MENEZES, Ebenezer Takuno de; SANTOS, Thais Helena dos. Verbete Declaração de Salamanca. In: **Dicionário Interativo da Educação Brasileira**- Educabrazil. São Paulo: Midiamix, 2001. Disponível em: <<http://www.educabrazil.com.br/declaracao-de-salamanca>>. Acesso em: 09 abr. 2019.

OLIVEIRA, Regina. **Crianças cegas enfrentam dificuldades para ter livros em braille na escola**. Disponível em: <<http://fundacaotelefonica.org.br/noticias/criancas-cegas-enfrentam-dificuldades-para-ter-livros-em-braille-na-escola-diz-especialista/>>. Acesso em 11 abr. 2019.

SIQUEIRA, Dayene Pereira; SIQUEIRA, Dirceu Pereira. **Educação, inclusão e pessoa com deficiência visual na educação básica: Um paradoxo necessário**. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=7130>. Acesso em 11 abr 2019.

SOUSA, Ivaldo Silva; SOUSA, Ana Cleia da Luz Lacerda. **A inclusão de alunos com deficiência visual no âmbito escolar.** Disponível em:
<<https://periodicos.unifap.br/index.php/estacao/article/viewFile/2310/cleia6n3.pdf>>. Acesso em 09 abr. 2019.

TEORIA DAS ESCOLHAS DRÁSTICAS E O DIREITO À SAÚDE EM APARENTE COLISÃO

RAMOS, Luan Rosa ⁴¹
COUTO JÚNIOR, Nélío Fernandes Silva⁴²
ROCHA, Roberto Franco⁴³
AZEVEDO, Ione Galoza de⁴⁴
RANGEL, Tauã Lima Verdan⁴⁵

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem por objetivo analisar o direito à saúde diante dos critérios que cercam a teoria do mínimo existencial, em contrapartida sendo confrontada com o princípio da reserva legal. Ora, muito se sabe que através de prerrogativas impostas a espécie humana, existe um mínimo existencial que busca assentar os direitos fundamentais previstos no art. 5º da CF de forma a assegurar sua dignidade humana, contudo, apesar de tal dever ético/moral também ter sua previsão legal completamente arraigada de obrigações jurídico/jurisdicionais, estas passam por um conflito aparente, que geram dilemas em forma de ponderamento de direitos e valores.

⁴¹ Graduando do I período do curso de Direito da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade Bom Jesus do Itabapoana, luanrramos@gmail.com;

⁴² Graduando do I período do curso de Direito da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade Bom Jesus do Itabapoana, neliofscjr@hotmail.com;

⁴³ Graduando do I período do curso de Direito da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade Bom Jesus do Itabapoana, rodrigocoelhofrancolima@hotmail.com;

⁴⁴ Professora Orientadora. Mestra em Cognição e Linguagem pela Universidade Estadual do Norte Fluminense “Darcy Ribeiro”. E-mail: ionegaloza@yahoo.com.br

⁴⁵ Professor orientador. Pós-Doutorando (Bolsa FAPERJ) vinculado ao Programa de Pós-Graduação Strictu Sensu em Sociologia Política da Universidade Estadual do Norte Fluminense (UENF). Mestre (2013-2015) e Doutor (2015-2018) em Ciências Jurídicas e Sociais pela Universidade Federal Fluminense. Especialista Lato Sensu em Gestão Educacional e Práticas Pedagógicas pela Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) (2017-2018). Especialista Lato Sensu em Direito Administrativo pela Faculdade de Venda Nova do Imigrante (FAVENI)/ Instituto Alfa (2016-2018). Especialista Lato Sensu em Direito Ambiental pela Faculdade de Venda Nova do Imigrante (FAVENI)/Instituto Alfa (2016-2018). Especialista Lato Sensu em Direito de Família pela Faculdade de Venda Nova do Imigrante (FAVENI)/Instituto Alfa (2016-2018). Especialista Lato Sensu em Práticas Processuais Civil, Penal e Trabalhista pelo Centro Universitário São Camilo-ES (2014-2015). E-mail: taua_verdan2@hotmail.com

Embora possam existir circunstâncias mais onerosas, quando comparadas a outras, por qual motivo tal condição serviria com validação de uma política de mensuração de garantias, quando justamente todos os que são alcançados pelo direito aqui pretendido carecem gozar da mesma dignidade, advinda do princípio do mínimo existencial. Diante de tal colisão, o que se busca no projeto, é a compreensão do quanto um direito fundamental pode sobrepor ao outro, já que estes se constituem em uma mesma linha de deveres, direitos e garantias, o que por si só obrigariam ao operador do direito a encarar os direitos naturais como algo intrínseco ao homem e que devesse ser respeitado como uma máxima do ordenamento jurídico, devendo o conceito de reserva legal atuar em parâmetros específicos.

Muito bem, sabe-se que existem, no plano real, demandas infinitas para recursos finitos, sendo esse um grande fator decisivo para que se cumpram todas as prerrogativas ao interesse coletivo e individual do agente, o que acaba por dar origem a embates e hipóteses para exaurimento dos conflitos. Mesmo diante das adversidades junto a efetivação dos direitos fundamentais, o presente estudo, visa também discutir uma maior reestruturação das políticas públicas quanto a forma de gerenciar e aplicar os recursos, o que por muitas vezes se dá por condições políticas e não sociais.

METODOLOGIA

O método utilizado para a elaboração deste trabalho foi a revisão bibliográfica com base em leituras de alguns sites selecionados da internet e em livros que discorriam sobre o tema abordado.

DESENVOLVIMENTO

Inegável depreende-se que é cabido ao Estado o dever de proteger e resguardar a sua população e também estabelecer Direitos para todos e, entre estes, encontra-se vinculado os Direitos Sociais que tem como principal objetivo garantir a todos os indivíduos

o exercício e gozo de suas garantias fundamentais, inerentes ao ser humano, em condições isonômicas, previsão legal encontrada no art.6º da Constituição Cidadã de 1988, que traz:

São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (BRASIL,1988).

É possível observar a existência de inúmeros direitos preservados pela Constituição Federal, contudo, o direcionamento desencadeado ao âmbito da saúde. Dito isso, se observa que tal garantia mostra-se presente também no art.196º da CF quando diz, “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”(BRASIL, 1988) e, da mesma forma, no art. 2º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990: “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.”.(CALDEIRA; RANGEL,2018)

Levando em consideração o dever do Estado em garantir o direito à saúde para a população, é importante saber que estes direitos inerentes à saúde são também conhecidos como “mínimo existencial”, ou seja, deve ser visto como base/alicerce da vida humana. Contudo é de notório saber que a demanda pela saúde no que tange o custo do Estado com tratamentos, medicações e estrutura, é algo extremamente oneroso e demasiado, de modo que a máquina pública nunca consegue zerar as demandas, dessa forma nasce o que se conhece por “reserva do possível”, sendo o conceito que impõe limites frente as possibilidades do Estado em dispor de recursos para garantir direitos individuais e/ou coletivos, afim de suplantarem os pleitos fundamentais, como os direitos sociais.

Sendo assim, quando o Estado ao se deparar com direitos intimamente ligados ao mínimo existencial, acaba se valendo de alegações que deva ser tratada como reserva do possível, frente ao planejamento orçamentário que tenha disponível, para que assim possa fazer valer o pleito requerido naquele momento, e isto acaba afetando o direito a saúde e

gerando grandes polêmicas, pois ocorre um conflito de interesses entre o “mínimo existencial” contra “a reserva do possível” (NASCIMENTO, 2013)

Em grande parte dos casos em que um paciente requiere um tratamento ou medicamento de alto custo, o Estado acaba indeferindo o pedido, por alegar a falta de verba pública e, diante da negativa o que acaba por ocorrer, é justamente uma “judicialização da saúde”, objetivando a assegurar o direito a saúde dos indivíduos que quase sempre não disponham de orçamento próprio capaz de suprir suas necessidades mínimas.

Um exemplo a ser evidenciado seria a reportagem feita pelo jornal “Campo Grande NEWS” que conta a história de Daniel, um menino que nasceu com uma doença degenerativa que esgota a força muscular, inclusive da respiração e deglutição, e pode levar a morte em poucos anos, conhecida como AME (Atrofia Muscular Espinhal). Numa sequência de procura por cura, tristeza e perseverança, os pais encontraram esperança num medicamento de última geração e que, no ano passado, após considerável queda do preço, tinha custo R\$ 1,2 milhão por seis doses. Diante dos casos judicializados, o preço da medicação acendeu o alerta nos cofres públicos, sempre pressionados por outra constante realidade que seria a capacidade de garantir tais direitos, o que coloca em questão a briga entre o “mínimo existencial” e “a reserva do possível” (SANTOS, 2019)

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Muito embora existam escolhas que possam ensejar em direcionamentos desarrazoados quando contrapostos aos direitos e garantias individuais, Vieira e Oliveira (s.d., online) salientam que tais proposições estão intimamente ligadas as peripécias conquistadas pela simples condição humana, de modo que traga à baila, a conservação da vida humana e sua dignidade, sendo alcançado por um mínimo existencial que busque salvaguardar seus direitos basilares, servindo de contraponto para que as escolhas sejam arraigadas com o mínimo de justiça para com aqueles que carecem ter seus direitos fundamentais atendidos.

Após dar início a celeuma que trata o conflito aparente entre as prerrogativas humanas e possibilidade de garanti-las, surge o conceito de “reserva do possível”, buscando delimitar as possibilidades de se reverberar os direitos e garantias dos indivíduos em situação de risco a saúde. Portanto, é através das possibilidades que o pleito julgar razoável que fará surgir a efetiva aplicação das políticas públicas no plano real, bem como o atendimento propriamente dito àqueles que se enquadrem nos critérios da reserva do possível.

Ao se buscar um enfrentamento efetivo às questões sociais, em particular a garantia plena da saúde aos indivíduos em situação de vulnerabilidade, encontra-se obstáculo no conceito que, segundo Vieira e Oliveira (s.d., online), se dá frente às “infinitas” demandas da sociedade, de tal modo que se faz necessário a ponderação de prioridades à luz da Administração Pública, para que possam ser autorizadas na Lei Orçamentária Anual. Cabe, aqui, ressaltar o caput do art. 167 da Constituição Federal de 1988, que dispõe que as leis orçamentárias são de competência inicial exclusiva do Poder Executivo e caberá ao Legislativo (Parlamento) o seu deferimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, torna-se evidente que as ponderações aqui tratadas, ferem intimamente preceitos legais, de modo a não restar dúvida sobre a incompetência estatal em falhar na sua missão constitucional de garantidor de direitos fundamentais. Ora, como bem trata o filósofo Jean Jacques Rousseau, outrora fora feita a entrega dos direitos fundamentais ao Estado através de um pacto social, devendo este atuar como mediador/conciliador, para que fossem respeitados todos direitos naturais intrínseco a espécie humana.

Portanto, apesar de haver previsões expressamente tipificada na “carta maior”, pouco se faz para que possam ser combatidas tais alternativas, de modo sopesar sobre os que menos podem se impor frente as injustiças sociais. Embora se tenha uma infinita demanda de pleitos, pouco se fala em gerenciamento de recursos mais preordenados, com

zelo a coisa pública, apesar de grandes demandas, é sabido que vivemos em um País com elevadíssima carga tributária, capitaneando recursos públicos desenfreadamente, todavia não os aloca com o mesmo pundonor que deverá ter ao se recolher das mãos dos que tão ingenuamente se permitem ser saqueados e deixados ao limbo do esquecimento e descaso do Estado.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 05 de outubro de 1988. Disponível em: <<https://www.planalto.org.br>>. Acesso em mai.2019.

NASCIMENTO, Suélen Pereira Coutinho, **Mínimo existencial x reserva do possível**. Disponível em: <<https://antoniopires.jusbrasil.com.br/artigos/121940660/minimo-existencial-x-reserva-do-possivel>>. Acesso em mai.2019.

ORTEGA, Flávia Teixeira. **A “teoria das escolhas trágicas” à luz da jurisprudência do STF**. Disponível em: <<https://draflaviaortega.jusbrasil.com.br/noticias/306634652/a-teoria-das-escolhas-tragicas-a-luz-da-jurisprudencia-do-stf>>. Acesso em abr. 2019.

RANGEL, Tauã Lima Verdan; CALDEIRA, Samuel Brito. **O direito à saúde em tempos de crise: da teoria das escolhas drásticas à efetivação do estado mínimo de saúde**. Disponível em: <<https://multivix.edu.br/wp-content/uploads/2018/09/revista-ambiente-academico-v04-n01-artigo04.pdf>>. Acesso em mai. 2019.

SANTOS, Aline dos. **Judicialização da saúde: da briga por fraldas a paciente de R\$ 1,2 milhão**. Disponível em: <<https://www.campograndenews.com.br/brasil/cidades/judicializacao-da-saude-da-briga-por-fraldas-a-paciente-de-rs-1-2-milhao>>. Acesso em mai. 2019.

VIEIRA, Iracema Teixeira; OLIVEIRA, Frederico Antônio Lima de. **Escolhas trágicas, mínimo existencial e direito fundamental à saúde**. Disponível em: <<http://publicadireito.com.br/artigos/?cod=9137d1abcaf9bf4f>>. Acesso em abr. 2019.

O DIREITO A SAÚDE PARA GRUPOS VULNERÁVEIS: A POLÍTICA DE SAÚDE PARA POPULAÇÃO PRISIONAL

MALAQUIAS, Luciana dos Santos⁴⁶
MENDONÇA, Laura Boechat⁴⁷
MUCE, Mauricio dos Santos⁴⁸
AZEVEDO, Ione Galoza de⁴⁹
RANGEL, Tauã Lima Verdan⁵⁰

INTRODUÇÃO

A partir do início das mais remotas civilizações, o conceito de justiça tem alta variabilidade, vindo desde a definição de Talião (princípio da reciprocidade), passando pela denominação da justiça privada até a reformulação do entendimento penal dos dias atuais. Assim sendo, ao se pensar que o Direito passa por mudanças e está em constante evolução, o entendimento desse mesmo direito, em comparativo aos tempos passados, se mostra descabido, uma vez que a interpretação é outra.

Ademais, ao se entender que para se dispor uma sanção a um apenado, não é tangível que se retire todos os direitos, a temática desta confecção está definida. Dessa forma, o Estado, no ato de punir o infrator, dispondo-lhe em um cárcere, não lhe deve retirar

⁴⁶ Graduanda do Curso de Direito da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade Bom Jesus do Itabapoana, lucianadossantosm.lids@gmail.com;

⁴⁷ Graduanda do Curso de Direito da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade Bom Jesus do Itabapoana, boechat.laurinha@gmail.com;

⁴⁸ Graduando do Curso de Direito da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade Bom Jesus do Itabapoana, mauricio.muce@yahoo.com.br;

⁴⁹ Professora Orientadora. Mestra em Cognição e Linguagem pela Universidade Estadual do Norte Fluminense “Darcy Ribeiro”. E-mail: ionegaloza@yahoo.com.br

⁵⁰ Professor orientador. Pós-Doutorando (Bolsa FAPERJ) vinculado ao Programa de Pós-Graduação Strictu Sensu em Sociologia Política da Universidade Estadual do Norte Fluminense (UENF). Mestre (2013-2015) e Doutor (2015-2018) em Ciências Jurídicas e Sociais pela Universidade Federal Fluminense. Especialista Lato Sensu em Gestão Educacional e Práticas Pedagógicas pela Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) (2017-2018). Especialista Lato Sensu em Direito Administrativo pela Faculdade de Venda Nova do Imigrante (FAVENI)/ Instituto Alfa (2016-2018). Especialista Lato Sensu em Direito Ambiental pela Faculdade de Venda Nova do Imigrante (FAVENI)/Instituto Alfa (2016-2018). Especialista Lato Sensu em Direito de Família pela Faculdade de Venda Nova do Imigrante (FAVENI)/Instituto Alfa (2016-2018). Especialista Lato Sensu em Práticas Processuais Civil, Penal e Trabalhista pelo Centro Universitário São Camilo-ES (2014-2015). E-mail: taua_verdan2@hotmail.com

os direitos à saúde, educação, alimentação, entre tantos outros encontrados no artigo 6º da Constituição Federal. Sendo assim, uma vez que o Estado se propõe a retirar a liberdade do indivíduo, deve oferecer assistências mínimas para que uma vida digna, durante o cumprimento do regime.

Nessa toada, a ponto de análise, mesmo que a estrutura presidiária se mostre deficitária para todos, vale salientar que o presídio, basicamente em sua totalidade, foi idealizado para o homem, deixando as apenadas à mercê de um sistema que não as comporte de maneira digna, com suas necessidades corporais não consideradas. Assim sendo, há de se considerar a imprescindibilidade de se assegurar todos os direitos dos presos, sobretudo a saúde.

MATERIAL E MÉTODOS

Considerando o modelo de trabalho adotado, sendo sua característica *sui generis*, buscou-se investigar acerca do tema abordado através de material bibliográfico, sendo artigos científicos, *sites* eletrônicos da web, entendimento doutrinário e legislação pertinente e aplicável a matéria. Haja vista a expansão evidente da temática em questão, o presente trabalho não pretende esgotar o tema, mas sim, explorar de forma sucinta e elucidativa as principais vertentes passíveis de análise e discussões.

DESENVOLVIMENTO

Pode-se afirmar que o estado em que vive a população carcerária no Brasil é demasiadamente alarmante, sobretudo por estar esta população privada do gozo de direitos fundamentais para a vivência, como a dignidade da pessoa humana, positivada no art. 1º, inc. III da CF. Em contraponto a este princípio, Soares Filho e Bueno inferem que a estrutura dos presídios abarca “estruturas arquitetônicas em ruínas; celas superlotadas, úmidas e escuras; má-alimentação; sedentarismo; uso generalizado de drogas”. (SOARES FILHO; BUENO, 2016, s.p.)

Desta forma, entende-se que o atual sistema carcerário foi criado e adaptado para ser um depósito humano de pessoas segregadas e marginalizadas. Ora, tal aceção parte da premissa que aquilo que se torna um problema a sociedade não resolve, ela exclui ou na pior das hipóteses elimina. A prisão deixa de ser a privação da liberdade, a qual foi ordenada pelo sistema judiciário, e passa a ser uma sala de tortura, com punições que vão além do que foi imposto ao indivíduo. (SOARES FILHO; BUENO, 2016, s.p.)

Assim, em meio a tantos problemas, financeiros e até mesmo culturais, estas pessoas são vistas de maneira vexatória pela sociedade e, por extensão, também, pelo próprio Estado e suas políticas públicas, principalmente se tratando de saúde. É necessária, imediatamente, a implantação de políticas públicas de qualidade, já que segundo dados do Censo Penitenciário Nacional (CPN), 95% da população carcerária são pobres, assim sendo, não tem condições de arcar com saúde de qualidade, o que é garantido pelo Estado (SOARES FILHO; BUENO, 2016, s.p.).

O direito a saúde aos reclusos foi positivado na Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984, conhecida como Lei de Execução Penal. Desta feita, segundo a LEP, o acesso a saúde é também um direito garantido aos reclusos, sendo preventiva e curativa, com tratamentos médicos, odontológicos e farmacêuticos. Sendo assim, é assegurado por lei o direito a saúde do paciente, o que por vezes não é respeitado pelo Estado, que não consegue atender a demandas logísticas e, acaba fazendo com que, as celas se tornem depósitos de pessoas (MARTINS *et all*, 2014 s.p.).

Em 09 de setembro de 2003, foi instituído o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), por meio da Portaria Interministerial nº 1.777, dos Ministérios da Saúde e da Justiça. Tornando mais adequado a legislação penal do Sistema Único de Saúde (SUS). Trazendo alguns benefícios a população custodiada no âmbito da política nacional de saúde. No Brasil, 100% dos estados encontram-se qualificados ao Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), representando 271 equipes habilitadas e ativas no sistema penitenciário (SOARES FILHO; BUENO, 2016, s.p.).

Estando positivado o direito dos apenados, eles estão amparados pela legislação, sendo uma garantia da vivência digna e de qualidade. A Lei nº 7.210 de 1984 traz o termo

assistido, trazendo o direito à assistência prisional enquanto o apenado estiver recluso. Buscando entre outros resultados a ressocialização do preso à sociedade. Este serviço social tem ligação direta com a saúde psicológica, trazendo a ele uma vivência saudável com as mesmas condições do indivíduo que vive fora das penitenciárias (MENEZES; MENEZES, 2014, s.p.).

A Lei de Execução Penal, em seu artigo 14, grafa que “A assistência à saúde do preso e do internado de caráter preventivo e curativo compreenderá atendimento médico, farmacêutico e odontológico” (BRASIL, 1984). Assim, o artigo citado demonstra que a saúde nos presídios não é apenas curativa, mas também preventiva, entretanto, a situação tem sido diferente. Mais uma vez o Estado cria leis as quais não consegue cumprir de maneira satisfatória.

As penitenciárias se encontram em estado de superlotação, o inchaço na máquina prisional não permite que a quantidade de presos caiba nas celas, menos ainda garantir saúde digna para aos indivíduos. É importante ressaltar que, do lado de fora das penitenciárias a situação não é diferente, o Sistema Único de Saúde (SUS) encontra-se superlotado e sem expectativas de melhora. A criminalização segue de maneira progressista, o que não ajuda em nada a superlotação dos presídios. (MENEZES; MENEZES, 2014, s.p.)

É necessário refletir que essas pessoas foram condenadas a reclusão de liberdade, e não a ficar expostas a doenças, sem alimentos, amontoadas em celas úmidas. A LEP também atenta para as questões de salubridade básica, como o direito a um lavatório e um vaso sanitário. Se tais questões fossem respeitadas, a maioria dos problemas relacionados a saúde seriam solucionados. De acordo com o art. 120, combinado com o art. 14, parágrafo único, ambos da LEP, os casos de saúde mais graves devem ser encaminhados ao hospital com a autorização do diretor do presídio. Entretanto os hospitais se encontram em estado máximo de lotação, não conseguindo atender de maneira digna a nenhum indivíduo. (MENEZES; MENEZES, 2014, s.p.)

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com o exposto resumo, entende-se que, a maior das discussões são os descasos relacionados as pessoas em situação de privação de liberdade. Onde os carcerários são mantidos em espaços com superlotação e de forma desumana. A maior reflexão a ser efetuada, é que essas pessoas foram condenadas a reclusão de liberdade, e não a ficar expostas a doenças, sem alimentos, amontoadas em celas úmidas.

Sendo assim, é assegurado por lei o direito a saúde do paciente, o que por vezes não é respeitado pelo Estado, que não consegue atender a demandas logísticas e, acaba fazendo com que, as celas se tornem depósitos de pessoas. Assim, ao se entender que para se dispor uma sanção a um apenado, não é tangível que se retire todos os direitos, a temática desta confecção está definida.

Dessa forma, o Estado, no ato de punir o infrator, dispondo-lhe em um cárcere, não lhe deve retirar os direitos à saúde, educação, alimentação, entre tantos outros encontrados no artigo 6º da Constituição Federal de 1988. Assim, uma vez que o Estado se propõe a retirar a liberdade do indivíduo, deve oferecer assistências mínimas para que uma vida digna, durante o cumprimento do regime.

É preciso, consecutivamente, a implantação de políticas públicas de qualidade, já que segundo dados do Censo Penitenciário Nacional (CPN), 95% da população carcerária são pobres, assim sendo, não tem condições de arcar com saúde de qualidade, o que é garantido pelo Estado (SOARES FILHO; BUENO, 2016, s.p).

Dando sequência, a ponto de análise, mesmo que a estrutura presidiária se mostre deficitária para todos, vale salientar que o presídio, basicamente em sua totalidade, foi idealizado para o homem, deixando as apenadas à mercê de um sistema que não as comporte de maneira digna, com suas necessidades corporais não consideradas. Ora, há de se considerar a imprescindibilidade de se assegurar todos os direitos dos presos, sobretudo a saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para concluir, pode-se, assim, verificar que o Estado não está preparado para tal gestão. E sendo assim, à saúde nos presídios não é apenas curativa, mas também preventiva, entretanto, a situação tem sido diferente. Mais uma vez o Estado cria leis as quais não consegue cumprir de maneira satisfatória.

Apesar das incansáveis tentativas de implantação de melhorias, que foram parcialmente falhas, a população privada de liberdade, no decorrer dos séculos sofreu e ainda sofre com tal fato. Por fim, a ausência de investimento do Estado sobre a saúde não somente física, quanto mental dessas pessoas privadas de liberdade e a estrutura precária, também são problemas fundamentais vivenciados há séculos pelos reclusos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Conselho Nacional de Justiça**: Dados das Inspeções nos Estabelecimentos Penais, 2014. Disponível em <http://www.cnj.jus.br/inspecao_penal/mapa.php>. Acesso em 14 mai. 2019.

BRASIL. **Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária**: Censo Penitenciário Nacional: nível socioeconômico da clientela dos sistemas. Institucional. Brasília: Ministério da Justiça, Departamento Penitenciário Nacional, 1994.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 05 de outubro de 1988. Diário Oficial da União 1988. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em 18 mai. 2019.

BRASIL. **Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984**. Institui a Lei de Execução Penal. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7210.htm>. Acesso em 18 mai. 2019.

MARTINS, Élida Lúcia Carvalho *et al*. O contraditório direito à saúde de pessoas em privação de liberdade: o caso de uma unidade prisional de Minas Gerais. In: **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 4, out.-dez. 2014. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000400009>>. Acesso em 14 mai. 2019.

MENEZES, Bruno Seligman de; MENEZES, Cristiane Penning Pauli de. O acesso à saúde no sistema penitenciário: a (in)observância da lei de execuções penais. In: **Âmbito Jurídico**, Rio

Grande, a. 17, n. 122, mar 2014. Disponível em:

<http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=14554&revista_caderno=29>. Acesso em mai. 2019.

SOARES FILHO, Marden Marques; BUENO, Paula Michele Martins. Demografia, vulnerabilidades e direito à saúde da população prisional brasileira. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 7, jul. 2016. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015217.24102015>>. Acesso em 14 mai. 2019.

O DIREITO À SAÚDE PARA GRUPOS VULNERÁVEIS: A POLÍTICA DE SAÚDE PARA A POPULAÇÃO PRISIONAL FEMININA

SOUSA, Mairlon Fabian de⁵¹

SOUZA, Rodrigo Tatagiba⁵²

MOTTA, Vitor Nassar⁵³

RANGEL, Tauã Lima Verdan⁵⁴

INTRODUÇÃO

A saúde é um direito fundamental do ser humano em sua capacitação geral, sem diferenciação por cor, raça, gênero, sexo, etnia ou idade, entre outros, o que cabe ao Estado garantir estes direitos aos seus indivíduos constituintes

Quando se trata da efetivação da aplicação de penas privativas de liberdade no Brasil, percebe-se a importância do acesso à saúde dentro dos estabelecimentos carcerários, principalmente quando se trata da população feminina. Atualmente, a população carcerária feminina possui um crescimento estatístico preocupante, notado com dificuldade, cada vez menos invisível, quando o cidadão brasileiro se depara com notícias referentes a esse público.

Torna-se gritante a comparação quando o cidadão se depara com estatísticas. A população carcerária feminina aumentou simplesmente 567% entre 2000 e 2014, tendo

⁵¹Graduando do curso de Direito da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade Bom Jesus do Itabapoana, mairlonfabian@outlook.com.

⁵²Graduando do curso de Direito da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade Bom Jesus, rodrigotatagibasouza@hotmail.com.

⁵³Graduandos do curso de Direito da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade Bom Jesus, vitornassarmotta@hotmail.com.

⁵⁴ Professor orientador. Pós-Doutorando (Bolsa FAPERJ) vinculado ao Programa de Pós-Graduação Strictu Sensu em Sociologia Política da Universidade Estadual do Norte Fluminense (UENF). Mestre (2013-2015) e Doutor (2015-2018) em Ciências Jurídicas e Sociais pela Universidade Federal Fluminense. Especialista Lato Sensu em Gestão Educacional e Práticas Pedagógicas pela Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) (2017-2018). Especialista Lato Sensu em Direito Administrativo pela Faculdade de Venda Nova do Imigrante (FAVENI)/ Instituto Alfa (2016-2018). Especialista Lato Sensu em Direito Ambiental pela Faculdade de Venda Nova do Imigrante (FAVENI)/Instituto Alfa (2016-2018). Especialista Lato Sensu em Direito de Família pela Faculdade de Venda Nova do Imigrante (FAVENI)/Instituto Alfa (2016-2018). Especialista Lato Sensu em Práticas Processuais Civil, Penal e Trabalhista pelo Centro Universitário São Camilo-ES (2014-2015). E-mail: taua_verdan2@hotmail.com

consideráveis 37.380 mulheres sendo tendo sua liberdade recolhida (BRASIL, 2014). Devido à tal quantidade, surgem questões quanto a eficiência do sistema carcerário brasileiro, não apenas em estrutura para receber essas mulheres, mas para mantê-las em estado minimamente saudável.

Partindo deste pretexto, objetiva-se apresentar um comparativo entre o papel do acesso à saúde dentro deste público em específico dito em padrões teóricos, mas verificados que na prática, se diferem substancialmente.

MATERIAL E MÉTODOS

Embasado no título acima, este trabalho tem como principal ferramenta de pesquisa a utilização da internet para o estudo de bibliografias, artigos e matérias, sendo recolhidos destes para a elaboração de opiniões e confirmação das mesmas.

DESENVOLVIMENTO

Tomando o conhecimento geral de um profissional de direito, a pena privativa de liberdade, independente de seu prazo, priva em si o apenado de seu direito de ir e vir. Em contexto histórico, a população feminina não possui uma atenção do ponto de vista de aplicação penal especial, devido à sua ascensão muito recente. Há uma deficiência muito grande em encontrar estatísticas que apresentem uma situação detalhada deste público, visto que o sistema carcerário em si é aplicado de forma semelhante entre homens e mulheres, visto que não há uma variedade de propostas de uma modificação no sistema carcerário feminino.

Historicamente, a ótica masculina tem se potencializado no contexto prisional, com reprodução de serviços penais direcionados para homens, deixando em segundo plano as diversidades que compõem o universo das mulheres, que se relacionam com sua raça e etnia, idade, deficiência, orientação sexual, identidade de gênero, nacionalidade, situação de

gestação e maternidade, entre tantas outras nuances.(INFOPEN, 2014, p.5)

Quando comparadas com homens, nota-se que as mulheres possuem uma série de necessidades que, quando comparadas as dos homens, não apenas demandam, como merecem uma atenção especial. Antes de adentrar este tema, nota-se também as características comuns entre a população carcerária masculina e feminina.

Os dados apresentados sobre o perfil da população prisional feminina brasileira compreendem diferentes aspectos, que permitem uma visualização sobre suas origens, históricos de vida e situações de vulnerabilidade social. A prevalência de certos perfis de mulheres (baixa escolaridade, negras) no sistema prisional revela a discrepância das tendências de encarceramento de mulheres no país, e reforça o já conhecido perfil da população prisional geral.(INFOPEN, 2014, p.20)

Independente do perfil apresentado, o verdadeiro desafio é a superlotação. Estatisticamente, tanto a população masculina quanto feminina apresenta público maior do que a capacidade aceitável pelas selas, tornando a sistema carcerário totalmente insalubre. Segundo Pamela de Sá, basta apresentar os números percebidos na CPI do Sistema Carcerário (2009, p. 138), verifica-se que o número de vagas do sistema penitenciário brasileiro totaliza 275.194, e a população carcerária brasileira é estimada em 422.590 presos.

A consequência desta superlotação influencia diretamente no acesso à saúde dentro destes presídios. Mulheres que possuem precariedade, primeiramente em espaço, estimulam a proliferação de microorganismos, não apenas presentes no ar quanto no espaço físico onde elas habitam, tornando o espaço propício para infecções, entre outras doenças. Até este ponto, pode-se comparar esta realidade entre as populações carcerárias, tanto masculina quanto feminina. Mas é exatamente neste ponto que a diferenciação se inicia quando se trata de atenção na visão de saúde. Homens não possuem ciclo menstrual, não possuem órgão interno como o da mulher, entre outras necessidades que os diferenciam das mulheres.

Se olharmos para as condições específicas das mulheres encarceradas, temos 1.204 mulheres com agravos transmissíveis dentro do sistema prisional, o que equivale a 5,3% da população prisional feminina, excetuando a população do estado de São Paulo, não informada neste quesito (INFOPEN, 2014, p.40).

Logo, entende-se que, independente deste descaso, o ambiente carcerário é quase que em sua totalidade desabilitado à aplicar com qualidade condições saudáveis para as mulheres detentas, estimulando a proliferação de doenças, consequentemente levando essas mulheres à óbito.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apesar da precariedade de acesso à informações, a análise feita possibilita um acesso a realidade enfrentada pelo público feminino em suas penas privativas de liberdade. O descaso com a figura feminina ainda é uma realidade, e tal afirmação comprova-se com a elaboração desta pesquisa. As dificuldades no cotidiano prisional do país são comuns, devido à superlotação. Comum também é afirmar que tais dificuldades são resultantes da falha do Estado em garantir uma aplicação penal justa e necessária, balanço este totalmente desenfreado, como se observa.

Mesmo com a teoria da justiça em ação, toma-se o raciocínio ao observar que a garantia da dignidade do ser humano se encontra cada vez menos eficiente, pois mesmo em período carcerário, ainda possuem direitos, e estes localmente “espremidos” e “encurralados” quanto à falta de espaço, proliferação de doenças e ausência de fatores contribuintes para que este processo se reverta, o que é ainda mais preocupante.

Desta forma, torna-se necessária o estímulo de pesquisas mais detalhadas sobre tal situação, acarretando na criação de políticas democráticas que visam diminuir o número de mulheres sob pena privativa de liberdade em primeiro plano, para que sejam corrigidos os demais problemas sucessivamente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Finalizando a análise proposta no início deste trabalho, nota-se que é de suma importância que o acesso à saúde seja respeitado, assegurado. A dignidade é um direito assegurado constitucionalmente, que infelizmente apresenta-se ameaçado e negligenciado quando depara-se com as condições vivenciadas pela população carcerária, tanto feminina.

Outro ponto muito importante é o estímulo insuficiente de distinção entre a população carcerária e feminina, muitas vezes pelo machismo ainda presente no âmbito nacional, o que dificultou a realização desta pesquisa, de forma a criticar mais a realização de uma pesquisa do que sua conclusão.

Dentre os obstáculos que se apresentaram na resolução desta análise, preza-se pela maior amplitude e divulgação das situações vivenciadas por este público e não suficiente, pelo estímulo de efetivação dos dispositivos legais que garantam a saúde, não apenas do cidadão, mas da cidadã brasileira.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Ministério da Justiça**: Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias – INFOPEN Mulheres (junho de 2014.) Disponível em:
<<https://www.justica.gov.br/news/estudo-traca-perfil-da-populacao-penitenciaria-feminina-no-brasil/relatorio-infopen-mulheres.pdf>>. Acesso em 23 mai. 2019.

CONJUR. **Relatório da CPI do Sistema Carcerário**. Disponível em:
<<https://www.conjur.com.br/dl/relatorio-cpi-sistema-carcerario.pdf>>. Acesso em 23 mai. 2019.

SÁ, Pâmela de. **A superlotação carcerária, a eficácia dos direitos fundamentais e a responsabilidade civil do Estado**. 51f. Monografia (Bacharel em Direito) – Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2012. Disponível em:
<<http://repositorio.unesc.net/bitstream/1/1199/1/Pâmela%20de%20Sá.pdf>> Acesso em 23 mai. 2019.

O DIREITO À SAÚDE PARA GRUPOS VULNERÁVEIS: A POLÍTICA DE SAÚDE PARA PROSTITUTAS

FÉRES, Júnia Bareli⁵⁵

LOPES, Sara Faria⁵⁶

PREPÉTA, Thais da Silva⁵⁷

AZEVEDO, Ione Galoza de⁵⁸

RANGEL, Tauã Lima Verdan⁵⁹

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como objetivo demonstrar o limitado acesso à saúde de um dos grupos sociais mais vulneráveis do país, as prostitutas ou profissionais do sexo. Considerada uma das profissões mais antigas do mundo, estando presentes em todas as sociedades, a prostituição sempre foi marcada por mulheres à margem do padrão de “mulher honesta” e virgem (AQUINO, 2010, p. 18).

A necessidade financeira, na maioria dos casos, é o fator primordial que leva a mulher a vender seu corpo para satisfazer as vontades dos homens, em troca de dinheiro para seu sustento e o de sua família (VILELA, 2015). A dignidade da pessoa humana toca

⁵⁵Graduanda do Curso de Direito da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade Bom Jesus do Itabapoana, 3º Período, juniabareli@hotmail.com

⁵⁶Graduanda do Curso de Direito da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade Bom Jesus do Itabapoana, 3º Período, sarinhafarialopes@hotmail.com

⁵⁷Graduanda do Curso de Direito da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade Bom Jesus do Itabapoana, 3º Período, thaisprepetabj@gmail.com;

⁵⁸ Professora Orientadora. Mestra em Cognição e Linguagem pela Universidade Estadual do Norte Fluminense “Darcy Ribeiro”. E-mail: ionegaloza@yahoo.com.br

⁵⁹ Professor orientador. Pós-Doutorando (Bolsa FAPERJ) vinculado ao Programa de Pós-Graduação Strictu Sensu em Sociologia Política da Universidade Estadual do Norte Fluminense (UENF). Mestre (2013-2015) e Doutor (2015-2018) em Ciências Jurídicas e Sociais pela Universidade Federal Fluminense. Especialista Lato Sensu em Gestão Educacional e Práticas Pedagógicas pela Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) (2017-2018). Especialista Lato Sensu em Direito Administrativo pela Faculdade de Venda Nova do Imigrante (FAVENI)/ Instituto Alfa (2016-2018). Especialista Lato Sensu em Direito Ambiental pela Faculdade de Venda Nova do Imigrante (FAVENI)/Instituto Alfa (2016-2018). Especialista Lato Sensu em Direito de Família pela Faculdade de Venda Nova do Imigrante (FAVENI)/Instituto Alfa (2016-2018). Especialista Lato Sensu em Práticas Processuais Civil, Penal e Trabalhista pelo Centro Universitário São Camilo-ES (2014-2015). E-mail: taua_verdan2@hotmail.com

principalmente na equidade de todos os cidadãos, entretanto as marginalizadas ainda são privadas de direitos fundamentais, como à saúde, à educação, à moradia, entre outros.

Tratar a prostituição no Brasil como crime é um erro comum, visto que o machismo e o preconceito com os indivíduos que fogem do “padrão” está enraizado (BARROSO, 2016). Além disso outro problema enfrentado pelas prostitutas é o descaso do Estado em relação à saúde pública, as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's), são transmitidas pelo não uso de preservativos, ora por vontade do contratante do programa, ora pela falta de acesso das profissionais do sexo a estes (VILELA, 2015).

MATERIAL E MÉTODOS

A metodologia empregada pauta-se no método dedutivo, auxiliado de pesquisa documental e revisão de literatura como técnica de pesquisa.

DESENVOLVIMENTO

De acordo com Aquino (2010, p.19), “a prostituição pode ser definida como a comercialização da prática sexual, geralmente em troca de favores ou vantagens monetárias”. Ora, o aumento dessa prática veio a ocorrer após a revolução industrial, devido à extrema pobreza e às aglomerações urbanas. O preconceito existente, até os dias de hoje, vem da violação de uma norma dos padrões de conduta, ligando as prostitutas às infecções sexualmente transmissíveis – outrora nominadas doenças sexualmente transmissíveis.

A prostituição traz consigo aspectos relacionados à cultura machista impregnada no Brasil. Assim, a “mulher honesta” sempre foi vista como submissa ao homem e como meio de reprodução. Já as outras moças, que destoavam deste modelo e usavam o sexo como forma de prazer e não apenas para se reproduzir, eram mal vistas pela população e marginalizadas, assim como as prostitutas (VILELA, 2015). Por se tratarem de pessoas à margem da sociedade, essas mulheres não gozavam dos direitos à saúde. Ora, tal negativo

impactou diretamente no aumento alarmante das infecções sexualmente transmissíveis (VILELA, 2015).

Ao longo de muito tempo, a mulher sempre foi vista pela sociedade apenas como cuidadora do lar e com a função de reproduzir, sem direito de exercer sexualidade mantendo em suas relações sexuais os padrões tradicionais (AQUINO, 2010, p.18). Seguindo ainda a linha de raciocínio da autora citada, o sexo sempre esteve ligado à reprodução. Ainda assim, por mais que existisse aludida cultura, a prostituição é encarada como uma das profissões mais antigas do mundo. Neste sentido, na Idade Média o corpo da mulher foi desprezado e o prazer sexual das prostitutas eram vistos como agente do demônio, repercutindo esse conceito até os dias atuais.

Segundo Rinaldi (2018), muitas mulheres começam a se prostituir ainda crianças por influência da família e por questões de sobrevivência, pois viam, em seu próprio corpo, uma maneira de conseguir algum retorno financeiro. Com base na autora supracitada, nota-se que grande parte das profissionais do sexo são a única fonte de sustento da família, a grande maioria não teve acesso à educação escolar.

Os primeiros anos da história relacionado a HIV/AIDS associavam os riscos maiores de transmissão da doença aos homossexuais, aos bissexuais e aos profissionais do sexo. As campanhas de saúde pública sempre inseriam as prostitutas de forma preconceituosa, pois associavam suas práticas a extremos riscos de IST's. Desta feita, pelo fato da sociedade apresentar tantos preconceitos em relação à saúde das prostitutas, muitas delas, por vergonha ou medo, deixavam de procurar o atendimento necessário para saúde da mulher pelos rótulos ainda impostos pela sociedade (AQUINO, 2010, p.19).

Um dos fatos mais preponderantes que levam a transmissão das IST's é a falta do uso de preservativos. Ora, em alguns casos, os homens que contratam o programa exigem que o sexo seja realizado sem o uso de camisinha; em outros casos, as prostitutas não adquirem os preservativos em postos de saúde por vergonha e por medo de serem mal atendidas, devido ao preconceito (VILELA, 2015).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo o magistério apresentado por Barroso (2016), quando se trata dos crimes contra a dignidade sexual, existe certa desorientação quanto aos tipos penais existentes. Um erro comum é compreender a prostituição como crime no Brasil. Ainda de acordo com o autor acima, a penalidade existente, nesse contexto, é o art. 230 do Código Penal, que prevê a conduta do rufianismo, que consiste, basicamente, em tirar proveito prostituição alheia (BARROSO, 2016).

De acordo com Furlan (2014), o Direito à Saúde encontra-se no Título VIII, Da Ordem Social, Capítulo II da Seguridade Social, Seção II, Da Saúde, por ser considerado uma das bases que a Seguridade Social traz em seu texto, sendo eles: Saúde, Assistência Social e Previdência Social. O artigo do Texto Constitucional a respeito da saúde pública dita:

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 (BRASIL, 1988).

Em associação do artigo citado acima e o art. 6º, ambos da Constituição Federal de 1988, e conforme Maya (2014), não há e não pode existir nenhuma distinção entre os cidadãos brasileiros no que tange ao direito à saúde e ao dever do Estado de fornecer o devido suporte, independente da condição social do indivíduo. Ao reforçar ainda a ideia de isonomia, principalmente no que se diz respeito aos deveres do Estado, o *caput* do art. 5º da Constituição vigente expõe:

Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade (BRASIL, 1988).

De acordo com Vilela (2015), em 1986, foi implantado o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), visando combater às IST's, os problemas na gravidez e o aborto,

contudo este programa não atendia a todas as classes sociais, as profissionais do sexo foram privadas deste direito à saúde pública, o que infringe diretamente a Constituição Federal de 1988 e o princípio da equidade. A Classificação Brasileira de Ocupação (CBO) agregou ao seu dispositivo o reconhecimento das profissionais do sexo, na qual requer, além de outras medidas que os trabalhadores do ramo participem de oficinas sobre sexo seguro, reconhecendo os perigos do ofício dessa profissão, como a violência de rua e os maus-tratos (SILVA, 2008).

De acordo com Silva (2008), a CBO ainda organiza os dados da profissão em: áreas de atividade – dentre elas realizar ações educativas no campo da sexualidade, competências e recursos de trabalho – no qual estão inclusos os preservativos feminino e masculino. A Organização das Nações Unidas (ONU), atendendo ao movimento das mulheres em escala mundial, tem reconhecido em seus tratados internacionais os Direitos Sexuais e Reprodutivos, que estão sendo considerados Direitos essenciais a uma vida digna e cidadã (SILVA, 2008).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ora, diante do exposto, pode-se constatar que as prostitutas sempre estiveram associadas a pensamentos preconceituosos e foram vistas como objeto de prazer e como responsáveis por disseminação de infecções sexualmente transmissíveis (IST's). Logo, por ser vista de tal forma muitas delas deixam de procurar tratamento em posto de saúde por vergonha e por medo dos rótulos ainda impostos pela sociedade.

A Classificação Brasileira de Ocupação incluiu, em um dos seus dispositivos, o reconhecimento das profissionais do sexo, o que compreende oficinas sobre sexo seguro e o risco dessa profissão. Muitas mulheres entram nessa profissão por motivo de sobrevivência e veem seu corpo como forma de conseguir um retorno financeiro. E, por mais que existam tantos preconceitos, todos devem ser tratados de igual forma perante a lei e todos tem direito a saúde e a uma vida digna.

REFERÊNCIAS

AQUINO, Priscila de Souza, et al, PINHEIRO, Ana Karina Bezerra. **Políticas públicas de saúde voltadas à atenção à prostituta**: breve resgate histórico. Disponível em: <file:///C:/Users/sarin/Downloads/4-7-1-SM.pdf> Acesso em: 09 abr. 2019.

BARROSO, Sérgio Luiz. Prostituição é crime? *In*: **JusBrasil**: portal eletrônico de informações, 2016. Disponível em: <<https://sergioluizbarroso.jusbrasil.com.br/noticias/311054835/prostituicao-e-crime>>. Acesso em: 15 mai. 2019.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 05 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm> Acesso em: 09 abr. 2019.

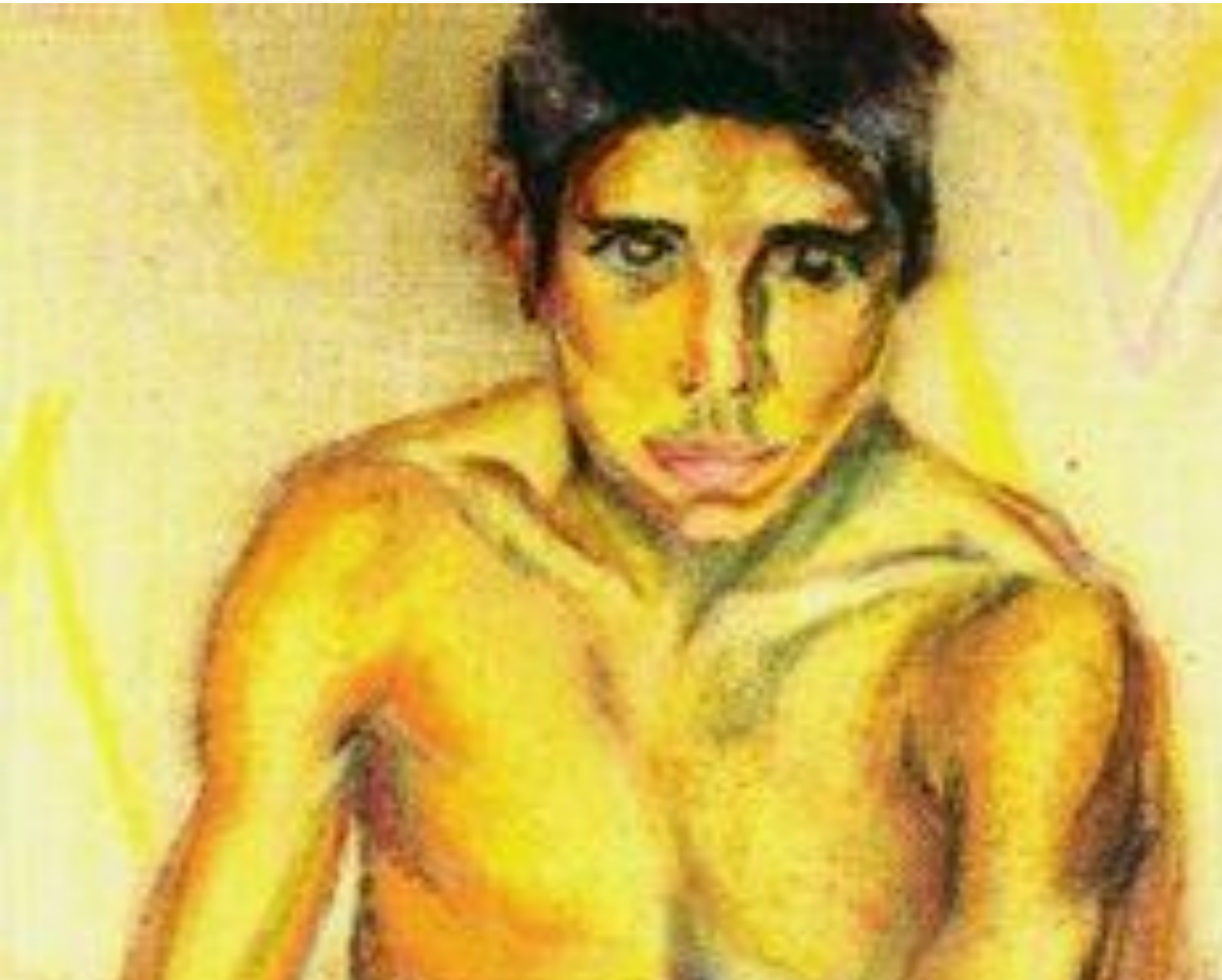
FURLAN, Bruna. Artigo 196 da Constituição Federal: Direito à Saúde, direito fundamental. *In*: **Saúde e Direito sem Fronteiras**: portal eletrônico de informações, 2014. Disponível em: <<http://saudedireito.org/2014/01/29/artigo-196-da-constituicao-federal-direito-a-saude-um-direito-fundamental/>>. Acesso em 15 mai. 2019.

MAYA, William Carmona. O direito á vida e á saúde previstos na Constituição Federal. *In*: **Migalhas**: portal eletrônico de informações, 2014. Disponível em: <<https://www.migalhas.com.br/dePeso/16,MI147063,81042-O+direito+a+vida+e+a+saude+previstos+na+Constituicao+Federal>>. Acesso em: 15 mai. 2019.

RINALDI, Roberta. **Tema de Redação**: Questões Relacionadas à Prostituição no Brasil. Disponível em: <<https://www.imagineie.com.br/temas/questoes-relacionados-a-prostituicao-no-brasil/>> Acesso em: 14 mai. 2019.

SILVA, Mario Bezerra da. Profissionais do sexo e o Ministério do Trabalho. *In*: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, 2008. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=5233>. Acesso em: 11 abr. 2019.

VILELA, Wilma Vieira, MONTEIRO, Simone. Gênero, estigma e saúde: reflexões a partir da prostituição, do aborto e do HIV/aids entre mulheres. *In*: **Epidemiologia e Serviço de Saúde**, Brasília, v. 24, n. 3, jul.-set. 2015, p. 531-540. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S2237-96222015000300531&script=sci_arttext> Acesso em: 14 mai. 2019.



DIREITO E SAÚDE:
9º PERÍODO



A DEPRESSÃO COMO ESGOTAMENTO NO AMBIENTE LABORAL: ASSÉDIO E DIREITO À SAÚDE

PELEGRINI, Ana Carolina Medeiros⁶⁰
RANGEL, Tauã Lima Verdan⁶¹

INTRODUÇÃO

Nos tempos modernos, o ser humano tem se tornado cada vez mais escravo de seu trabalho devido à busca por estabilidade financeira. Para alcançar este objetivo, os indivíduos procuram garantir seus empregos a qualquer custo, passando a uma realidade onde o dinheiro é prezado em detrimento do pleno gozo da saúde, tanto física, como mental.

Quando o profissional se depara com a mínima proteção ao seu ambiente de trabalho, vivenciando diversas formas de abusos e sobrecargas, evidencia-se as chances de desenvolvimento de alguma moléstia grave decorrente da situação vivenciada no ambiente laboral.

Com o aumento dos assédios morais, esgotamento e todos os fatores externos, as doenças psicológicas nos trabalhadores têm aumentado de forma considerável. Diante da atual situação, estudos na área de saúde demonstram o crescimento exorbitante do número de pessoas que desenvolve algum problema mental relacionado ao âmbito laboral, ante as multitarefas realizadas de forma acelerada, pressão, intensificação de suas funções,

⁶⁰ Graduanda do 9º Período do Curso de Direito da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade Bom Jesus do Itabapoana. E-mail: anacrolinampelegrini@gmail.com;

⁶¹ Professor orientador. Pós-Doutorando (Bolsa FAPERJ) vinculado ao Programa de Pós-Graduação Strictu Sensu em Sociologia Política da Universidade Estadual do Norte Fluminense (UENF). Mestre (2013-2015) e Doutor (2015-2018) em Ciências Jurídicas e Sociais pela Universidade Federal Fluminense. Especialista Lato Sensu em Gestão Educacional e Práticas Pedagógicas pela Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) (2017-2018). Especialista Lato Sensu em Direito Administrativo pela Faculdade de Venda Nova do Imigrante (FAVENI)/ Instituto Alfa (2016-2018). Especialista Lato Sensu em Direito Ambiental pela Faculdade de Venda Nova do Imigrante (FAVENI)/Instituto Alfa (2016-2018). Especialista Lato Sensu em Direito de Família pela Faculdade de Venda Nova do Imigrante (FAVENI)/Instituto Alfa (2016-2018). Especialista Lato Sensu em Práticas Processuais Civil, Penal e Trabalhista pelo Centro Universitário São Camilo-ES (2014-2015). E-mail: taua_verdan2@hotmail.com

deixando de lado momentos de lazer e descanso, passando a maior parte do dia em seu ambiente de trabalho. Assim, a depressão se tornou a grande vilã dos trabalhadores.

MATERIAL E MÉTODOS

Decorre de pesquisa teórica, realizada por método indutivo, por intermédio de pesquisa bibliográfica, possuindo como fontes doutrinas jurídicas, artigos e legislações. Insta salientar que o presente resumo expandido não se objetiva em esgotar o tema abordado, mas somente analisar a depressão sob a óptica do esgotamento do ambiente laboral, no que tange aos assédios sofridos pelo empregado em contraposição ao direito à saúde.

DESENVOLVIMENTO

O trabalho pode ser compreendido por estudiosos como uma forma de expressão da humanidade, ante a formação sociocultural no qual o indivíduo se encontra inserido. É neste sentido que ele se torna um importante elemento de manutenção da vida, visto que é o meio pelo qual o trabalhador consegue gerar subsídios para garantir sua sobrevivência e de sua família, garantindo então o mínimo para sua existência. (PÉREZ GILBET; CURY, 2009, p. 5) Como consequência, o ambiente de trabalho é o local que o empregado passa a maior parte de seu dia. Neste sentido, é importante que esse ambiente seja sadio e bem adaptado para os trabalhadores. (GUIMARÃES, 2013, p. 89)

Devido à globalização iminente, inúmeras mudanças rápidas e intensas vêm ocorrendo no que tange a produção e modernização dos meios de trabalho. Para se adaptar e enfrentar as novas demandas sociais e profissionais, o mercado impõe novas formas de organização, o que tem gerado uma série de consequências negativas na saúde dos trabalhadores. (PÉREZ GILBET; CURY, 2009, p. 1)

A globalização econômica evidenciou com mais intensidade os novos mecanismos ideológico-políticos e econômicos utilizados pelo capital para intensificar a produção e, ao mesmo tempo, sufocar a organização dos

trabalhadores. Através de estratégias de retroalimentação do capital, tais como: a terceirização, a flexibilização, a informalidade, a busca por mão-de-obra barata, o controle de qualidade, entre outras, ela colaborou para o aumento da precarização, da exploração do trabalho e do trabalhador brasileiro. (LIMA, 2004, p. 33)

A implementação de computadores, máquinas e novas tecnologias vem fazendo com que a mão de obra humana seja substituída, passando a uma perspectiva de fim do trabalho. Com essa escassez de ofertas de trabalho, no que tange ao mercado autorregulado pelas grandes empresas e pelos consumidores, o indivíduo busca a garantia de seu emprego a todo custo, tentando otimizar seu tempo e suas múltiplas tarefas. (LIMA, 2004, p. 33) O Estado brasileiro é oriundo de um sistema capitalista, que vivencia a busca incessante pelo lucro e pela riqueza, onde desenvolve sua economia com base na atividade produtiva. É, portanto, neste contexto que se vê a necessidade da preservação da saúde do trabalhador. (GUIMARÃES, 2013, p. 91)

“O trabalho deixou, há muito tempo, de fazer parte da liberdade do homem ou da sua identificação com sua atividade e passou para o reino da necessidade” (LIMA, 2004, p. 35). Nessa perspectiva, a atividade laboral deixa a cada dia de ser algo exterior, invertendo sua relação com o homem, tornando-o dependente e escravo. Então, as ideias de interesse pela saúde dos trabalhadores, bem com sua segurança passaram para as pautas de discussões. (LIMA, 2004, p. 35). Foi a partir da revolução industrial que a ideia de proteção à saúde dos trabalhadores começou a ser difundida, visto que até tal época, as atividades ministradas pelos empregados não lhes causavam grandes prejuízos. (GUIMARÃES, 2013 p. 88)

A Carta Magna de 1988 traz em seu primeiro artigo os princípios fundamentais da República do Brasil, entre eles vê-se a dignidade da pessoa humana e os valores sociais do trabalho. Tais direitos são considerados alicerces das normas brasileiras, destacando o caráter absoluto envolvido no contexto da dignidade da pessoa humana, que deve ser respeitada e preservada, tanto fora quanto dentro do ambiente laboral. (GUIMARÃES, 2013, p. 91). Guimarães, ainda, complementa que

Percebe-se que uma pessoa que desenvolve suas atividades em local de trabalho impróprio, que seja capaz de trazer-lhe prejuízos, sejam eles imediatos ou até mesmo futuros à sua saúde, independentemente da tarefa desenvolvida, contraria o disposto no art. 1º da Carta Magna. Assim, tal situação deve ser combatida e evitada tanto pelo empregador, quanto pelos obreiros, os quais são os maiores alvos. (GUIMARÃES, 2013, p. 91)

No contexto atual, as expressões de sofrimento relacionadas ao trabalho passaram a ser objeto de grande preocupação, devido ao alarmante número de casos de trabalhadores que vem desenvolvendo transtornos mentais, ante a exposição a um ambiente de trabalho assediador. (CAVALEIRO; TOLFO, 2011, p. 241). Desta forma, os casos de depressão relacionados a labuta vem crescendo de forma exorbitante. “A depressão pode ser conceituada como o conjunto de manifestações que envolvem a necessidade de isolamento, a presença de pensamentos negativos, desânimo, ansiedade, fadiga, insônia, sentimentos de tristeza, angústia, muito medo e vontade de chorar” (CAVALEIRO; TOLFO, 2011, p. 241)

Atualmente, a depressão atinge índices significativos em estudos epidemiológicos realizados em diversos países, por meio dos quais autores demonstram que de 3% a 11% da população geral pode desenvolver sintomas de depressão ao longo da vida. São, em grande parte, pessoas em fase economicamente ativa e que em razão da depressão, conforme estudos realizados nos EUA apresentarão prejuízo no trabalho, inabilidade, absenteísmo e redução da produtividade no emprego. (CAVALEIRO; TOLFO, 2011, p. 241)

No mesmo sentido, Teixeira acrescenta:

Pelo que se colhe da literatura médica, a depressão é um distúrbio emocional que produz alterações no modo de ver o mundo e sentir a realidade. O sintoma da doença é, basicamente, o transtorno do humor. A falta de esperança e de vitalidade são sentimentos constantes na vida de uma pessoa deprimida. Seus sintomas podem ser a insegurança, o isolamento social e familiar, a apatia, a desmotivação, ou seja, a perda de interesse e prazer por coisas que antes gostava, com o agravante de que podem também ocorrer perda de memória, do apetite e da concentração, além de insônia. (TEIXEIRA, 2007, p. 33)

“Características específicas de trabalho ou a configuração de determinadas tarefas influenciam na manifestação de processos de adoecimento” (CAVALEIRO; TOLFO, 2011, p.243). Assim, os transtornos mentais associados ao trabalho dificilmente são diagnosticados, ante a sua complexidade e devido a causa multifatorial de seu desenvolvimento como síndrome, podendo se manifestar em diversos momentos da vida.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os contornos atuais sobre proteção ao ambiente do trabalho direcionam-se a resguardar um ambiente saudável e propício para o desenvolvimento da atividade, demonstrando a preocupação em relação a qualidade de vida, para imposição de limites frente ao desgaste físico e mental oriundo do trabalho. Neste sentido, a legislação cumpre um papel de instrumento de fixação de obrigações e limites a todos os envolvidos na relação trabalhista, para prevenir enfermidades físicas e mentais aos trabalhadores. (FERREIRA *et al*, 2010, s.p.)

“Em uma perspectiva sociocultural, a depressão é compreendida além de um distúrbio orgânico, e assim pode ser expressão de uma inadaptação social ou de um pedido de socorro” (CENCI, 2004, *apud*, CAVALHEIRO; TOLFO, 2011, p. 244) Essa condição formaliza certa incapacidade e permite o afastamento do empregado do ambiente hostil, mas, por outro lado cria uma estigmatização do profissional, atribuindo a ele rótulos. (CAVALHEIRO; TOLFO, 2011, p. 244)

Relevante se mostra, diante de tal cenário, o exame das repercussões jurídicas da depressão no ambiente do trabalho por se tratar de questão relativa à saúde do trabalhador, um direito absolutamente indisponível. A saúde do trabalhador é um direito constitucionalmente garantido, amparado por normas gerais e especiais de proteção, importando, diante desse quadro, averiguar se no meio ambiente do trabalho o trabalhador está ou não submetido a agressões psíquicas que podem desencadear e/ou agravar um quadro depressivo. (TEIXEIRA, 2007, p. 33)

O contexto atual aponta que transtornos mentais e de comportamento são uma das maiores causas de afastamento do trabalho, reconhecendo seu crescente aumento de

índice, coincidindo com o contexto histórico das transformações e revolução no âmbito laborativo. Essa reestruturação traz em seu bojo uma crescente competitividade e um grande aumento da ansiedade entre os empregados, o que vem culminando em intensos sofrimentos psíquicos, que podem desencadear a depressão. (TEIXEIRA, 2007, p. 43)

O valor trabalho - fundamento do Estado de Direito e esteio da organização econômica do país - significa mais do que garantia de sobrevivência do trabalhador e sua família, um instrumento de cidadania. A história se fez - e ainda se faz e fará, por intermédio do trabalho que deve, desse modo, guardar em sua concepção a efetivação de uma construção e divisão ética de seus frutos e jamais levar ao desprazer e à doença. (TEIXEIRA, 2007, p. 43)

Contata-se que se faz necessária a efetiva diminuição e neutralização dos riscos inerentes a atividade laborativa. Tanto empregador, quanto empregado devem adotar medidas cabíveis para manutenção de um local digno e seguro. Neste sentido, os limites físicos e psíquicos devem ser respeitados. (GUIMARÃES, 2013, p. 93)

Dos fatores preponderantes o estresse, aliado ao assédio moral que o trabalhador possa estar sendo submetido, lembrando que, a exposição durante a jornada de trabalho, a humilhação e constrangimento constantes, acaba gerando transtornos psicológicos, acarretando danos à saúde física, como também mental do indivíduo, o qual, muitas vezes, pode acabar se tornando incapaz para desenvolver as suas atividades laborais. (GUIMARÃES, 2013, p. 93)

No mesmo sentido, expõe ainda o autor:

As consequências do assédio moral no âmbito laboral não são nada satisfatórias, pois se sabe que o impacto gerado sobre a saúde do homem é negativo, em razão dos desgastes e alterações que são provocados, causando também problemas para as empresas, tendo em vista que a prática do assédio moral vai de encontro à ética laboral, demonstrando um claro descompromisso ético e violando o princípio das boas relações humanas no ambiente de trabalho, sem contar a violação da dignidade da pessoa humana, contrariando o preceito constitucional que garante o meio ambiente de trabalho sadio. (GUIMARÃES, 2013, p. 98)

Por fim, é sabido que a prevenção é a melhor alternativa para a manutenção do equilíbrio e ao combate às práticas antiéticas e antissociais. Ela deve vir aliada ao conjunto de mudanças, tonando o combate as doenças mais eficazes e contribuindo para a construção da segurança no trabalho e para o equilíbrio diário. (GUIMARÃES, 2013, p. 98)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ante a busca capitalista pela lucratividade, o trabalhador tem colocado sua saúde em risco. Neste sentindo vê-se que cada vez menos há a proteção do ambiente laboral para que o trabalho possa ser exercido sem que prejudique a saúde de quem o exerce.

É no contexto de exageros de jornadas, de empregadores cada vez mais despreocupados com seus empregados, desemprego, baixo índice de contratação, crise econômica, dentre outros fatores que a depressão laboral tem se desenvolvido e se apresentado como alarme para os riscos da não proteção ao ambiente de trabalho.

Embora a legislação pátria venha buscando dar amparo ao trabalhador, às ideias se contrapõem a realidade vivida pela maioria dos empregados, que se submetem a situações extremas em seus trabalhos, abrindo mão de seus lazes para alcançar sua estabilidade financeira. Assim, sob a influência de diversos fatores externos juntamente com os excessos e abusos patronais, a depressão se apresenta como o “mal do século”.

Portanto, é notória a necessidade de um ambiente laboral harmônico e saudável, que garanta condições dignas de trabalho, livre de abusos e assédios, para que assim, as atividades nele desenvolvidas possam ser feitas de forma plena, sem prejuízo da produtividade e também resguardando a saúde, que é um direito de todos.

REFERÊNCIAS

CAVALHEIRO, Gabriela; TOLFO, Suzana da Rosa. Trabalho e depressão: um estudo com profissionais afastados do ambiente laboral. In: **Psico-USF**, v. 16, n. 2, 2011, pp. 241-249. Universidade São Francisco, São Paulo, Brasil. Disponível em <<https://www.redalyc.org/pdf/4010/401041440013.pdf>>. Acesso em 19 mai. 2019.

FERREIRA, Gabriel Luis Bonora Vidrih et al. Proteção ao meio ambiente do trabalho: Considerações sobre a exposição ocupacional ao benzeno. In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, a. 13, n. 74, mar 2010. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=7380&revista_caderno=5>. Acesso em 19 mai. 2019.

GUIMARÃES, Cristiana Marques dos Reis. A depressão no ambiente de trabalho e sua caracterização como uma doença laboral. In: **Revista eletrônica do Tribunal Regional do Trabalho da 6ª Região**, Recife, v. 23, n. 40, p. 86-103, 2013. Disponível em <https://juslaboris.tst.jus.br/bitstream/handle/20.500.12178/103018/2013_guimaraes_cristiana_depressao_ambiente.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em 19 mai. 2019.

LIMA, Ângela Maria de Sousa. Os impactos da globalização no mundo do trabalho. In: **Rev. Terra e Cultura**, a. 20, n. 39, 2004. Disponível em <http://web.unifil.br/docs/revista_eletronica/terra_cultura/39/Terra%20e%20Cultura_39-3.pdf>. Acesso em 19 mai.2019.

PEREZ GIBERT, Maria Agnes; CURY, Vera Engler. Saúde mental e trabalho: Um estudo fenomenológico com psicólogos organizacionais. In: **Bol. psicol.**, São Paulo, v. 59, n. 130, p. 45-60, jun. 2009. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432009000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 19 mai. 2019.

TEIXEIRA, Sueli. A depressão no meio ambiente do trabalho e sua caracterização como doença do trabalho. In **Revista eletrônica do Tribunal Regional do Trabalho da 3ª Região**, Belo Horizonte, v.46, n.76, p.27-44, jul.-dez.2007. Disponível em <https://www.trt3.jus.br/escola/download/revista/rev_76/Sueli_Teixeira.pdf>. Acesso em 19 mai. 2019.

DIREITO À SAÚDE EM UM CENÁRIO DE ESCOLHAS: A TEORIA DA RESERVA DO POSSÍVEL *VERSUS* O ESTADO MINÍMO DE SAÚDE

SANTOS, Catarina Pastor⁶²
RANGEL, Tauã Lima Verdan⁶³

INTRODUÇÃO

O presente trabalho possui a finalidade de analisar o direito à saúde enquanto direito fundamental expresso na Constituição Federal de 1988, no qual cada vez mais se mostra necessário à procura por meio judicial para que sejam efetivadas as prestações que devem ser realizadas pelo Poder Público. Entretanto, com base no princípio da reserva do possível, o Estado faz uso de seu limite orçamentário restrito para se isentar da prestação devida. Todavia, o direito à saúde faz parte do mínimo existencial de um ser humano, no qual o Estado não pode se isentar, uma vez que está obrigado a efetivar sua realização e manutenção.

Nesse viés, por conta da abstenção do Estado se faz necessário a intervenção do poder judiciário para efetivar o cumprimento da obrigação Estatal. Essa intervenção se dá por conta da má administração do Sistema Único de Saúde (SUS), no qual seria por ele a efetivação da saúde em um modelo universal, gratuito e igualitário, no entanto, por se encontrar arruinado e sem condições de fornecer os serviços essenciais, fica prejudicado o amparo à saúde, gerando uma crise no setor público dessa área.

⁶² Graduando do Curso de Direito da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) Unidade Bom Jesus do Itabapoana (RJ), E-mail: catarinapastor38@gmail.com.

⁶³ Professor orientador. Pós-Doutorando (Bolsa FAPERJ) vinculado ao Programa de Pós-Graduação Strictu Sensu em Sociologia Política da Universidade Estadual do Norte Fluminense (UENF). Mestre (2013-2015) e Doutor (2015-2018) em Ciências Jurídicas e Sociais pela Universidade Federal Fluminense. Especialista Lato Sensu em Gestão Educacional e Práticas Pedagógicas pela Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) (2017-2018). Especialista Lato Sensu em Direito Administrativo pela Faculdade de Venda Nova do Imigrante (FAVENI)/ Instituto Alfa (2016-2018). Especialista Lato Sensu em Direito Ambiental pela Faculdade de Venda Nova do Imigrante (FAVENI)/Instituto Alfa (2016-2018). Especialista Lato Sensu em Direito de Família pela Faculdade de Venda Nova do Imigrante (FAVENI)/Instituto Alfa (2016-2018). Especialista Lato Sensu em Práticas Processuais Civil, Penal e Trabalhista pelo Centro Universitário São Camilo-ES (2014-2015). E-mail: taua_verdan2@hotmail.com

MATERIAL E MÉTODOS

Para a realização deste resumo expandido o método empregado foi o indutivo, auxiliador por técnicas de pesquisa de revisão de literatura e dados trazidos pelos doutrinadores e pesquisadores do direito, no intuito de discorrer sobre a formação do Estado e sua responsabilidade.

DESENVOLVIMENTO

Para expor sobre a matéria de direito à saúde, primeiramente cumpre conceituar o que é ela. No entanto, tal conceituação não encontra uma corrente exata, no qual segundo Hipócrates, saúde de refere à influência da cidade e do tipo de vida que seus habitantes lavavam, aonde por consequência, os médicos que compreenderem as influências de determinado lugar sobre uma pessoa não cometeria erros. (HIPÓCRATES, s.d, *apud* SILVA, s.d,). No mesmo sentido aduz Engels, após estudar as condições de vida de trabalhadores na Inglaterra, concluindo que a cidade, o tipo de vida de seus habitantes, era responsável por determinar o nível de saúde dos indivíduos. (ENGELS, s.d *apud* SILVA, s.d).

Contudo, outra corrente conceitua a saúde como sendo a ausência de doenças, no qual segundo Descartes ao se identificar o corpo humano, se acreditou que poderia descobrir a causa de conservação da saúde, enfatizando o caráter mecanicista de doença, passando-se a explicar a doença como sendo um defeito que necessitava de reparo. (DESCARTES, s.d *apud* SILVA, s.d).

Já nas palavras de Cury, o direito à saúde se refere ao principal e fundamental direito social encontrado na Constituição Federal, tendo uma ligação direta com o princípio da dignidade da pessoa humana, motivo pelo qual tal direito merece atenção especial. (SARLET, s.d, *apud* CAMARGO, s.d). Contudo, Sarlet aduz que o direito a saúde possui dimensões, por ser um direito fundamental:

[...] no âmbito da assim denominada dimensão negativa, o direito a saúde não assume a condição de algo que o Estado (ou sociedade) deve fornecer

aos cidadãos, ao menos não como uma prestação concreta, tal como acesso a hospitais, serviço médico, medicamentos, etc. [...] O Estado (assim como os demais particulares), tem o dever jurídico de não afetar a saúde das pessoas, de nada fazer (por isso direito negativo) no sentido de prejudicar a saúde. (SARLET, s.d, s.p *apud* CAMARGO, s.d., s.p)

Desta forma, observa-se que direito à saúde é um direito de segunda dimensão, encontrando previsão na Constituição Federal de 1988, em seu artigo 6º, em que aduz:

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. (BRASIL, 1988).

Sendo assim, a compreensão do direito a saúde vai muito além da norma constitucional, sendo necessário desdobrar-se para se chegar a uma exatidão, uma vez que não há lógica em possuir uma vida, mas sem ter os meios para garanti-la. Entretanto, faz-se necessária à sua compreensão juntamente com o da dignidade da pessoa humana, que se encontra elencada no artigo 1º, inciso III, da Constituição Federal, referindo-se às necessidades básicas de cada ser humano, sendo o próprio valor da pessoa, senão veja:

O Princípio da Dignidade da Pessoa Humana, o qual tem como característica primordial assegurar um *minimum* de respeito a pessoa humana, pelo simples fato de ser pessoa humana, uma vez que, por natureza, todos são dotados de igual dignidade e têm direito a levar uma vida digna de seres humanos. (BRASIL, 1988)

Contudo, a dignidade da pessoa humana deve ser interpretada juntamente com o mínimo existencial necessário para cada indivíduo. Nesse sentido, Luiz Roberto Barroso assevera que:

A doutrina contemporânea desenvolveu o conceito de mínimo existencial, que expressa o conjunto de condições materiais essenciais e elementares cuja presença é pressuposto da dignidade para qualquer pessoa. Se alguém viver abaixo daquele patamar, o mandamento constitucional

estará sendo desrespeitado. (BARROSO, 2016, p. 214 *apud* NASCIMENTO, 2016).

Todavia, alguns doutrinadores contemplam a ideia de que o mínimo existencial, no que se refere ao direito à saúde, deve ser ilimitado e ter sua efetivação independentemente do limite orçamentário disponível. Contudo, o mínimo existencial repassa a ideia de que o Estado tem o dever de prestar ação positiva necessária aos hipossuficientes, que não detém condições de manter uma estabilidade de vida digna. (CASSANJI, 2015.)

Nesse sentido, os direitos elencados no artigo 6º da Constituição Federal são direitos sociais básicos, logo, para que ocorra sua correta efetivação, necessita de uma prestação positiva do Estado, promovendo a igualdade, tanto jurídica, quanto social. Assim, Pedro Lenza nos traz a definição de direitos sociais:

Assim, os direitos sociais, direitos de segunda dimensão, apresentam-se como prestações positivas a serem implementadas pelo Estado (Social de Direito) e tendem a concretizar a perspectiva de uma isonomia substancial e social na busca de melhores e adequadas condições de vida, estando, ainda, consagrados como fundamentos da República Federativa do Brasil. (LENZA, 2015, p. 1280 *apud* MEIRELES, 2018).

Contudo, mesmo diante de todas as necessidades básicas inerentes a cada indivíduo, faz-se por óbvio a realização de escolhas, uma vez que para se efetivar todas as prestações que devem ser realizadas pelo Estado deve ser pautado nos princípios da razoabilidade e proporcionalidade, contemplando a aplicação da reserva do possível. Assim, embora do direito à saúde seja uma obrigação do Estado, no qual o artigo 196 da Constituição Federal de 1988 tenha um caráter programático, não se faz plausível a aplicação indistinta em todas as situações. Ora, o Poder Público possui limites orçamentários que devem ser respeitados e pautados em três elementos: necessidade, distributividade dos recursos e a eficácia do serviço, para que assim outros direitos além da saúde não sejam prejudicados. (NASCIMENTO, 2017).

Assim, havendo a presença desses três elementos no serviço que deve ser prestado, estará em conformidade com a reserva do possível, aonde por consequência

incumbe ao Poder Público a prestação do serviço de forma adequada, respeitando o princípio da dignidade da pessoa humana. Mas para tanto, deve se observar as peculiaridades de cada caso concreto, uma vez que o Estado não possui condições financeiras para atender todas as demandas. (LIMA, 2008 *apud* NASCIMENTO, 2017).

DISCUSSÃO

O Estado é uma realização do bem comum, que nele os indivíduos alcançam seus anseios proporcionando seu desenvolvimento. Infinitas são as áreas de atuação do Estado, seja ela na educação, saúde, segurança, moradia, entre outros, mas no qual por ser multifacetário, carrega consigo obrigações e responsabilidades. (MERENDI; PEGHIM, s.d).

Como já relatado, o direito a saúde se insere na órbita dos direitos sociais que são constitucionalmente garantidos, tratando-se de um direito público subjetivo, indisponível e assegurado a todas as pessoas. *In verbis*:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução dos riscos de doença e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988).

Tal exatidão é complementada pela lei 8.080/90, em seu artigo 2º, “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”. (BRASIL, 1990). Desta forma, entende-se que o direito a saúde é uma garantia fundamental inerente a todo ser humano, no qual a figura do Estado é responsável por promover sua efetivação. Essa posição de garantidor exercida pelo Estado deve visar a redução de doenças, por consequência prevenindo-as.

Assim, por meio dessa necessidade social, surge a figura do Sistema Único de Saúde que garante o acesso igualitário a saúde, tratamento de doença e fornecimentos de medicamentos. (PRETEL, 2010). Para uma melhor compreensão se faz necessário entender o conceito de Sistema Único de Saúde, senão veja:

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. (BRASIL, 2018).

Conforme essa definição observa-se que sua vinculação com constituição Federal reflete de forma direta para a concretização da dignidade da pessoa humana, no qual essa concretização se dá por meio de atendimento sem onerosidade, universal e igualitário a todos os indivíduos. Todavia, a situação do Sistema Único de Saúde é bem diferente do apresentado na norma constitucional e em seu conceito, sendo de conhecimento nacional a sua precarização e falta de acessibilidade.

Destarte, que essa desarmonia do Poder Público com relação ao direito a saúde, dá surgimento a uma situação em que o direito de cada pessoa se encontra violado, no qual por ser um direito fundamental, deve ter sua aplicação de forma imediata, conforme preceitua o artigo 5º, §1º da Constituição Federal que, “As normas definidoras dos direitos e garantias fundamentais têm aplicação imediata”. (BRASIL, 1988). Assim, para os cidadãos deve ser indiferente a forma como o Estado se organiza para dar o efetivo cumprimento a suas obrigações estatais para promover o direito a saúde, sendo importante que somente a assegure, e caso assim não faça, subsiste o direito das pessoas de intervir para que o Estado venha a garanti-la. (PRETEL, 2010).

CONCLUSÃO

O Estado tem o dever de assegurar de forma efetiva o direito à saúde a todos os cidadãos, como consequência da própria garantia do direito à vida. A Constituição Federal, em seus dispostos, garante o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde, assegurando, portanto, a sua proteção nas órbitas genérica e individual.

A divisão de tarefas entre os entes governamentais e a organização do Sistema Único de Saúde não podem obstaculizar o direito do indivíduo à percepção de medicamentos e/ou tratamentos indispensáveis. A judicialização da saúde se caracteriza

como uma alternativa eficaz para conter as omissões do Estado. O simples fato de um medicamento e/ou tratamento ser caro ou não estar incluído no protocolo do SUS não é justificativa para a sua não concessão. Todavia, também é razoável o estabelecimento de critérios e parâmetros, haja vista que todo o sistema (e a saúde de muitas outras pessoas) não pode ser colocado em risco em razão de medicamentos experimentais ou mesmo não autorizados pela Anvisa.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 05 de outubro de 1988. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 27 mai. 2019.

BRASIL. **Lei nº 8.80, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 28 mai. 2019.

CAMARGO, Caroline Leite de. Saúde: um direito essencialmente fundamental. In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, a. 17, n. 120, jan 2014. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=14074>. Acesso em mai. 2019.

CASSANJO, Amanda. Direito à Saúde: Mínimo Existencial X Reserva do Possível. In: **Jus Brasil: portal eletrônico de informações**, 2015, Disponível em:
<<https://acassanji.jusbrasil.com.br/artigos/189303048/direito-a-saude-minimo-existencial-x-reserva-do-possivel>>. Acesso em: 28 mai. 2019.

KUMAGAI, Cibele; MARTA, Taís Nader. Princípio da dignidade da pessoa humana. In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, a. 13, n. 77, jun 2010. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=7830>. Acesso em mai. 2019.

MACHADO, Deusa Helena Gonçalves; MATEUS, Elizabeth do Nascimento. Breve reflexão sobre a saúde como direito fundamental. In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, a. 13, n. 83, dez 2010. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=8747>. Acesso em mai. 2019.

MEIRELES, Laise. Dignidade Humana, Direitos sociais e o Direito à Igualdade de Gênero. In: **Jus Brasil**: portal eletrônico de informações, 2018. Disponível em: <<https://laisemeireles.jusbrasil.com.br/artigos/580271548/dignidade-humana-direitos-sociais-e-o-direito-a-igualdade-de-genero>>. Acesso em: 28 mai. 2019.

NASCIMENTO, Ana Franco. Direito à saúde deve ser visto em face do princípio da reserva do possível. In: **Conjur**: portal eletrônico de informações, 2017, Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/2017-fev-12/ana-franco-direito-saude-visto-face-reserva-possivel>>. Acesso em: 28 mai. 2019.

NASCIMENTO, Marcio Rodrigues. Princípio da dignidade da pessoa humana e a garantia constitucional do direito à saúde. In: **Revista Jus Navigandi**, Teresina, 2016. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/45851/principio-da-dignidade-da-pessoa-humana-e-a-garantia-constitucional-do-direito-a-saude>>. Acesso em: 28 mai. 2019.

PRETEL, Mariana. O direito constitucional da saúde e o dever do Estado de fornecer medicamentos e tratamentos. In: **Conteúdo Jurídico**, Brasília, 2010. Disponível em <http://www.conteudojuridico.com.br/?colunas&colunista=151_&ver=578>. Acesso em: 28 mai. 2019.

SILVA, Leny Pereira. **Direito à saúde e o principio da reserva do possível**. Disponível em: <https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/DIREITO_A_SAUDE_por_Leny.pdf>. Acesso em: 27 mai. 2019.

OS IMPACTOS CAUSADOS NA SAÚDE MENTAL DA MULHER-VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL NO ÂMBITO DOMÉSTICO E FAMILIAR

BARELLI, Emilly de Figueiredo⁶⁴
RANGEL, Tauã Lima Verdan⁶⁵

INTRODUÇÃO

Conforme previsão expressa do artigo 7º, inciso III, da Lei nº 11.340/2006, legislação conhecida como Lei Maria da Penha, a violência sexual também integra o rol das formas de violência doméstica contra a mulher no seio familiar. Esta forma de agressão compreende qualquer conduta que ocasione constrangimento quanto ao ato da relação sexual não desejada, que impeça a mulher de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, gravidez, aborto e à prostituição, limitando ou anulando o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos, por meio de intimidação, ameaça ou até mesmo do uso de força física.

Com isso, o presente trabalho visa analisar acerca dos impactos causados na vida da mulher vítima de violência sexual no âmbito doméstico e familiar, abordando acerca das consequências geradas em sua saúde mental, diante da violação da dignidade sexual. Adotando o conceito para saúde mental que foi estabelecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS): não existe uma abordagem rígida e fechada para tal significado, mas deve-se pensar na qualidade de vida da pessoa; que pode ser cognitiva ou emocional; e quais são os

⁶⁴ Graduanda do 9º Período do Curso de Direito da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade Bom Jesus do Itabapoana, email@email.com;

⁶⁵ Professor orientador. Pós-Doutorando (Bolsa FAPERJ) vinculado ao Programa de Pós-Graduação Strictu Sensu em Sociologia Política da Universidade Estadual do Norte Fluminense (UENF). Mestre (2013-2015) e Doutor (2015-2018) em Ciências Jurídicas e Sociais pela Universidade Federal Fluminense. Especialista Lato Sensu em Gestão Educacional e Práticas Pedagógicas pela Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) (2017-2018). Especialista Lato Sensu em Direito Administrativo pela Faculdade de Venda Nova do Imigrante (FAVENI)/ Instituto Alfa (2016-2018). Especialista Lato Sensu em Direito Ambiental pela Faculdade de Venda Nova do Imigrante (FAVENI)/Instituto Alfa (2016-2018). Especialista Lato Sensu em Direito de Família pela Faculdade de Venda Nova do Imigrante (FAVENI)/Instituto Alfa (2016-2018). Especialista Lato Sensu em Práticas Processuais Civil, Penal e Trabalhista pelo Centro Universitário São Camilo-ES (2014-2015). E-mail: taua_verdan2@hotmail.com

recursos internos (emocionais) que ela possui para lidar com as demandas de sua vida diária, como trabalho, lazer e relacionamentos amorosos.

Dessa forma, objetiva-se discutir acerca dos instrumentos de enfrentamento da violência doméstica disponibilizados pela própria legislação protecionista, a saber, as medidas protetivas de urgência e sua (in) eficácia na saúde mental da mulher. Questiona-se, por exemplo, se a mulher vítima de violência sexual em seu próprio lar sente-se segura em relação ao agressor com o simples deferimento da medida protetiva de urgência, ou, se poderia manter uma vida sexual ativa e saudável, em novos relacionamentos, sendo que é obrigada a conviver com o trauma de uma agressão sexual em sua memória.

Vale ressaltar que o presente trabalho não tem por escopo esgotar o tema, haja vista que seu objetivo é fomentar os cuidados à vítima de violência doméstica sexual, com fundamento nos direitos humanos. Portanto, a partir da discussão quanto à efetividade da aplicação das medidas protetivas de urgência no âmbito de violência doméstica, ressalta-se a necessidade e viabilidade do presente trabalho, na busca pela erradicação dos vestígios deixados na saúde mental da vítima de violência sexual.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de pesquisa teórica pautada no método indutivo, por meio de pesquisa bibliográfica, tendo por fontes teorias, periódicos e legislações.

DESENVOLVIMENTO

O direito à saúde, sendo fundamental e indisponível de todo indivíduo, independentemente de sua faixa etária, classe social, raça, etnia, sexo ou demais características pessoais, vem garantido de forma expressa na Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, a saber:

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 (BRASIL, 1988).

Outrossim, a própria Lei nº 11.340/2006, em seu artigo 2º, demonstra toda a preocupação do legislador em tutelar e garantir a saúde da mulher. Veja-se:

Art. 2º Toda mulher, independentemente de classe, raça, etnia, orientação sexual, renda, cultura, nível educacional, idade e religião, goza dos direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sendo-lhe asseguradas as oportunidades e facilidades para viver sem violência, preservar sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual e social (BRASIL, 2006).

Dessa forma, considerando a responsabilidade do Estado em garantir a efetividade de tal direito, por meio de políticas sociais e econômicas, é preciso que se desenvolva a temática associada à saúde. Afinal, o que é saúde?

Segundo apresentado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), saúde é “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades”. Dessa forma, percebe-se um conceito bastante amplo que não envolve apenas o corpo físico, mas também o estado mental.

Portanto, para a Organização Mundial de Saúde (2018), não há um conceito fechado para saúde mental, todas as experiências vivenciadas pelo indivíduo no decorrer de sua trajetória de vida estão diretamente ligadas à definição da saúde da mente. Fala-se em equilíbrio emocional e psicológico, mas também se ressalta de forma expressa que não há relação entre saúde mental e ausência de doença.

Nesse espeque, em *lato sensu*, compreende-se que a saúde mental é a capacidade de o indivíduo suportar suas vivências e posteriores consequências, sabendo lidar com suas emoções, sentimentos e decepções. Nesse sentido, é preciso observar os impactos causados na saúde mental da mulher vítima de violência sexual no âmbito doméstico e familiar, partindo do pressuposto no que tange à definição de violência sexual. Afinal, quando uma mulher sofre violação de sua dignidade sexual?

Consoante previsto no artigo 7º da Lei 11.340/2006, diversas são as formas de violência doméstica e familiar contra a mulher. Dentre elas, verifica-se no inciso III a violência sexual. A seguir:

Art. 7º São formas de violência doméstica e familiar contra a mulher, entre outras: [...]

III - a **violência sexual**, entendida como **qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos;** (grifo nosso)

Ante o exposto, importa refletir na amplitude do conceito de violência sexual, vez que esta não se resume à prática de conjunção carnal ou qualquer outro tipo de ato libidinoso, mas compreendem diversas outras formas de violação da Dignidade Sexual como um todo.

Evidencia-se que o exercício desse tipo de violência deve ser entendido como uma questão de saúde pública, uma vez que prejudica de forma considerável a saúde mental da mulher, gerando diversas outras complicações como abortos, a proliferação de doenças sexualmente transmissíveis, distúrbios psiquiátricos, dentre outros.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em 25 de julho do ano de 2018, a Organização Mundial da Saúde abordou acerca das principais consequências da violência sexual para a saúde da mulher. Dentre tantos impactos causados na saúde física, requer-se minuciosa atenção aos impactos causados à saúde mental do gênero feminino.

A saber: “Depressão, transtorno por estresse pós-traumático, ansiedade, dificuldade para dormir, sintomas somáticos, comportamento suicida, transtorno de pânico” (NAÇÕES UNIDAS DO BRASIL, 2018, s.p.).

Portanto, inconteste a imprescindibilidade de se discutir acerca da relação entre a violência sexual e o desgaste na saúde mental feminina. As vítimas que vivenciam tais situações carregam consigo de forma permanente em seus comportamentos os efeitos negativos do trauma sofrido.

Assim, a violência sexual contra a mulher ofende de forma direta os direitos humanos quando se observa tantos danos à saúde das vítimas, as quais sofrem, de acordo com Oliveira e Bessa (2007, s.p.), “com elevada carga de estresse, esta, por sua vez, gera sofrimento psíquico, favorecendo o surgimento do adoecimento mental, nos níveis individuais e coletivos”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Lei nº 11.340 de 2006 (denominada de Lei Maria da Penha) surge com o escopo de coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, almejando cumprir o disposto no art. 226, § 8º da Constituição Federal: “O Estado assegurará a assistência à família na pessoa de cada um dos que a integram, criando mecanismos para coibir a violência no âmbito de suas relações” (BRASIL, 1988).

Ocorre que a violência doméstica contra a mulher está enraizada na cultura brasileira, de forma que a ideia de propriedade do corpo feminino se torna uma grande aliada para a prática de violência sexual, tornando-a mais do que um problema de saúde pública, uma resistência social às garantias da Dignidade Sexual feminina.

Todavia, é preciso uma nova cultura de gênero, com mecanismos dispostos a coibir e prevenir a violência doméstica e familiar, haja vista que o artigo 3º, § 1º da Lei 11.340/2006 ensina que “o poder público desenvolverá políticas que visem garantir os direitos humanos das mulheres no âmbito das relações domésticas e familiares” de forma a resguardar o gênero feminino de qualquer forma de exploração, violência, discriminação, crueldade ou opressão.

Nesse sentido, importa que sejam devolvidos mecanismos mais eficientes no que tange à prevenção, bem como ao tratamento de longo prazo para as vítimas de violência

sexual, tendo em vista que sua saúde mental sofre tão grave violação a ponto de nunca mais haver “cicatrizada” a violação de sua dignidade.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Promulgada em 05 de outubro de 1988. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em 11 mai. 2019.

BRASIL. **Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006**. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências.. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm>. Acesso em 03 mai. 2019.

CARVALHO, Carina Suelen; FERREIRA, Débora Nayara; SANTOS, Karla Rodrigues dos Santos. Analisando a Lei Maria da Penha: a violência sexual contra a mulher cometida por seu companheiro. In: I Simpósio sobre Estudos de Gênero e Políticas Públicas, Universidade Estadual de Londrina, **ANAIS...**, 24-25 jun. 2010. Disponível em:
<<http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/6.MoaraCia.pdf>>. Acesso em 15 mai. de 2019.

NAÇÕES UNIDAS BRASIL. **As consequências da violência sexual para saúde das mulheres**. Publicado em 25/07/2018. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/oms-aborda-consequencias-da-violencia-sexual-para-saude-das-mulheres/>>. Acesso em 05 mai. 2019.

OLIVEIRA, Eliany Nazaré; BESSA, Maria Salete. Violência contra a mulher: sofrimento psíquico e adoecimento mental. In: **Rev. RENE**, Fortaleza, v. 8, n. 2, p. 93-100, mai.-ago.2007. Disponível em:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027958012>> . Acesso em: 07 mai. 2019.

O DEIREITO À SAÚDE PARA GRUPOS SEXUAIS VULNERÁVEIS: UMA ANÁLISE DO DIREITO À SAÚDE DE TRAVESTIS

ANDRADE, Jean Carlos Pereira⁶⁶
RANGEL, Tauã Lima Verdan⁶⁷

INTRODUÇÃO

O direito à saúde é garantido pela Constituição de 1988, no que diz respeito à utilização do serviço público e/ou privado. Porém, o acesso ao serviço de saúde é, também, dependente de questões sociais e programáticas, entre elas destaca-se a presença de estigma relacionados à alguns grupos populacionais. Neste sentido há dificuldade de acesso à saúde pelas travestis, transexuais, o que pode resultar na não procura pelas mesmas por um serviço de saúde, devido a discriminação.

A política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – LGBTT foi determinada em 2010 para ser implementada no Sistema Único de Saúde – SUS, em defluência das diretrizes governamentais previstas no Programa Brasil sem Homofobia, coordenado pela Secretaria Especial de Direitos Humanos. A finalidade essencial dessa política pública é abranger socialmente esse grupo vulnerável, afastando preconceitos e possibilitando sua reconhecimento como cidadão digno de respeito e consideração.

O acesso aos serviços de saúde integral de travestis está relacionado a condições que podem ser localizados nos âmbitos programática, social e individual, que aumentam ou

⁶⁶ Graduando do 9º Período do Curso de Direito da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade Bom Jesus do Itabapoana. E-mail: jean160andrade@gmail.com;

⁶⁷ Professor orientador. Pós-Doutorando (Bolsa FAPERJ) vinculado ao Programa de Pós-Graduação Strictu Sensu em Sociologia Política da Universidade Estadual do Norte Fluminense (UENF). Mestre (2013-2015) e Doutor (2015-2018) em Ciências Jurídicas e Sociais pela Universidade Federal Fluminense. Especialista Lato Sensu em Gestão Educacional e Práticas Pedagógicas pela Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) (2017-2018). Especialista Lato Sensu em Direito Administrativo pela Faculdade de Venda Nova do Imigrante (FAVENI)/ Instituto Alfa (2016-2018). Especialista Lato Sensu em Direito Ambiental pela Faculdade de Venda Nova do Imigrante (FAVENI)/Instituto Alfa (2016-2018). Especialista Lato Sensu em Direito de Família pela Faculdade de Venda Nova do Imigrante (FAVENI)/Instituto Alfa (2016-2018). Especialista Lato Sensu em Práticas Processuais Civil, Penal e Trabalhista pelo Centro Universitário São Camilo-ES (2014-2015). E-mail: taua_verdan2@hotmail.com

diminuem a vulnerabilidade ao adoecimento delas. Dessa forma, o presente estudo inclina-se em torno das principais dificuldades enfrentadas para garantir o direito fundamental à saúde de pessoas consideradas como grupos sociais, em específico as travestis, buscando medidas necessárias para efetivar uma saúde de qualidade e sem discriminação

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa teórica, realizada pelo método indutivo, por meio de pesquisa bibliográfica, tendo por fontes doutrinas jurídicas, periódicos e legislações. Vale ressaltar que o presente trabalho não tem por escopo esgotar o tema.

DESENVOLVIMENTO

O princípio da igualdade, que está inserida em nossa Constituição Federal, no artigo 5º, prescreve que todos são iguais perante a lei, e para efetivar essa igualdade, prescreve no artigo 3º, IV, que são necessárias a promover o bem de todos, sem preconceitos, bem como, políticas públicas para proporcionar a todos da população, especialmente aqueles vulneráveis, condições mínimas de dignidade (GALINDO, 2012, p. 19). Para pessoas, como as travestis, é importante uma visão diferente, contudo, diferente para igualar, para propiciar um tratamento digno, já que são grupos historicamente excluídos de ações por parte de nossa sociedade (GALINDO, 2012, p. 19-20).

Pessoas transgêneros, no caso específico as travestis, estão entre as mais sujeitas a sofrer preconceitos, discriminações e violências. Possuem identidades de gênero diversas àquelas impostas pelos padrões existentes na sociedade atual (JESUS, 2012).

As políticas de saúde focadas à população de travestis vêm sendo desenvolvidas muito recentemente no Brasil, com o objetivo de proporcionar o acesso a direitos que frequentemente lhe foram negados. Assim, no fim dos anos 70, com o amadurecimento da democracia brasileira, aparecem em âmbito nacional vários movimentos da sociedade, de grupos historicamente excluídos, como a população LGBTT. Em 1990, surge a Associação

das Travestis e Liberados do Estado do Rio de Janeiro, estabelecendo um movimento de travestis, pautado para o atendimento de suas demandas junto ao governo e também em prevenções e ações contra a AIDS (POPADIUK, OLIVEIRA, SIGNORELLI, 2017).

Com o aumento de doenças sexuais, sobretudo epidemias como a AIDS, afetando principalmente grupos LGBTT, o movimento organizou-se e trouxe para o cenário político nacional princípios éticos como solidariedade, a valorização da diversidade, o direito à saúde como um direito fundamental para o grupo, bem como, expor os problemas que os envolvem (POPADIUK, OLIVEIRA, SIGNORELLI, 2017).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

O Ministério da Saúde, em parceria com as Secretarias de Direitos Humanos (SDH) e de Políticas para as Mulheres (SPM), lançou a Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011, institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de LGBT sobre a saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT). O principal objetivo é valorizar a saúde como um direito humano de cidadania e ressaltar que a população LGBT tem direito a receber atendimento livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em virtude da orientação sexual e identidade de gênero. (TAVARES, 2016, on-line).

Art. 1º Esta Portaria institui a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT) no âmbito do SUS, com o objetivo geral de promover a saúde integral da população LGBT, eliminando a discriminação e o preconceito institucional e contribuindo para a redução das desigualdades e para consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo (BRASIL, 2011, on-line)

Em consequência dessas discriminações e do preconceito ainda presentes na sociedade, a população transexual enfrenta certa vulnerabilidade no meio da saúde. A fim de propiciar melhorias na situação de saúde dessa população, várias ações vêm sendo implementadas, pelo Ministério da Saúde:

Alteração da ficha de notificação de violências interpessoais e autoprovocadas do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). A partir da versão 5.0 do Sinan essa ficha conta com campos para preenchimento do nome social (quando houver), identidade de gênero e orientação sexual da pessoa que foi agredida. Também foi incorporado um campo para identificação da violência por motivação. Alteração no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica – SISAB (e-SUS AB) para que a partir da versão 1.3.0, a Ficha de Cadastro Individual conte com um campo para o nome social no prontuário eletrônico do cidadão (PEC). Essa ficha também possui um campo para preenchimento da identidade de gênero e orientação sexual do usuário. Desenvolvimento do Módulo de Educação à Distância (EaD) sobre a Política Nacional de Saúde Integral LGBT, em parceria com a UNASUS e a UERJ. Desenvolvimento da pesquisa “Análise do acesso e da qualidade da atenção Integral à saúde da população LGBT no SUS”, em parceria com a UnB (Coordenação Executiva) e pesquisadores de diversos estados. Inclusão do nome social de travestis e transexuais no Cartão do Sistema Único de Saúde (Cartão SUS) - Portaria MS nº 1.820, de 13 de agosto de 2009, que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, entre eles o direito ao uso do nome social. Publicação da Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013, que redefine a amplia o Processo Transexualizador no SUS. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde Da Mulher tem como premissa o direito à saúde e o respeito às diretrizes do SUS no atendimento a todas as mulheres. Um dos objetivos dessa política é contribuir para a redução da morbidade e da mortalidade femininas no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie (BRASIL, 2017, on-line).

o Processo Transexualizador, realizado pelo SUS, instituído pelas Portarias nº 1.707 e nº 457 de agosto de 2008 e ampliado pela Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013, garante o atendimento integral de saúde a pessoas trans, incluindo acolhimento e acesso com respeito aos serviços do SUS, desde o uso do nome social, passando pelo acesso a hormonioterapia, até a cirurgia de adequação do corpo biológico à identidade de gênero e social (BRASIL, 2017, sp). As diretrizes adotadas em atenção aos usuários com demanda para a realização das ações no Processo Transexualizador são estruturadas pelos seguintes componentes:

I - Atenção Básica: é o componente da Rede de Atenção à Saúde (RAS) responsável pela coordenação do cuidado e por realizar a atenção contínua da população que está sob sua responsabilidade, adstrita, além de ser a porta de entrada prioritária do(a) usuário(a) na rede; II -

Atenção Especializada: é um conjunto de diversos pontos de atenção com diferentes densidades tecnológicas para a realização de ações e serviços de urgência, ambulatorial especializado e hospitalar, apoiando e complementando os serviços da atenção básica de forma resolutiva e em tempo oportuno (BRASIL, 2017, on-line).

Assim, mesmo que exista um programa para a conscientização, de forma a contemplar, a orientação sexual e a identidade de gênero, a diversidade desses indivíduos, é na relação do trabalhador com o usuário que se dará a efetivação, da política (JESUS, 2012, sp).

Dessa forma, o que se observa, é que a população de travestis segue sendo alvo de discriminação, tendo seu acesso dificultado e até mesmo negado quando busca atendimento no sistema de saúde público brasileiro, evidenciando os padrões que norteiam a sociedade atual. (GUARANHA, 2013, p. 4).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Portanto, percebe-se que há um avanço em programas e políticas públicas sobre a temática. Entre eles, destacam-se: o programa Brasil sem Homofobia, a Política Nacional de Saúde Integral de LGBT, instituída pela portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011, a Carta de Direitos dos Usuários da Saúde, entre outros.

Contudo, ainda que as boas perspectivas das ações propostas por essas políticas e programas, a concretização ainda se torna como desafiadora. Portanto, uma das principais causas da exclusão da população travestis dos meios de saúde se dá pela transfobia e da heteronormatividade institucional, tornando assim os atendimentos discriminatórios.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em <http://portalms.saude.gov.br/component/content/article/41380-gays-lesbicas-bissexuais-travestis-e-transexuais>. Acesso em 27 mai. 2019.

GUARANHA, Camila. **Travestis e transexuais: a questão da busca pelo acesso à saúde.** Seminário Internacional Fazendo Gênero (Anais Eletrônicos), Florianópolis, 2013.

GALINDO, Bruno. Cidadania complexa e direito à diferença: repensando o princípio da igualdade no Estado Constitucional Contemporâneo. In: FERRAZ, Carolina Valença (coord.). **Cidadania Plural e Diversidade.** São Paulo: Verbatim, 2012.

JESUS, Jaqueline Gomes de. **Orientações sobre a população transgênero: conceitos e termos.** Brasília: [S.l.], 2012. Disponível em:
<https://www.sertao.ufg.br/up/16/o/ORIENTA%C3%87%C3%95ES_POPULA%C3%87%C3%83O_TRANS.pdf?1334065989>. Acesso em 28 mai. 2019.

POPADIUK, Gianna Schreiber; OLIVEIRA, Daniel Canavese e SIGNORELLI, Marcos Claudio. A política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros (LGBT) e o acesso ao processo transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS): avanços e desafios. In: **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, mai. 2017. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002501509>. Acesso em 27 mai. 2019.

TAVARES, Viviane. **Saúde da população LGBT.** Preconceito e desconhecimento nos serviços de saúde estão os principais desafios para um atendimento com equidade. EPSJV/Fiocruz, 2016. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/saude-da-populacao-lgbt>>. Acesso em 27 mai. 2019.

ESPIRITUALIDADE, DIREITO E SAÚDE: O DIREITO À SAÚDE DIANTE DAS PECULIARIDADES DE CREDO: O CASO DAS TESTEMUNHAS DE JEOVÁ

ZANON, Leonara de Oliveira⁶⁸
RANGEL, Tauã Lima Verdan⁶⁹

INTRODUÇÃO

A medicina no Brasil tem avançado bastante no decorrer dos anos, entretanto algumas questões permanecem estáticas. Objetiva-se no presente trabalho analisar a maneira como as Testemunhas de Jeová encara a transfusão de sangue de acordo com a sua crença baseada em princípios bíblicos.

Analisar-se-á os conflitos de princípios fundamentais estabelecidos pela Constituição Federal que são: vida e da liberdade. E, o que pode ser feito, no caso concreto, quando há sobreposição de um desses conflitos sobre o outro. Pretende-se, também, compreender como e quando o Judiciário deverá intervir a fim de resolver os conflitos existentes para garantir que a dignidade da pessoa humana seja respeita.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa teórica, realizada pelo método indutivo, por meio de pesquisa bibliográfica, tendo por fontes doutrinas jurídicas, periódicos e legislações. Vale

⁶⁸ Graduanda do 9º Período do Curso de Direito da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade Bom Jesus do Itabapoana. E-mail: leonara32@hotmail.com.

⁶⁹ Professor orientador. Pós-Doutorando (Bolsa FAPERJ) vinculado ao Programa de Pós-Graduação Strictu Sensu em Sociologia Política da Universidade Estadual do Norte Fluminense (UENF). Mestre (2013-2015) e Doutor (2015-2018) em Ciências Jurídicas e Sociais pela Universidade Federal Fluminense. Especialista Lato Sensu em Gestão Educacional e Práticas Pedagógicas pela Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) (2017-2018). Especialista Lato Sensu em Direito Administrativo pela Faculdade de Venda Nova do Imigrante (FAVENI)/ Instituto Alfa (2016-2018). Especialista Lato Sensu em Direito Ambiental pela Faculdade de Venda Nova do Imigrante (FAVENI)/Instituto Alfa (2016-2018). Especialista Lato Sensu em Direito de Família pela Faculdade de Venda Nova do Imigrante (FAVENI)/Instituto Alfa (2016-2018). Especialista Lato Sensu em Práticas Processuais Civil, Penal e Trabalhista pelo Centro Universitário São Camilo-ES (2014-2015). E-mail: taua_verdan2@hotmail.com

ressaltar que o presente trabalho não tem por escopo esgotar o tema, haja vista que se objetiva analisar juridicamente a transfusão de sangue, em pacientes que estejam em estado grave que sejam Testemunhas de Jeová.

DESENVOLVIMENTO

Atualmente, no mundo jurídico e na bioética, existe uma questão muito polêmica que é a possibilidade do uso, ou não, da transfusão de sangue, em pacientes que estejam em estado grave que sejam Testemunhas de Jeová. (DRUMONT; BARBOSA, 2018)

As Testemunhas de Jeová é uma religião que está difundida em quase todo o mundo. Elas são reconhecidas pelo seu trabalho persistente e regular de evangelização de casa em casa e nas vias públicas, e, também, pela peculiar interpretação que fazem da Bíblia. (SILVA, 2018)

Consideram-se como a verdadeira religião. E, de acordo com o que acreditam, fazem tudo da forma com a qual Deus estabelece:

É importante que adoremos a Jeová do modo que ele aprova. Muitos acham que todas as religiões agradam a Deus, mas a Bíblia não ensina isso. Também não basta apenas afirmar ser cristão. Jesus disse: “Nem todo o que me disser: ‘Senhor, Senhor’, entrara no reino dos céus, senão aquele que fizer a vontade de meu Pai, que está nos céus.” Portanto, para termos a aprovação de Deus, temos de aprender o que ele exige de nós e por isso em prática. [...] Simplesmente crer em Deus não é suficiente para agrada-lo. Afinal, a Bíblia diz que até os demônios creem que ele existe. (Tiago 2:19) Mas eles, obviamente, não fazem a vontade de Deus e não tem sua aprovação. Para sermos aprovados por Deus, não só temos de crer na sua existência, mas também fazer a sua vontade. É preciso também cortar os laços com a religião falsa e aceitar a adoração verdadeira. (ASSOCIAÇÃO TORRE DE VIGIA, 2013, p. 145-152)

De acordo com Silva, (2018), uma das grandes questões atuais quanto ao princípio do direito à vida é indiscutivelmente a questão da transfusão de sangue para os pacientes da religião Testemunha de Jeová, visto que elas não concordam com tratamentos

realizados pelos médicos que possam entrar em conflito com os princípios estabelecidos pela Bíblia e, por isso, não aceitam que transfusões de sangue sejam realizadas neles, pois, de acordo com o que acreditam, a Bíblia proíbe que se use o sangue para sustentar a vida. Os argumentos para justificarem sua postura podem ser encontrados na Escrituras Sagradas do Novo Mundo:

Gênesis 9: 3-6: 3 Todo animal movente que está vivo pode servir-vos de alimento. Como no caso da vegetação verde, deveras vos dou tudo, 4 Somente a carne com a sua alma – seu sangue – não deveis comer. 5 E, além disso, exigirei de volta vosso sangue das vossas almas. Da mão de cada criatura vivente o exigirei de volta; e da mão do homem, da mão de cada um que é seu irmão exigirei de volta a alma do homem. 6 Quem derramar o sangue do homem, pelo homem será derramado o seu próprio sangue, pois a imagem de Deus fez ele o homem. Levítico 17:14. Não deveis comer o sangue de qualquer tipo de carne, porque a alma de todo tipo de carne é seu sangue. Quem o comer será decepado da vida (BÍBLIA SAGRADA, online, s.p.).

Diante dessa situação, o médico fica numa situação bastante complicada visto que ele não sabe se salva a vida do seu paciente pelos métodos que a medicina proporciona ou se respeita a opção religiosa do paciente, podendo, desse modo, ser responsabilizado por negligência. (DRUMONT; BARBOSA, 2018). Nesse ínterim, constata-se dois tipos de situações bem interessantes a serem analisadas que é a liberdade em si, que é o resultado da autonomia do médico com a própria autonomia do seu paciente e o conflito entre o direito à vida com a liberdade de escolha que cada indivíduo possui. (SILVA, 2018)

Faz-se necessário compreender que a vida e a liberdade são princípios fundamentais que compõem a dignidade da pessoa humana, entretanto, elas são distintas e, dentro dos Direitos Humanos, nenhum direito deve sobrepor-se a outro. Cada um deve ser analisado com muito critério. Porém, se o direito à vida que é de impossível restituição for violado, perde-se o gozo dos demais direitos. (DRUMONT; BARBOSA, 2018). De acordo com Cunha Júnior (2017), o direito à vida está vinculado à vida com dignidade, segundo ele:

O direito à vida é o direito legítimo de defender a própria existência e de existir com dignidade, a salvo de qualquer violação, tortura ou tratamento desumano ou degradante. Envolve o direito à preservação dos atributos físico-psíquicos (elementos materiais) e espirituais-morais (elementos imateriais) da pessoa humana, sendo, por isso mesmo, o mais fundamental de todos os direitos, condição *sinequa non* para o exercício dos demais. (CUNHA, 2017, p. 597)

De acordo com Lenza (2012, p. 518), “o direito à vida, previsto de forma genérica no art. 5.º, caput, abrange tanto o direito de não ser morto, privado de vida, portanto, o direito de continuar vivo, como também o direito de ter uma vida digna.” A liberdade, inclusive a de exercer a sua religiosidade, não poderá atentar contra a vida, visto que, se assim fosse, ela verdadeiramente perderia a sua função existencial. A Constituição de 1988 legitima o princípio da Liberdade asseverando à toda população brasileira o respeito às suas crenças assegurando a todos a manifestação de forma livre. David Hume, conceitua Liberdade como:

Um poder de agir ou não agir segundo determinações da vontade, isto é, se escolhermos permanecer em repouso, podemos; mas se, escolhermos mover-nos, também podemos. Ora, reconhecer-se universalmente que esta liberdade incondicional encontra-se em todo homem que não esteja prisioneiro ou acorrentado. (HUME, 2009, p.12 *apud* NERY JÚNOR, 2009, p. 12)

Sendo assim, a Constituição Federal, em seu art. 5º, inciso VI, concede à pessoa o direito à liberdade religiosa ao estabelecer que “é inviolável a liberdade de consciência e de crença, sendo assegurado o livre exercício dos cultos religiosos e garantida, na forma da lei, a proteção aos locais de culto e a suas liturgias” (BRASIL, 1988). Celso Ribeiro Bastos esclarece que:

A liberdade religiosa consiste na livre escolha pelo indivíduo da sua religião. No entanto, ela não se esgota nessa fé ou crença. Ela demanda uma prática religiosa ou culto como um de seus elementos fundamentais, do que resulta também inclusa, na liberdade religiosa, a possibilidade de organização desses mesmos cultos, o que dá lugar às igrejas. (BASTOS, 1989, p. 48)

Diante disso, a grande dúvida é: no caso concreto, quando dois princípios tutelados pela Constituição entram em conflito, como o direito à vida e o da liberdade religiosa, como proteger alguém que é o detentor desse direito e ele mesmo se nega a ser amparado por ele? Diante da gravidade da situação enfrentada pelos médicos, pacificou-se que a resolução desses conflitos ficaria a cargo do Poder Judiciário. (DRUMONT; BARBOSA, 2018)

Entretanto, mesmo assim, muito se discute a respeito da autoridade, ou não, do juiz em estar acima da vontade do próprio paciente e, também, se o princípio da liberdade de escolha é superior ou semelhante ao direito à vida. (SILVA, 2018)

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Ao analisar a questão da transfusão de sangue para as Testemunhas de Jeová, o Judiciário procura resolver o possível conflito entre preceitos fundamentais analisando pormenorizadamente cada um deles a fim de identificar qual deles deverá e/ou poderá ser aplicado ao caso concreto, fazendo assim, a ponderação de princípios. (ARAÚJO, 2013)

Sendo assim, o Desembargador Maia da Cunha, ao decidir um processo cautelar a respeito desse tema, faz uma análise sobre a sobreposição do direito à vida sobre a liberdade religiosa:

Processo cautelar. Ação cautelar inominada. Embora a regra seja de que a cautelar seja preparatória, admite-se, excepcionalmente, tenha natureza satisfativa quando a liminar, necessária diante do risco de dano irreparável, esgota o objeto da ação principal. Preliminar rejeitada. Ação cautelar inominada. Hospital que solicita autorização judicial para realizar transfusão de sangue em paciente que se encontra na UTI, com risco de morte, e que se recusa a autorizá-la por motivos religiosos. Liminar bem concedida porque a Constituição Federal preserva, antes de tudo, como bem primeiro, inviolável e preponderante, a vida dos cidadãos. Jurisprudência deste TJSP. Recurso improvido.

Existem julgamentos que, no caso concreto, acolhem a vontade das Testemunhas de Jeová. Nesse sentido julgou o Desembargador Alberto Vilas Boas, do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais:

Processo civil. Constitucional. Ação civil pública. Tutela antecipada. Caso das Testemunhas de Jeová. Paciente em tratamento quimioterápico. Transfusão de sangue. Direito à vida. Dignidade da pessoa humana. Liberdade de consciência e de crença. - No contexto do confronto entre o postulado da dignidade humana, o direito à vida, à liberdade de consciência e de crença, é possível que aquele que professa a religião denominada Testemunhas de Jeová não seja judicialmente compelido pelo Estado a realizar transfusão de sangue em tratamento quimioterápico, especialmente quando existem outras técnicas alternativas a serem exauridas para a preservação do sistema imunológico. - Hipótese na qual o paciente é pessoa lúcida, capaz e tem condições de autodeterminar-se, estando em alta hospitalar.

Percebe-se que, diante de todos os direitos envolvidos e da complexidade da questão, existe a necessidade de que diante de uma situação como a das Testemunhas de Jeová, que ainda não possuem uma Lei específica que possa assegurar o seu direito de não receber transfusão de sangue, cabe ao operador do Direito encontrar a melhor maneira de resolver esse conflito tendo sempre o zelo de fundamentar sua decisão valorizando o ser humano. (ALCÂNTARA; CERQUEIRA. 2014)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Brasil é um Estado laico, mas deve garantir que o direito à liberdade religiosa de seus cidadãos seja respeitado. É, também, considerado um Estado Democrático de Direito visto que um requisito essencial à democracia é a liberdade. E, talvez seja um grande desafio para a equipe médica respeitar os direitos religiosos das pessoas Testemunhas de Jeová, visto que elas, ao recusarem a transfusão de sangue, apenas querem que sua vontade (liberdade) seja respeitada.

Diante disso, para que o direito das Testemunhas de Jeová de não consentirem que sejam feitas transfusões de sangue em caso de pacientes em estado graves sejam

respeitados e efetivos é necessário que o intérprete do Direito se atente às mudanças e verifique a melhor maneira de assegurar ao indivíduo sua vontade.

A maioria das jurisprudências a respeito do tema em questão estabelecem o bem da vida como bem supremo, tendo, pautadas suas decisões em preservar o direito de viver em detrimento de outros direitos. Entretanto, os magistrados estão se adequando e compreendendo a necessidade de analisar cada caso concreto ao fazerem seus julgamentos.

Não existe uma solução definitiva para resolver essa questão, possivelmente ela nunca exista! Então, o mais lógico a fazer, por ora, é analisar caso a caso, cada situação separadamente, ponderando valores e interesses, para que se consiga chegar à melhor alternativa possível diante da realidade de cada pessoa, pois o bom senso de reger todas as relações entre os indivíduos, principalmente diante dos conflitos.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO TORRE DE VIGIA. **O que a Bíblia realmente ensina?** São Paulo: Cesário Lange, 2013.

ALCÂNTARA, Dione Cardoso de; CERQUEIRA, Lucienne de Brito. A transfusão Sanguínea em Testemunha de Jeová à luz do Direito. In: **Revista Jus Navigandi**, Teresina, 2014. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/36384/a-transfusao-sanguinea-em-testemunha-de-jeova-a-luz-do-direito>>. Acesso em: 21 mai. 2019.

ARAÚJO, Lílian Caroline Soares. **A recusa da transfusão sanguínea no caso das Testemunhas de Jeová e os conflitos dos Direitos Personalíssimos**. Disponível em: <<https://tcconline.utp.br/wp-content/uploads//2014/03/A-RECUSA-DA-TRANSFUSAO-SANGUINEA-NO-CASO-DAS-TESTEMUNHAS-DE-JEOVA-E-OS-CONFLITOS-DOS-DIREITOS-PERSONALISSIMOS.pdf>>. Acesso em: 21 maio 2019.

BASTOS, Celso Ribeiro; MARTINS, Ives Gandra. **Comentários à Constituição do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. São Paulo: Saraiva, 1989.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 05 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 24 fev. 2019

BRASIL. **Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940.** Código Penal. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm> Acesso em 23 fev. 2019

BRASIL. **Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002.** Institui o Código Civil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2002/L10406.htm> Acesso em: 24 fev. 2019

CUNHA JÚNIOR, Dirley da. **Curso de direito constitucional.** 11. ed. Salvador: JusPODIVM, 2017.

DRUMONT, Elaine; BARBOA, Virgínia Moreira Corrêa. **O direito à vida versus liberdade religiosa: transfusão de sangue em pacientes Testemunhas de Jeová.** Disponível em: <<https://www.vianna.edu.br/wp-content/uploads/2018/08/jornal2018/08/Art1-Testemunha-de-Jeova.pdf>>. Acesso em: 21 mai. 2019.

LENZA, Pedro. **Direito Constitucional Esquematizado.** 16. ed. rev., atual. e ampl. São Paulo: Saraiva, 2012.

NERY JÚNIOR, Nelson. **Escolha esclarecida de Tratamento Médico por Pacientes Testemunhas de Jeová:** como exercício harmônico de direitos fundamentais, São Paulo: [S.n.], 2009.

SILVA, Larissa Carvalho. **Bioética e Direitos Fundamentais:** a recusa às transfusões de sangue pelas Testemunhas de Jeová. Disponível em: <<https://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/24406/1/Bio%C3%A9ticaDireitosFundamentais.pdf>>. Acesso em: 21 mai. 2019.

O DIREITO À LAQUEADURA COMO DESDOBRAMENTO DO DIREITO À SAÚDE DA MULHER

OLIVEIRA, Maria Izabel Crisostomo⁷⁰
RANGEL, Tauã Lima Verdan⁷¹

INTRODUÇÃO

O presente estudo tem por objetivo abordar a temática da laqueadura, que é um meio de esterilização cirúrgica feminina, também conhecida como ligadura tubária ou de trompas, um método seguro e irreversível, como desdobramento do direito da mulher. A laqueadura é realizada por ginecologistas com uma cirurgia simples, onde promove a obstrução das tubas uterinas, impedindo o processo de fecundação, tendo dados estatísticos sobre o uso de métodos contraceptivos no Brasil um total de 76,7% de mulheres em união consensual faz esses tipos de métodos, 70,3% usam métodos contraceptivos modernos. Destas, 40,0% estão esterilizadas, 21,0% usam pílula anticoncepcional, 4,4% usam condom, 2,4% utilizam outros métodos, 6,0% recorrem a métodos tradicionais (abstinência periódica e coito interrompido) e 6,0% recorrem à esterilização masculina (MARCOLINO, 2003).

Com esses dados, tem-se a prevalência da anticoncepção de que mulheres entre 15 a 45 anos de idade, fazem a utilização de anticoncepcionais, a esterilização e as pílulas são os métodos mais utilizados entre as mulheres brasileiras. Em concordância com a lei

⁷⁰ Graduanda do 9º Período do Curso de Direito da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade Bom Jesus do Itabapoana. E-mail: izabelalunaok@hotmail.com;

⁷¹ Professor orientador. Pós-Doutorando (Bolsa FAPERJ) vinculado ao Programa de Pós-Graduação Strictu Sensu em Sociologia Política da Universidade Estadual do Norte Fluminense (UENF). Mestre (2013-2015) e Doutor (2015-2018) em Ciências Jurídicas e Sociais pela Universidade Federal Fluminense. Especialista Lato Sensu em Gestão Educacional e Práticas Pedagógicas pela Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) (2017-2018). Especialista Lato Sensu em Direito Administrativo pela Faculdade de Venda Nova do Imigrante (FAVENI)/ Instituto Alfa (2016-2018). Especialista Lato Sensu em Direito Ambiental pela Faculdade de Venda Nova do Imigrante (FAVENI)/Instituto Alfa (2016-2018). Especialista Lato Sensu em Direito de Família pela Faculdade de Venda Nova do Imigrante (FAVENI)/Instituto Alfa (2016-2018). Especialista Lato Sensu em Práticas Processuais Civil, Penal e Trabalhista pelo Centro Universitário São Camilo-ES (2014-2015). E-mail: taua_verdan2@hotmail.com

brasileira, por meio da Portaria nº 144 e depois a de nº 048, ambas do Ministério da Saúde, integrou a laqueadura e a vasectomia ao conjunto de métodos cirúrgicos no Sistema Único de Saúde (SUS), no ano de 1997. A laqueadura poderá ser feita em mulheres com mais de 25 anos e que já tenham 2 dois filhos vivos (MARCOLINO, 2003). Em casos de risco para mãe ou para o filho, é obrigatório um relatório feito e assinado por 2 médicos, tendo um prazo de 60 dias para a manifestação da vontade do casal na cirurgia. É um método contraceptivo e eficaz mais conhecido. Contudo, a lei brasileira faz a exigência de os serviços saúde onde aconteçam a esterilização possam prestar os serviços multiprofissionais, contendo toda a informação e acessibilidade a todo e qualquer método contraceptivo, fazendo com que as mulheres tenham consciência desse método e deixem de fazê-lo precocemente (MARCOLINO,2003).

MATERIAL E MÉTODOS

No presente resumo trata-se de uma pesquisa teórica, realizada pelo método indutivo, foi utilizado pesquisa bibliográfica, leituras de alguns sites selecionados da internet, legislação como a Constituição Federal sobre o assunto em tela.

DESENVOLVIMENTO

Inicialmente, segundo Bruna, a “laqueadura é um processo de esterilização definitiva, que consiste no fechamento das tubas uterinas para impedir a descida do óvulo e a subida do espermatozoide” (BRUNA, s.d., online). É um procedimento cirúrgico simples onde as trompas são cortadas impedindo a passagem do espermatozoide para fecundação com o óvulo (BRUNA, s.d). Fazendo parte assim do aparelho reprodutor feminino o útero, as tubas uterinas (ou trompas), os ovários, a vulva e a vagina.

A maioria das mulheres que fazem o procedimento da laqueadura, não acontecem o caso de engravidarem, são raros os tipos de casos de recanalização das trompas, com futura gravidez (BRUNA, s.d). Em entrevista realizada ao site da UOL pelo

doutor Dráuzio Varella, a médica Tânia Giacomo do Lago, em relação a legislação sobre a laqueadura e a dependência das mulheres pelo Sistema Único de Saúde (SUS) que não tem como arcar com essa cirurgia. De acordo com a médica,

Em 1997, porém, foi aprovada pelo Congresso Nacional a lei do planejamento familiar que obriga os governos a oferecerem todos os métodos anticoncepcionais, inclusive laqueadura e vasectomia, aos cidadãos brasileiros. Acontece que o único artigo dessa lei vetado pelo Presidente da República, na época o senhor Fernando Henrique Cardoso, foi exatamente o que permitia a realização de vasectomias e laqueaduras (BRUNA, s.d, online).

Neste sentido, até a década de 90 não existia lei que proibia a realização da laqueadura e sim um artigo elencado no código penal brasileiro que tornaria crime qualquer lesão causada por um terceiro e viesse a trazer prejuízo ao funcionamento do órgão (BRUNA, s.d). Segundo a médica, por conta do entendimento a laqueadura passou a ser feita clandestinamente no ato da cesariana, onde a mulher que tinha condições de pagar pelo procedimento fazia e não constaria em ata de internação. É importante assinalar que o trabalho em equipe, a atenção à saúde da mulher em um todo, no planejamento das famílias, na contracepção da cirurgia em particular no que designam os projetos a serem exercidos pela equipe de saúde (MARCOLINO, 2003).

Segundo Marcolino (2003, online), “O planejamento familiar é desempenhado por equipe multidisciplinar composta por psicólogo, assistente social, enfermeira, auxiliar de saúde e técnica de enfermagem e médico que atua como coordenador da equipe e como cirurgião, realizando salpingotripsias e fazendo inserção de DIU”. Sendo assim a organização geral do trabalho realizado pela equipe vem da direção do médico como coordenador fazendo o diagnóstico e o trabalho dos outros profissionais é complementar nas ações das funções de que cada um lhe atribui (MARCOLINO, 2003, online).

No caso da tomada de decisão acerca da laqueadura tubária, os participantes da equipe têm ido além dos aspectos biomédicos da atenção à saúde da mulher e do planejamento familiar, permitindo uma aproximação que apreenda a complexidade e a multidimensionalidade

das necessidades de saúde nessa área. Assim, no caso da decisão pela laqueadura tubária, e somente neste caso particular, o modelo hierarquizado de trabalho em equipe parece não ser o modelo nuclear, no qual o trabalho do médico é o centro e os demais são periféricos (MARCOLINO, 2003, online).

A comunicação é desenvolvida nesse trabalho sendo fundamental para inclusão de atividades, o diálogo entre os profissionais faz uma completa dimensão que se relaciona com a parte técnica, junto as atividades, os procedimentos a serem utilizados e os instrumentos necessários para que se obtenha o resultado final de prestar todo o cuidado as mulheres.

De acordo com Marcolino (2003, online), “Os agentes da equipe, como os psicólogos, a assistente social e a agente de saúde, realizam atividades voltadas para a saúde das pessoas, considerando além dos aspectos biológicos, os aspectos psicológicos e sociais envolvidos no processo saúde/doença”. Para que se tenha um melhor desenvolvimento e informações estabelecidas para o conhecimento do método que será utilizado (MARCOLINO, 2003).

O trabalho da assistente social e dos psicólogos apresenta pontos de articulação, tanto que eles se colocam como trabalhadores do setor psicossocial, cuja função, dentre outras, é avaliar e definir a realização do procedimento da laqueadura/vasectomia, ou encaminhar o cliente para avaliação da equipe de saúde. O serviço psicossocial tem o poder de decidir sobre a aprovação da cirurgia esterilizadora. Isso não significa que a avaliação que precede à aprovação da cirurgia seja feita somente pelo serviço psicossocial. Na maioria das situações, é encaminhado por outros profissionais e, quando há dúvidas sobre a aprovação da cirurgia, o caso é discutido com a equipe de saúde (MARCOLINO, 2003, online).

A equipe trabalha juntamente para bem atender as necessidades de avaliações de homens e mulheres que querem se sujeitar a este tipo de procedimento, fazendo a verificação no campo emocional e na realidade que cada indivíduo está passando no momento, atuando também de forma preventiva. Entretanto, o conselho desenvolvido pela equipe sobre a laqueadura tubária, vem de conhecimentos da própria natureza do

seu objeto, a equipe mostra além do aspecto biológico, envolve também o psicológico e a parte emocional na tomada de decisão pela laqueadura.

Ademais, tendo como um dos principais meios utilizados para aconselhamento a informação através de palestras e orientações (MARCOLINO, 2003). A equipe trabalha juntamente para bem atender as necessidades de avaliações de homens e mulheres que querem se sujeitar a este tipo de procedimento, fazendo a verificação no campo emocional e na realidade que cada indivíduo está passando no momento, atuando também de forma preventiva.

RESULTADO E DISCUSSÃO

Ainda que a tomada de decisão sobre a laqueadura seja da mulher há um papel importante na equipe sobre a orientação, quando se procura abordar a mulher esse trabalho fica com a parte de psicólogos e assistente sociais. Em um segundo momento a decisão é tomada por parte da equipe médica em relação a laqueadura de trompas, sendo o médico responsável pela cirurgia esterilizada (MARCOLINO, 2003). Além disso, por meio da Portaria nº 144 e depois a de nº 048, ambas do Ministério da Saúde, integrou a laqueadura e a vasectomia ao conjunto de métodos cirúrgicos no Sistema Único de Saúde (SUS), no ano de 1997. A laqueadura poderá ser feita em mulheres com mais de 25 anos e que já tenham 2 dois filhos vivos (MARCOLINO, 2003).

Afora isso, em casos de risco para mãe ou para o filho, é obrigatório um relatório feito e assinado por 2 médicos, tendo um prazo de 60 dias para a manifestação da vontade do casal na cirurgia. É um método contraceptivo e eficaz mais conhecido. Contudo, a lei brasileira faz a exigência de os serviços saúde onde aconteçam a esterilização possam prestar os serviços multiprofissionais, contendo toda a informação e acessibilidade a todo e qualquer método contraceptivo, fazendo com que as mulheres tenham consciência desse método e deixem de fazê-lo precocemente (MARCOLINO, 2003).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Portanto, a pesquisa traz uma visão geral de que é fundamental o papel da equipe multidisciplinar para a equiparação e atendimento compondo a população em sua maioria, casada ou unida consensualmente e com baixo nível de escolaridade. Tal conclusão confirma a importância de se fortalecer estratégias em planejamento familiar junto aos casais que almejam esse método, para que haja uma escolha contraceptiva adequada e consciente dos aspectos envolvidos (NICOLAU et al, 2011, s. p.).

REFERÊNCIAS

BRUNA, Maria Helena Varella. **Laqueadura**. Disponível em:
<<https://drauziovarella.uol.com.br/entrevistas-2/laqueadura-entrevista/>> Acesso em:
22 mai. 2019.

MARCOLINO, Clarice. **Planejamento familiar e laqueadura tubária**: análise do trabalho de uma equipe de saúde. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2004000300014&script=sci_arttext&tlng=pt> Acesso em: 22 mai. 2019.

NICOLAU, Ana Izabel Oliveira et al. **Laqueadura tubária**: caracterização de usuárias laqueadas de um serviço público. Disponível em
:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000100008> Acesso em: 22 mai. 2019.