



III SEMINÁRIO
“ENSINO, PESQUISA & CIDADANIA EM
CONVERGÊNCIA”

VOLUME 07: DIREITO & SAÚDE (TOMO I)



III SEMINÁRIO ENSINO, PESQUISA & CIDADANIA EM CONVERGÊNCIA

Volume 07: Direito & Saúde (Tomo I)

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: 978-10-799-9678-4

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: A Chinesa (1921-1922) de Anita Malfatti. Coleção

Particular, Rio de Janeiro



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. 7 Jesus do Itabapoana, RJ) Ensino, pesquisa e cidadania em convergência
: volume 7. Direito e saúde (Tomo 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: 978-10-799-9678-4

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	
1º PERÍODO	12
O direito fundamental à saúde à luz do artigo 6º da Constituição Federal – Albert Machado, José Guilherme Barreto, Maria Giovana de Aquino, Neuza Maria de Siqueira Nunes & Tauã Lima Verdan Rangel	13
O direito aos medicamentos como desdobramento do direito à saúde – Lívia Castanheira Marçal, Alexsanderson Zanon de Oliveira Melo, Neuza Maria de Siqueira Nunes & Tauã Lima Verdan Rangel	21
O direito a um patamar mínimo de saúde e a efetivação da dignidade da pessoa humana – Lara dos Reis Lacerda, Beatriz Flausino França, Thiago da Silveira Ferraz & Tauã Lima Verdan Rangel.....	28
A violência obstétrica à luz do ordenamento jurídico brasileiro – Beatriz Guimarães Mathias, Regiane Cardoso da Silva Fonte Boa, Vivian de Almeida Gonçalves, Neuza Maria de Siqueira Nunes & Tauã Lima Verdan Rangel	35
Sem novos avanços na saúde pública, ocorre o risco de retrocesso – Brenda Ferreira Sobral, Éllida de Souza Batista Silva, Udson André Sousa da Silva, Neuza Maria de Siqueira Nunes & Tauã Lima Verdan Rangel	43
O direito à saúde como elemento mínimo existencial social – Carulini Polate Cabral, Gabriela Caetano Freitas, Lucas Nunes Lepre, Neuza Maria de Siqueira Nunes & Tauã Lima Verdan Rangel.....	48
O direito à saúde de grupos vulneráveis: uma análise sobre o direito à saúde das minorias sexuais – Gabriel Dutra Cadeira, Neuza Maria de Siqueira Nunes & Tauã Lima Verdan Rangel.....	57

O direito à saúde e populações de risco: uma análise da política para pessoas em situação de rua – João Vitor Lobato dos Santos, Julia Teixeira Vaillant, Felipe Estacio de Souza, Neuza Maria de Siqueira Nunes & Tauã Lima Verdan Rangel	66
A síndrome de burnout como esgotamento do ambiente laboral – Kathleen de Almeida Muruci, Ana Carolina Zanardi Pimentel, Jéssiane Schitini Cabral, Neuza Maria de Siqueira Nunes & Tauã Lima Verdan Rangel	73
Os impactos do assédio moral no ambiente de trabalho – Lidiane Medeiros Souza, Neuza Maria de Siqueira Nunes & Tauã Lima Verdan Rangel.....	79
O direito à saúde e a importância da execução do direito ao saneamento básico – Amanda de Oliveira Silva, Luana de Paula Freitas, Neuza Maria de Siqueira Nunes & Tauã Lima Verdan Rangel.....	85
O direito à saúde em foco: uma análise das políticas de promoção do direito de crianças e de adolescentes – Matheus Sena Quimer, Carlos Roberto Jacomino Lepre Júnior, Gustavo Souza, Neuza Maria de Siqueira Nunes & Tauã Lima Verdan Rangel	92
Os impactos do assédio moral no ambiente de trabalho – Maycon de Sousa Santos, Ana Lourdes Pereira Moura, Rafael Oliveira Dantas, Neuza Maria de Siqueira Nunes & Tauã Lima Verdan Rangel	101
O direito à saúde ambiental – Thiago Xavier Oliveira, Sabrina Silva Campos, Amélia Clara da Silva Oliveira, Neuza Maria de Siqueira Nunes & Tauã Lima Verdan Rangel	108
O aborto de microcéfalos como direito à saúde – Victor Hugo Menezes Boechat, Gabriel Musquim Batista Cerqueira, Tito Nunes da Silva Neto & Tauã Lima Verdan Rangel	116
2º PERÍODO	122
Adolescência, precocidade e sexualidade: direito à informação e a educação no ambiente formativo – Andressa Vitalina da Silva Ferreira Raimundo, Eloina de Souza Braz, Estefanes Barcelos Aguiar, Fernanda Santos Curcio & Tauã Lima Verdan Rangel.....	123
A assistência pré-natal em contexto de privação de liberdade: um ensaio sobre o direito ao cuidado à gestante na prisão – Emanuely Terra Dias, Maria Gabriela Navarro de	

Andrade Rezende, Gisele Aparecida Martins Moreira, Fernanda Santos Curcio & Tauã Lima Verdan Rangel.....130

População em situação de rua e o direito à saúde: um ensaio sobre as iniquidades de acesso à atenção primária em saúde – Fernando Campos de Oliveira, Giulian Silva Vieira Jesus, Thiago Ribeiro de Oliveira Gomes, Fernanda Santos Curcio & Tauã Lima Verdan Rangel.....138

A política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais: um ensaio sobre a garantia do direito à saúde e o enfrentamento das desigualdades no âmbito do SUS – Gabriel Rocha Oliveira, Jéssica Ferreira Machado, Rayane Dias da Silva, Fernanda Santos Curcio & Tauã Lima Verdan Rangel.....145

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:
1º PERÍODO



O DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE À LUZ DO ARTIGO 6º DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL

MACHADO, Albert¹
BARRETO, José Guilherme²
AQUINO, Maria Giovana de³
NUNES, Neuza Maria de Siqueira⁴
RANGEL, Tauã Lima Verdan⁵

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como objetivo analisar o direito a saúde no Brasil garantido pelo artigo 6º da constituição desde 1988. Desde o surgimento das sociedades a saúde foi posta como fator preocupante, em detrimento disso pensamentos diversos surgiram como meio de auxiliar e analisar a saúde em seu papel primordial, o bem do ser humano. Por conta disso, começaram as exigências por melhores formas de vida, começando, assim, uma luta por um dos principais direitos do ser humano. No Brasil, esse direito acabou por ser garantido tardiamente, tendo em vista que só foi instituído 488 anos depois de sua descoberta o que trouxe em momento de sua história enormes prejuízos para com o seu povo.

¹Graduando do Curso de Direito da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade de Bom Jesus do Itabapoana. E-mail: albertmachado2018@hotmail.com

² Graduando do Curso de Direito da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade de Bom Jesus do Itabapoana. E-mail: joseguilhermecb@gmail.com;

³ Graduando do Curso de Direito da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade de Bom Jesus do Itabapoana. E-mail: magiaquino@gmail.com;

⁴ Professora orientadora. Mestra em Economia Empresarial. Professora da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade de Bom Jesus do Itabapoana. E-mail: neuzaamsnunes@gmail.com;

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

MATERIAL E MÉTODOS

O método utilizado para a elaboração deste trabalho pautou-se na utilização do método dedutivo. Como técnicas de pesquisa, empregou-se a revisão de literatura sob o formato sistemático.

DESENVOLVIMENTO

O ambiente sociocultural do final do século XIX e primeira metade do século XX, ápice da revolução, proporcionou o debate entre as duas grandes linhas de pensamento que buscaram conceituar a saúde. De um lado, grupos vetados ao direito à saúde que viviam em condições de vida miseráveis, destacavam o entendimento da saúde como diretamente dependente de variáveis relacionadas ao ambiente, as condições de trabalho, à forma de alimentação e à moradia. A ocorrência dos surtos de tuberculose, por exemplo, ocorria mais nas camadas sociais com menos renda. Por outro lado, a descoberta dos germes causadores de doenças e de seu subsequente isolamento, que assegurou o desenvolvimento de remédios específicos, falava-se da conceituação da saúde como ausência de doenças. (ALEXY, 2008, s.p.)

A intervenção de fatores políticos foi, contudo, aparentemente o marco final de tal debate. A experiência de uma grande guerra apenas 20 anos após a anterior, provocada pelas mesmas causas que haviam originado a predecessora e, especialmente, com capacidade de destruição várias vezes multiplicadas, forjou um consenso. Carente de recursos econômicos, destruída sua crença na forma de organização social, alijada de seus líderes, a sociedade que sobreviveu a 1944 sentiu a necessidade iniludível de promover um novo pacto. Tal pacto, personificado na organização das nações unidas, fomentou a declaração universal dos direitos humanos, ao mesmo tempo em que incentivou a criação de órgãos especiais dedicados a garantir alguns desses direitos considerados essenciais aos homens. (MALLMANN, 2012, s.p.)

A saúde, reconhecida como direito humano, passou a ser objeto da organização mundial de saúde (OMS) que, no preâmbulo de sua constituição (1946), assim a conceitua: "saúde é o completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença". Observa-se, então, o reconhecimento da essencialidade do equilíbrio interno e do homem com o ambiente (bem-estar físico, mental e social) para a conceituação da saúde, recuperando os trabalhos de Hipócrates, para Celso e Engels. (MALLMANN, 2012, s.p.)

A aceitação da influência decisiva do meio sobre a saúde, porém, não impediu o exercício da crítica da conceituação proposta pela OMS. Especialmente os trabalhadores sanitários a questionaram afirmando que ela corresponde à definição da felicidade, que tal estado de completo bem-estar é impossível de alcançar-se e que, além disso, ela não é operacional. Uma crítica recente, feita por Dejours, termina concluindo que o estado de completo bem-estar não existe, mas que a saúde deve ser entendida como a busca constante de tal estado. (MOURA, 2013, s.p.)

RESULTADO E DISCUSSÃO

O direito à saúde foi introduzido na constituição federal de 1988 no título destinado à ordem social, que tem como meta a justiça social e o bem-estar, no seu art. 6º, estabelece como direitos sociais fundamentais a segurança, a previdência social, a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a proteção à infância e a maternidade. No art. 196, a constituição federal reconhece a saúde como dever do Estado e direito de todos, assegurando mediante as 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. (REBELLO, 2018, s.p.)

Dentre os direitos sociais, o direito à saúde foi eleito pelo constituinte como de peculiar importância. A forma como foi tratada, em capítulo próprio, demonstra o cuidado que se teve com esse bem jurídico. Com efeito, o direito à saúde, por estar intimamente atrelado ao direito à vida, manifesta a proteção constitucional à dignidade da pessoa humana. (MOURA, 2013, s.p.)

A saúde, consagrada na Constituição Federal de 1988, como direito social fundamental, recebe deste modo, proteção jurídica diferenciada na ordem jurídico-constitucional brasileira. Ao reconhecer a saúde como direito social fundamental, o Estado obrigou-se a prestações positivas, e, por conseguinte, à formulação de políticas públicas sociais e econômicas destinadas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde. (ALEXY, 2008, s.p.) A proteção constitucional à saúde seguiu a trilha do Direito Internacional, abrangendo a perspectiva promocional, preventiva e curativa da saúde, impondo ao Estado o dever de tornar possível e acessível à população o tratamento que garanta senão a cura da doença, ao menos, uma melhor qualidade de vida. (SANTOS, 2010, s.p.)

O conceito de saúde evoluiu. Hoje, não mais é considerada como ausência de doença, mas como o completo bem-estar físico, mental e social do homem. Contudo, o debate sobre o direito à saúde ainda segue no sentido do combate às enfermidades e consequentemente ao acesso aos medicamentos. Em última análise, há de se concordar com as palavras de Schwartz, para quem o escopo do direito sanitário é a libertação de doenças. (ALEXY, 2008, s.p.). A importância de delimitar o tema exsurge quando se tem em vista que a constituição federal, no art. 196, adotou o conceito amplo de saúde ao incumbir o Estado do dever de elaborar políticas sociais e econômicas que permitam o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. (MOURA, 2013, s.p.)

A par de assegurar o direito à saúde, a constituição federal de 1988 não delimitou objeto desse direito fundamental, não especificando “se o direito à saúde como direito a prestações abrange todo e qualquer tipo de prestação relacionada à saúde humana”. Discute-se se o Estado, em seu dever de prestação dos serviços de saúde, obriga-se a disponibilizar o atendimento médico-hospitalar e odontológico, o fornecimento de todo tipo de medicamento indicado para o tratamento de saúde, a realização de exames médicos de qualquer natureza, o fornecimento de aparelhos dentários, próteses, óculos, dentre outras possibilidades. (SANTOS, 2010, s.p.)

Para Ingo Sarlet (1998), é o legislador federal, estadual e municipal, a depender da competência legislativa prevista na própria constituição, quem irá concretizar o direito à

saúde, devendo o poder judiciário, quando acionado, interpretar as normas da constituição e as normas infraconstitucionais que a concretizarem. Com a indefinição do que seria o objeto do direito à saúde, o legislador foi incumbido do dever de elaborar normas em consonância com a constituição federal de 1988. (SANTOS, 2010, s.p.)

Sabe-se que a aplicação da norma constitucional depende intrinsecamente de procedimentos a serem executados pelo Estado, bem como criação de estruturas organizacionais para o cumprimento do escopo constitucional de promover, preservar e recuperar a saúde e a própria vida humana (ALEXY, 2008, s.p.).

Há, portanto, um claro dever do Estado de criar e fomentar a criação de órgãos aptos a atuarem na tutela dos direitos e procedimentos adequados à proteção e promoção dos direitos. (MOURA, 2013, s.p.). Como bem acentua Robert Alexy (2008, s.p.), “as normas de organização e procedimento devem ser criadas de forma que o resultado seja, com suficiente probabilidade e em suficiente medida, conforme os direitos fundamentais”. Do mesmo modo, orienta Ingo Sarlet (1998, s.p.), se os direitos fundamentais são sempre e de certa forma, dependentes da organização e do procedimento, sobre estes também exercem uma influência que, dentre outros aspectos, se manifesta na medida em que os direitos fundamentais podem ser considerados como parâmetro para a formatação das estruturas organizatórias e dos procedimentos, servindo, para, além disso, como diretrizes para a aplicação e interpretação das normas procedimentais. (ALEXY, 2008, s.p.)

Ainda sobre a íntima vinculação entre direitos fundamentais, organização e procedimento. Pontua Ingo Sarlet (1998, s.p.) que “os direitos fundamentais são, ao mesmo tempo e de certa forma, dependentes de organização e do procedimento, mas simultaneamente também atuam sobre o direito procedimental e as estruturas organizacionais”. Significa dizer que, ao mesmo tempo em que os deveres de proteção do Estado devem concretizar-se mediante normas administrativas e com a criação de órgãos destinados ao cumprimento da tutela e promoção de direitos, a extensão e limites dessas normas e órgãos são impostos pela própria constituição. (SANTOS, 2010, s.p.)

Na linha dos autores citados, Konrad Hesse (2013) defende que a organização e o procedimento podem ser considerados o único meio de alcançar um resultado conforme

aos direitos fundamentais e de assegurar a sua eficácia. Do outro lado, é direito do cidadão obter do Estado prestações positivas, as quais, pela importância que detêm, ultrapassam o campo da discricionariedade administrativa para uma infestável vinculação de índole e força constitucionais. Desse modo, as pautas de atuação governamental estabelecidas no próprio seio da lei de outubro, jamais poderão ser relegadas a conceitos de oportunidade ou conveniência do agente público, eis que não podem transformar-se em mero jogo de palavras, pois, como visto, são indispensáveis à manutenção do “status” de dignidade da pessoa humana. (MOURA, 2013, s.p.)

No que toca ao direito à saúde, foram inseridos, no próprio texto constitucional, relevantes matizes da dimensão organizatória e procedimental. A Constituição Federal de 1988, nos artigos 198 a 200, atribuiu ao sistema único de saúde a coordenação e a execução das políticas para proteção e promoção da saúde no Brasil (SANTOS, 2010, s.p.).

A Constituição de 1988 não se limitou a prever a criação de uma estrutura organizacional para garantir o direito à saúde, indicou, ainda, como seria atuação desse órgão administrativo e os objetivos que deveria perseguir, conferindo o esboço do que seria o sistema único de saúde. Mesmo com a previsão constitucional, os procedimentos para o adequado funcionamento do sistema único de saúde, bem como as atribuições específicas dos órgãos, só puderam ser concretizados a partir da elaboração das leis específicas da saúde. (PEREIRA, 2014, s.p.)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que, mesmo que garantido constitucionalmente, o direito à saúde acaba por ser uma utopia, pois, dentre tantos empecilhos que resultam apenas na depressão das garantias, haverá uma grande dificuldade caso tentem tornar esse plano uma realidade.

REFERÊNCIAS

ALEXY, Robert. **Teoria dos Direitos Fundamentais**. São Paulo: Malheiros, 2008. Disponível em: <<http://noosfero.ucsal.br/articles/0010/3657/alex-y-robert-teoria-dos-direitos-fundamentais.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2019.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 05 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

MALLMAM, Eduarda. Direito à saúde e a responsabilidade do Estado. *In*: **Direitonet**: portal eletrônico de informações, 2012 Disponível em: <<https://www.direitonet.com.br/artigos/exibir/7652/Direito-a-saude-e-a-responsabilidade-do-Estado>>. Acesso em: 04 mar. 2019

MOURA, Elisangela Santos de. O direito à saúde na Constituição Federal de 1988. *In*: **Revista Jus Navigandi**, Teresina, 2013. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/25309/o-direito-a-saude-na-constituicao-federal-de-1988>>. Acesso em 02 abr. 2019.

OLIVEIRA, Mariele Mayra de. Saúde pública no Brasil: um direito de todos e um dever do Estado. *In*: **Conteúdo Jurídico**, Brasília, 2018. Disponível em: <<http://www.conteudojuridico.com.br/artigo,saude-publica-no-brasil-um-direito-de-todos-e-um-dever-do-estado,590802.html>>. Acesso em: 04 mar. 2019

PEREIRA, Thiago Alexandre. A preservação e promoção da saúde do trabalhador como competência do Sistema Único de Saúde. *In*: **Revista Jus Navigandi**, Teresina, 2014. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/31553/a-preservacao-e-promocao-da-saude-do-trabalhador-como-competencia-do-sistema-unico-de-saude>>. Acesso em: 04 mar. 2019.

REBELO, Tertius. A Saúde é direito de todos e dever do Estado. *In*: **Revista Jus Navigandi**, Teresina, 2018 Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/64285/a-saude-e-direito-de-todos-e-dever-do-estado>>. Acesso em: 04 mar. 2019

ROCHA, Plínio Marcos Prudente. O direito à saúde na Constituição de 1988. *In*: **Conteúdo Jurídico**, Brasília, 2010. Disponível em: <<http://www.conteudojuridico.com.br/artigo,o-direito-a-saude-na-constituicao-de-1988,29174.html>>. Acesso em: 04 mar. 2019.

SARLET, Ingo. **A Eficácia dos Direitos Fundamentais**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 1998

SILVA, Leny Pereira da. **Direito à saúde e o princípio da reserva do possível**. 2006. Disponível em:

https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/DIREITO_A_SA_UDE_por_Leny.pdf Acesso em: 01 mar.2019.

O DIREITO AOS MEDICAMENTOS COMO DESDOBRAMENTO DO DIREITO A SAÚDE

MARÇAL, Livia Castanheira⁶
MELO, Alexsanderson Zanon de Oliveira⁷
NUNES, Neuza Maria de Siqueira⁸
RANGEL, Tauã Lima Verdan⁹

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como objetivo visar à atual precariedade da saúde brasileira, a falha do governo em fornecer medicamentos para a sociedade e de forma geral a precariedade que a saúde brasileira passa. O foco central do direito à saúde conforme a Constituição Brasileira é o artigo 196, que dispõem que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário as ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Ainda que a saúde seja dever do Estado, a maior complexidade pertencente ao dispositivo central do dever deste serviço público relaciona-se à obrigação ou não do Estado certificar acesso a todos os tratamentos de saúde que forem necessários, sejam clínicos, cirúrgicos, hospitalares e, especialmente, a doação de medicamentos.

⁶ Graduanda do Curso de Direito da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade Bom Jesus do Itabapoana, 1º período, liviacastanheira18@gmail.com

⁷ Graduanda do Curso de Direito da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade Bom Jesus do Itabapoana, 1º período, alexzanon1997@gmail.com

⁸ Professora orientadora: Mestre em Economia Empresarial. Professora da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade Bom Jesus do Itabapoana, e-mail: neuzamsnunes@gmail.com

⁹ 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

Conforme uma falha em um verbo aplicado na lei, fez com que todo o entendimento e tudo aquilo que a lei obriga com relação a distribuição de medicamentos gratuitos fosse de certa forma burlado e com isso atingi de forma geral a população brasileira, onde conforme citado durante o presente trabalho veremos que por conta de um verbo, todo um outro processo precisa ser feito para que pessoas possam receber seus medicamentos, interferindo até no atraso maior da lei brasileira.

MATERIAL E MÉTODOS

O método utilizado para a elaboração deste trabalho foi a revisão bibliográfica com base em leituras em artigos, teses e sites eletrônicos.

DESENVOLVIMENTO

A Constituição Federal de 1988 encaminhou um importante aperfeiçoamento para o âmbito dos direitos sociais: o acesso de todos à saúde. Esse Direito está exposto nos artigos 196 a 200 da Constituição, que determina as diretrizes a serem seguidas pelo Poder Público na instauração do sistema único de saúde – nomenclatura usada pelo artigo 198 da CF. Dois anos após a abertura da Constituição, foi modificada a Lei nº 8.080, que normalizou a prestação do serviço de saúde. Serviço no qual, passou a ser conhecido como “Direito Fundamental Prestacional”, requisitando, com isso ações positivas dos poderes públicos. Estas ações positivas devem ter como foco o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde. (FREITAS, 2019, p.1).

Um dos fundamentos da Carta Constitucional é a dignidade da pessoa humana, sendo dever do estado listar o interesse público por este princípio, previsto no art. 1º, inciso III, juntamente com a cidadania e outros valores que sustentam todas as demais disposições constitucionais. Catalogado pela Constituição Federal, no art. 5º, *caput*, o direito à vida, que abarca não só o direito de viver, mas também o direito de viver com dignidade é conhecido

como Direito Fundamental Individual, intensificando assim que se trata de uma modalidade de Direitos Humanos. (LAVEZO, 2017, p. 1)

A dignidade da pessoa humana depende necessariamente da garantia ao direito a saúde, ambos resultantes do Direito à vida, pois é necessário que este seja acompanhado de dignidade e saúde. (LAVEZO, 2017, p. 1). A aparente fragilidade está no artigo 196, que não determina que o Estado deva dar garantia ao acesso universal e igualitário, o verbo usado é visar. É essencial que o Estado faça investimentos vultosos e crie bases para que, ao longo do tempo o fornecimento do serviço cresça a ponto de no futuro chegar a todos que dele precisarem. (FREITAS, 2014, s.p.)

Porém, enquanto este processo de aplicação do serviço esteja acontecendo, parece conveniente entender do ponto de vista constitucional, que o Estado não está obrigado a fornecer todos os medicamentos que a eles sejam pedidos. (FREITAS, 2014, s.p.). O art. 6º da Carta Política dispõe também que a saúde é um direito social, *verbis*:

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

Também o art. 196 da Magna Carta, disciplinando com mais rigor o quanto disposto no art. 6º, dispõe sobre a universalidade do direito à saúde e a responsabilidade do Estado, entendido como União, Estados Membros, Distrito Federal e Municípios, pelo fornecimento de saúde à comunidade:

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 a ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Fundado categoricamente pelo art. 6º, inciso I, alínea “d”, da Lei 8.080/90, o fornecimento de medicamentos não garante ao cidadão toda a assistência terapêutica necessária. A própria Lei 8.080/90 limita os medicamentos a serem fornecidos pelo o Estado

àqueles que estiverem na listagem bienal montada pelos gestores do SUS. Aparece, então, um enorme ponto de controvérsia, na jurisprudência e na doutrina, o qual procura explicar no presente estudo: é constitucional limitar o fornecimento público de medicamentos, ou o Estado deve garantir acesso integral a toda a população? (FREITAS, 2014, p. 2)

É de extrema importância a resposta para essa pergunta, não somente para a promoção de um Direito Social, previsto na Constituição Federal, como também para a programação de despesas públicas, que pode vir ser prejudicada bruscamente por decisões judiciais que estabeleça fornecimento de medicamentos não previstos pela administração. (FREITAS, 2014, p. 2)

Todavia, depois de 30 anos da promulgação da Constituição Federal, o contratempo no serviço de saúde é conhecido por todos: falta de médicos, falta de equipamentos para atendimento básico, hospitais superlotados são somente alguns exemplos de falhas no sistema público de saúde brasileira, uma das áreas de maior conflito é a de fornecimento de medicamentos. (FREITAS, 2014, p. 2). O Estado é obrigado a conceder o serviço de saúde de maneira integral e extensiva, já que esse acontecimento é direito de todos e dever do Estado, e o acesso universal igualitário deve ser garantido. (FREITAS, 2014, p. 2)

Em síntese, restou decidido que o Poder Judiciário poderá determinar ao poder público o fornecimento de medicamentos não incorporados em atos normativos do SUS, desde que presentes, cumulativamente, os seguintes requisitos: 1 – Seja comprovado pela parte autora, mediante laudo médico fundamentado e devidamente circunstanciado, de que o medicamento pleiteado lhe seja imprescindível, necessário também demonstrar a ineficácia dos fármacos fornecidos pelo SUS para o efeito do tratamento pretendido; 2 – A demonstração da incapacidade financeira do paciente de arcar com o custo do medicamento prescrito; 3 - Existência de registro do medicamento na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). (SARLET, 2018, p. 2)

RESULTADO E DISCUSSÃO

Prontamente, é obrigação do Estado, por meio do SUS garantir ao cidadão a saúde como forma de cumprir os preceitos fundamentais da Constituição Federal. A partir do conceito de saúde determinado na Constituição da República Federativa do Brasil e na legislação brasileira, pode-se afirmar que o Direito a saúde implica o fornecimento de medicamentos gratuitos. (LAVEZO, 2017, p. 1)

O Sistema Único de Saúde complexo de ações e serviços públicos que fazem parte de uma rede regionalizada e hierarquizada, é ordenado de forma descentralizada, conduzido por cada esfera de governo, com atendimento integral, dando prioridade para as atividades preventivas, garantindo os serviços assistenciais como também a distribuição de remédios. (SILVA, 2012, p. 1).

Nos termos do art.200 da CRFB/88, são atribuições do SUS, na forma da lei: a) Controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesses para a saúde; b) Participar da produção de medicamentos, equipamento, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; c) Executar ações de vigilância sanitária e epidemiológica e as de saúde do trabalhador; d) Ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde; e) Política e execução de ações de saneamento básico; f) Fiscalizar e inspecionar alimentos, direcionada ao teor nutricional, como também bebidas e águas para consumo; g) Participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização da produção, transporte, guarda e utilização de substância e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; h) Colaborar na proteção do meio ambiente, compreendido nele o do trabalho. (SILVA, 2012, p. 1)

Os gestores do SUS são, a nível federal, o Ministro da Saúde, a nível estadual, o Secretário do Estado e saúde e a nível Municipal, o Secretário Municipal de saúde. (SILVA, 2012, p. 2). A ajuda à saúde pode ser prestada pela iniciativa privada, de forma complementar, inclusive podendo ser firmado contratos ou convênios de direito público. (SILVA, 2012)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em virtude dos fatos mencionados acima, chega-se à conclusão de que a falha está no artigo 196 da constituição federal brasileira, que por conta de um verbo o governo deixa de ser obrigado a fornecer remédios para a sociedade. Porém, o estado é obrigado a fornecer remédio para aqueles necessitados que não tem condições para irem em hospitais, clínicas particulares e comprarem remédios nas farmácias.

É essencial que o Estado faça investimentos vultosos e crie bases para que, ao longo do tempo o fornecimento do serviço cresça a ponto de no futuro chegar a todos que dele precisarem. No atual momento que o país se encontra é necessário olhar de atenção e preocupação para atual saúde brasileira, não somente pela falha no fornecimento de medicamentos, mas também com relação ao atendimento que tem sido oferecido a toda a população brasileira, que era quem deveriam ser visados em terem o melhor atendimento possível, mas infelizmente à situação é inversa ao que deveria ser.

Ao olhar para os hospitais públicos assim como também para a capacitação pública desses funcionários tende-se a pensar em um projeto para que isso seja revertido por conta de que não é um olhar pessoal, mas sim um olhar de toda uma necessidade que uma nação vem passando.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 05 de outubro de 1988. Disponível em: <<https://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 20 mai. 2019.

FREITAS, Danielli Xavier. O fornecimento de medicamentos pelo Estado ao cidadão à luz do art. 196 da Constituição Federal. In: **Jusbrasil**: portal eletrônico de informações, 2014. Disponível em: <<https://daniellixavierfreitas.jusbrasil.com.br/artigos/139236293/o-fornecimento-de-medicamentos-pelo-estado-ao-cidadao-a-luz-do-art-196-da-constituicao-federal>>. Acesso em: 20 mai. 2019.

LAVEZO, M. Do direito ao fornecimento de medicamentos, dietas e insumos de saúde pelo SUS. In: **Revista Jus Navigandi**, Teresina, 2017. Disponível em:

<<https://jus.com.br/artigos/56463/do-direito-ao-fornecimento-de-medicamentos-dietas-e-insumos-de-saude-pelo-sus>>. Acesso em: 20 mai. 2019

SALERT, I. W. STJ, STF e os critérios para fornecimento de medicamentos. In: **Conjur**: portal eletrônico de informações, 2018. Disponível em: <www.conjur.com.br/2018-abr-27/direitos-fundamentais-stj-stf-criterios-fornecimento-medicamentos-parte>. Acesso em: 20 mai. 2019

SILVA, A. S. I. O direito ao fornecimento gratuito de medicamentos. In: **Conteúdo Jurídico**, Brasília, 2012. Disponível em: <<http://www.conteudojuridico.com.br/artigo,o-direito-ao-fornecimento-gratuito-de-medicamentos,40409.html>>. Acesso em: 20 mai. 2019.

O DIREITO A UM PATAMAR MÍNIMO DE SAÚDE E A EFETIVAÇÃO DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA

LACERDA, Lara dos Reis¹⁰
FRANÇA, Beatriz Flausino¹¹
FERRAZ, Thiago da Silveira¹²
RANGEL, Tauã Lima Verdan¹³

INTRODUÇÃO

A dignidade da pessoa humana é um fundamento constitucional, que semeia sua força normativa por todo texto constitucional e normas infraconstitucionais, evidenciando a suma relevância da vida digna do indivíduo, e que este é dotado de direitos. Nesse sentido, para uma efetiva concretização da dignidade humana, é imprescindível a atuação estatal na garantia de direitos básicos e sociais em um patamar mínimo, como no direito à saúde.

A saúde é um direito fundamental consagrado no texto constitucional através de norma programática, que define o dever do Estado em garantir ao cidadão uma vida saudável, no que, através de uma interpretação teológica possui o objetivo de consagrar uma vida digna. Assim, busca-se demonstrar as vertentes da dignidade da pessoa humana

¹⁰ Graduanda do Curso de Direito da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade Bom Jesus do Itabapoana, lacerdalreis00@gmail.com;

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

¹² Graduando do Curso de Direito da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade Bom Jesus do Itabapoana, thiagoferrazeng@gmail.com;

¹³ 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

como um fundamento constitucional e seu papel na individualização do patamar mínimo para concretização do direito à 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

Num primeiro momento, antes de adentrar no tema propriamente dito, demonstra-se necessária elucidar que o direito a saúde é um direito humano fundamental, sendo assim, tem-se que direitos humanos fundamentais são uma via, um método a ser desenvolvido por toda a humanidade em direção à realização da dignidade humana, fim de todos os governos e povos, ou seja, busca-se a concretização da vida digna da pessoa humana (JAYME, 2005).

Por meio dos direitos humanos, busca-se assegurar o respeito à pessoa humana e, por conseguinte, sua existência digna, proporcionando, portanto, o desenvolvimento de sua personalidade e de seus potenciais à sua maneira, para que possa alcançar o sentido da sua própria existência. Isso traduz que, em verdade, verifica-se a necessidade de conferir liberdade no desenvolvimento da própria personalidade de cada indivíduo, sendo estes direitos frutos de uma conquista histórica (JAYME, 2005).

A Constituição de 1988 normatiza que um dos fundamentos do Estado Democrático de Direito é a “dignidade da pessoa humana” (art. 1º, III). Ademais, o texto constitucional brasileiro afirma que toda a ação econômica tem como finalidade assegurar a todos uma

existência digna, consoante artigo 170 do texto constitucional, assim como em diversos dispositivos jurídicos da constituição, mesmo que de forma implícita, verifica-se a busca pela preservação da dignidade da pessoa humana, que veio com uma topografia especial logo no início da constituição cidadã, o que denota a preocupação do poder constituinte originário com tal instituto (RAMOS, 2017). Nessa vertente, o autor André de Carvalho Ramos de forma contundente, ensina:

A raiz da palavra “dignidade” vem de *dignus*, que ressalta aquilo que possui honra ou importância. Com São Tomás de Aquino, há o reconhecimento da dignidade humana, qualidade inerente a todos os seres humanos, que nos separa dos demais seres e objetos. São Tomás de Aquino defende o conceito de que a pessoa é uma substância individual de natureza racional, centro da criação pelo fato de ser imagem e semelhança de Deus. Logo, o intelecto e a semelhança com Deus geram a dignidade que é inerente ao homem, como espécie (RAMOS, 2017, p. 75).

Em mesmo sentido, o autor explica a qualidade e os atributos inerentes a dignidade da pessoa humana, veja-se:

Assim, a dignidade humana consiste na qualidade intrínseca e distintiva de cada ser humano, que o protege contra todo tratamento degradante e discriminação odiosa, bem como assegura condições materiais mínimas de sobrevivência. Consiste em atributo que todo indivíduo possui, inerente à sua condição humana, não importando qualquer outra condição referente à nacionalidade, opção política, orientação sexual, credo etc. (SARLET, 2001 *apud* RAMOS, 2017, p. 75-76).

A dignidade da pessoa humana passa pela vertente do mínimo existencial, sendo assim, no centro do mínimo existencial tem-se a dignidade da pessoa humana. Entrementes, de suma importância destacar que o mínimo existencial tem um cunho ampliativo, englobando a necessidade de direitos básicos para sua concretização, sendo esses essenciais e indispensáveis para alcançar uma vida digna, o que demonstra sua forte dimensão prestacional, na qual o Estado em busca de sua concretização deve assumir um dever de prestação positiva de cunho social (OLIVEIRA, 2016).

É, nesse norte, que se traça a correlação de dignidade da pessoa humana com o direito fundamental à saúde, pois como que o Estado proporcionará uma vida digna ao indivíduo sem lhe garantir o mínimo existencial? Como na concretização do direito à saúde, seja no fornecimento de medicamento ou até mesmo em um meio ambiente saudável (OLIVEIRA, 2016). O direito à saúde tem como finalidade precípua assegurar de forma efetiva a promoção do bem-estar físico, mental e social de um indivíduo, impondo ao Estado o dever de ofertar serviços públicos a todos para prevenir ou eliminar doenças e outros gravames (RAMOS, 2017).

Nessa perspectiva, destaca-se, que o direito à saúde possui uma dualidade, compreendida entre uma faceta individual e difusa, pois há o direito difuso de todos de viver em um ambiente saudável, sem correr o risco de epidemias ou outros malefícios à saúde que possam lhe prejudicar (RAMOS, 2017). A Constituição de 1988 dispõe que a saúde é direito de todos e dever do Estado, sendo este garantido através políticas sociais e econômicas que objetivam a redução dos riscos de doenças e de outros agravos, bem como o acesso universal e de forma igualitária às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (RAMOS, 2017).

Deste modo, verifica-se que o direito a saúde é direito humano fundamental, consagrado expressamente no texto constitucional e o descumprimento do Estado em cumprir com sua obrigação desafia a atuação do Judiciário para garantir o mínimo existencial (MENDES; BRANCO, 2017).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A dignidade da pessoa humana é tida como um supraprincípio que norteia todos os direitos básicos consagrados no texto constitucional, o que reforça o ideal de que a dignidade da pessoa humana assumiu um caráter de direito subjetivo, nesse sentido, destaca Cavalieri Filho:

Entre os superiores princípios (valores) consagrados na Constituição de 1988, merece especial destaque o da dignidade da pessoa humana, colocado como um dos fundamentos da República Federativa do Brasil (art. 1º, III). Temos hoje o que podemos chamar de direito subjetivo constitucional à dignidade. Ao assim fazer, a Constituição colocou o homem no vértice do ordenamento jurídico da Nação, fez dele a primeira e decisiva realidade, transformando os seus direitos no fio condutor de todos os ramos jurídicos. Isso é valor”. (CAVALIERI FILHO, 2005, p. 61).

Em outra vertente, verifica-se que para concretização da dignidade, dentre os direitos básicos a serem garantidos é o direito a saúde, que possui um caráter dual dotado de subjetivo e difusividade, no que se consagra que não é possível proporcionar uma vida digna a uma população sem um patamar mínimo de direitos sociais, dentre estes o direito à saúde (MENDES; BRANCO, 2017). Nesse contexto, o Ministro do Supremo Tribunal Federal, Gilmar Ferreira Mendes, em sua obra, destaca:

A dimensão individual do direito à saúde foi destacada pelo Ministro Celso de Mello, do Supremo Tribunal Federal, relator do AgR-RE 271.286-8/RS, ao reconhecer o direito à saúde como um direito público subjetivo assegurado à generalidade das pessoas, que conduz o indivíduo e o Estado a uma relação jurídica obrigacional. Ressaltou o Ministro que “ a interpretação da norma programática não pode transformá-la em promessa constitucional inconsequente”, impondo aos entes federados um dever de prestação positiva. Concluiu que “ a essencialidade do direito à saúde fez com que o legislador constituinte qualificasse como prestações de relevância pública as ações e serviços de saúde (art. 197)”, legitimando a atuação do Poder Judiciário nas hipóteses em que a Administração Pública descumpra o mandamento constitucional em apreço (MENDES; BRANCO, 2017, p. 597).

Tocantemente à dignidade humana, há dois elementos que a caracterizam: o elemento positivo e o elemento negativo. O elemento negativo refere-se à proibição de se impor tratamento ofensivo, degradante ou ainda discriminação odiosa a um ser humano., já o elemento positivo consagra a defesa de existência de condições materiais mínimas para a sobrevivência, no que a saúde exerce um papel crucial para concretização da vertente positiva da dignidade da pessoa humana (RAMOS, 2017). Nesse sentido, o legislador impôs

o investimento mínimo, de cada ente federativo para investimento na área da saúde para consagrar um patamar mínimo:

A lei dispõe que, anualmente, a União aplicará em ações e serviços públicos de saúde o correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (art. 5º, caput). Os Estados e o Distrito Federal deverão aplicar, no mínimo, 12% da arrecadação de impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam o art. 157, a alínea a do inciso I e o inciso II do caput do art. 159, todos da Constituição Federal (art. 6º), enquanto Municípios e Distrito Federal deverão aplicar, no mínimo, 15% da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam o art. 158 e a alínea b do inciso I do caput e o § 3º do art. 159, todos da Constituição Federal (art. 8º) (MENDES; BRANCO, 2017, p. 599-600).

Nesse diapasão, de suma relevância destacar que a Constituição de 1988 adotou a sistemática preconizada pelo federalismo cooperativo, em que o Estado, norteado através dos compromissos de bem-estar social, deve objetivar e concretizar a isonomia material, bem como a atuação conjunta para erradicação das grandes desigualdades sociais e econômicas, prestando assistência ao indivíduo na concretização de seus direitos básicos como a saúde. Para tais fins, foi dado destaque à distribuição de receitas pelo produto arrecadado e ampliada participação de Estados e Municípios na renda tributária (ABRUCIO; COSTA, 1998 *apud* MENDES; BRANCO, 2017, p. 602).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vislumbra-se que a dignidade da pessoa humana é fundamento constitucional que semeia sua força normatiza por todo ordenamento pátrio, eis que é um destaque na ordem constitucional. Sendo assim, com o objetivo de concretizar o bem-estar social dos indivíduos a constituição cidadã consagra os direitos sociais, dentre os quais se destaca o direito à saúde, que deve ter um patamar mínimo atingido para se garantir uma vida digna.

O constituinte estabeleceu investimentos mínimos através do federalismo cooperativo para garantir orçamento básico para a saúde, de tal norma visualiza-se a força

normatiza da dignidade da pessoa humana. Deste modo, por fim, destaca-se que o direito à saúde é um direito fundamental que necessita da atitude positiva do Estado para sua efetiva concretização, ante o dever constitucional.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 05 de outubro de 1988. 20. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2017.

CAVALIERI FILHO, Sergio. **Programa de Sociologia Jurídica**. 11 ed, 2 tir. Rio de Janeiro: Editora Forense, 2005.

JAYME, Fernando Gonzaga. **Direitos humanos e sua efetivação pela Corte Interamericana de Direitos Humanos**. Belo Horizonte: Del Rey, 2005.

MENDES, Gilmar Ferreira Mendes; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. **Curso de direito constitucional**. 12. ed. rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2017.

OLIVEIRA, Antônio Ítalo Ribeiro. O mínimo existencial e a concretização do princípio da dignidade da pessoa humana. In: **Revista Jus Navigandi**, Teresina, 2016. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/50902/o-minimo-existencial-e-a-concretizacao-do-principio-da-dignidade-da-pessoa-humana>>. Acesso em 11 abr. 2019.

RAMOS, André de Carvalho. **Curso de Direitos Humanos**. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 2017.

A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA À LUZ DO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO

MATHIAS, Beatriz Guimarães¹⁴
FONTE BOA, Regiane Cardoso da Silva¹⁵
GONÇALVES, Vivian de Almeida¹⁶
NUNES, Neuza Maria de Siqueira¹⁷
RANGEL, Tauã Lima Verdan¹⁸

INTRODUÇÃO

O presente trabalho discorre sobre a violência obstétrica no cenário brasileiro, citando a evolução do parto, que com o passar do tempo, deixa de ser mais intimista e naturalizado, conduzido por parteiras, para ser conduzido por profissionais da saúde. Tais profissionais, ao se julgarem detentores do saber científico e ignorando os direitos das mulheres em terem um parto seguro e tranquilo, praticam ações danosas a mulher, que podem ser traumáticas.

Ademais, apresenta o conceito desta modalidade de violência, que pode ser entendido como todos os procedimentos, físicos, verbais ou psicológicos inapropriados durante a gestação, parto, pós-parto ou abortamento, nos quais a mãe é submetida. Como uma grave violação dos direitos humanos, reprodutivos e sexuais das mulheres, é necessária a punição judicial para os profissionais que a praticam.

¹⁴ Graduanda do Curso de Direito da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade de Bom Jesus do Itabapoana. E-mail: beatrizguirmath98@gmail.com;

¹⁵ Graduanda do Curso de Direito da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade de Bom Jesus do Itabapoana. E-mail: regianecardoso028@gmail.com;

¹⁶ Graduanda do Curso de Direito da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade de Bom Jesus do Itabapoana. E-mail: almeidavivian05@gmail.com;

¹⁷ Professora orientadora. Mestra em Economia Empresarial. Professora da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade de Bom Jesus do Itabapoana. E-mail: neuzamsnunes@gmail.com

¹⁸ 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

Tais violações não estão previstas em lei federal específica, contudo, o sistema jurídico brasileiro já possui legislação genérica estadual acerca desta violência. Além disso, são promovidos debates acerca do assunto e projetos de leis a Constituição Federal de 1988 promove a garantia de direitos a todo cidadão brasileiro, se aplicando também às mulheres, como o direito a saúde.

É explicitado que apesar das informações chegarem através das redes sociais, por motivos de não ter acesso à internet, muitas mulheres não são informadas acerca da violência obstétrica e a maneira na qual ocorre, assim, o número de vítimas continua elevado.

MATERIAIS E MÉTODOS

A pesquisa adotada neste trabalho é de natureza básica, com caráter exploratório, tendo como procedimento aplicado à pesquisa bibliográfica, com base em leituras de artigos que discorriam sobre o tema abordado. Ademais, não é objetivo desta exposição o esgotamento da matéria, mas, sim, a contribuição para a fomentação da mesma.

DESENVOLVIMENTO

Com o passar do tempo, o cuidado prestado à mulher durante o processo do parto sofreu muitas modificações decorrentes da medicalização e institucionalização deste, do desenvolvimento da medicina e dos avanços tecnológicos. No passado, o parto era acompanhado por mulheres em ambiente domiciliar, por parteiras ou comadres, que eram pessoas de experiência reconhecida na comunidade ou de confiança da gestante, que tinham algum saber acerca dos mecanismos de reprodução. (BRUGEMANN, 2001, p. 23-26; PROGIANTI, BARREIRA, 2001, p. 91-97.).

Sendo assim, com o avanço da Medicina, em especial na área obstétrica, “o parto passou a ser em ambiente hospitalar, de modo que deixou de ser um evento íntimo e familiar e transformou-se em um evento médico-institucional, com a presença de várias

peessoas, realizando o parto”. (BELLI, 2013, *on line*). Com isso, a mulher, que antes tinha o papel de protagonista ao dar à luz, se transformou em objeto uma vez que, através de novas técnicas e intervenções, os profissionais da saúde passaram a conduzir tal evento. (FAUSTINO, 2016, p. 3-4).

Sendo assim, apesar da mudança positiva na qual em caso de complicações no processo do parto é possível uma intervenção médica para melhor suporte à saúde do recém-nascido e da mãe, evidenciando um avanço em relação aos tempos passados, deve ser explicitado que as condutas intervencionistas podem se revestirem de uma suposta segurança, de modo que muitos médicos, por se julgarem detentores do saber científico, julgam desnecessária fornecer a mulher informações acerca da gravidez, bem como de receber o consentimento da mulher. (FAUSTINO, 2016, p. 4).

Tais atitudes de não fornecimento de informações, bem como diversas práticas médicas inadequadas, configuram a violência obstétrica, que segundo Pulhez (2013, p. 1), é aquela violência praticada contra a mulher em ambientes hospitalares no momento do parto. O termo violência obstétrica foi introduzido no meio acadêmico pelo Dr. Rogério Pérez D’Gregorio, que é presidente da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia da Venezuela. (RODBARD, 2015, p. 13). Segundo Andrade entende-se por violência obstétrica:

[...] qualquer ato exercido por profissionais da saúde no que concerne ao corpo e aos processos reprodutivos das mulheres exprimidos através de uma atenção desumanizada, abuso de ações intervencionistas, medicalização e a transformação patológica dos processos de parturição fisiológicos. (ANDRADE, 2014, p.1)

Desse modo, o abuso de determinadas ações, por determinados profissionais de saúde durante o tratamento da mulher em momentos reprodutivos pode ser caracterizado como violência obstétrica. Ademais, entende-se o parto como um momento em que os cuidados médicos desenvolvidos pelos profissionais devem colocar a mulher em posição de protagonista e as intervenções médicas não devem ter o papel predominante. (RODBARD, 2015, p. 13). Nesta toada, Andrade argumenta:

O parto é um momento único e inesquecível na vida da mulher, quando o cuidado despendido pelos profissionais deveria ser singular e pautado no protagonismo da mulher, tornando-o mais natural e humano possível. Distintamente de outros acontecimentos que necessitam de cuidados hospitalares, o processo de parturição é fisiológico, normal, necessitando, na maioria das vezes, apenas de apoio, acolhimento, atenção e humanização. (ANDRADE, 2014, p.3)

Neste sentido, observa-se a amplitude da violência obstétrica, sendo notório que esta modifica o processo de parto, que deveria ser um processo natural e tranquilo, o tornando em um processo complicado e possivelmente traumático. Com isso, é importante ressaltar a especificação das práticas e ações que são danosas para mulher, que são, “um conjunto grande de práticas que são danosas para a mulher, entre elas: violências institucionais; violências verbais dos profissionais de saúde; procedimentos desnecessários; despreparo profissional” (RODBARD, 2015, p. 14).

Existem ainda outras formas de violência obstétrica por parte dos profissionais de saúde, como aponta Sena (2012): realizar o exame de toque de forma dolorosa; negar algum tipo de alívio para dor; gritar, humilhar, bater ou empurrar a paciente; não informar o procedimento que está realizando; assediar sexualmente. Essas são algumas práticas que podem ser consideradas como violência obstétrica. (RODBARD, 2015, p. 16).

O assunto foi introduzido no Brasil através da Convenção de Belém do Pará- Convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher- constitui um grande avanço na proteção internacional dos direitos femininos. Essa Convenção foi editada, no âmbito da OEA, em 1994, e ratificada pelo Brasil no ano de 1995. Outros Tratados e Convenções Internacionais que tratam a matéria da violência obstétrica de forma direta, conceituando os direitos sexuais reprodutivos e demais elementos são a Convenção do Cairo e de Pequim. (FAUSTINO, 2016, p. 5; RODBARD, 2015, p.20).

No Brasil, há uma lacuna legislativa no que diz respeito à norma concernente à violência obstétrica, pois mesmo havendo casos recorrentes de informações e relatos de abusos cometidos no atendimento às mulheres grávidas, o que existe são movimentos de grupos, que se mobilizam através de ONG's e associações, de defesa às mulheres que são vítimas dessas agressões, com o intuito de trazer o debate e a reflexão à sociedade, com o

objetivo maior de que o Congresso Nacional possa criar uma Lei específica para a matéria em comento. (FAUSTINO, 2016, p.21)

No âmbito jurídico tal violência é tratada ainda através de legislação genérica estadual, através de leis como a do estado de Santa Catarina: a Lei 17.097, de 17 de janeiro de 2017 e dos projetos de lei como o estado de São Paulo: o Projeto de Lei 1.130, de 2017 e os de número 7.633/2014 (de autoria do deputado Jean Wyllys), 8.219/17 (de autoria do deputado Francisco Floriano) e 7.867/17 (de autoria da deputada Jô Moraes). Todavia, embora não haja lei federal específica, os atos de violência obstétrica podem caracterizar fatos típicos e antijurídicos, já previstos no Código Penal, como os crimes de homicídio, de lesão corporal, de omissão de socorro e contra a honra. (PAES, 2018, online)

A Constituição Federal de 1998 contém o princípio da igualdade e dispõe sobre o direito à plena assistência à saúde. A Carta Magna enuncia de forma original o dever do Estado de coibir a violência contra as mulheres, que inclui, portanto, o dever de prevenir e punir a violência obstétrica. O artigo 5º dispõe o seguinte: “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”. (PAES, 2018, online)

Por outro viés, observa-se que a Constituição Federal de 1988, traz os direitos que são garantidos ao cidadão e, conseqüentemente, são aplicáveis à mulher em momentos de cuidados obstétricos, são eles: direito à saúde; direito à dignidade; direito à integridade, previsto no art. 5º da Constituição Federal; direito à privacidade. (RODBARD, 2015, p.25)

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nota-se que no Brasil o conhecimento da população deste tipo de violência é oriundo das redes sociais, segundo Pulhez:

Um dos resultados concretos dessa tentativa de ampla divulgação no Brasil desta forma de violência é o documentário “Violência Obstétrica – A voz das brasileiras”, produzido por autora de um blog materno. O intuito do

vídeo foi “dar visibilidade e eliminar de uma vez por todas” a práticas recorrentes em hospitais que configurariam situações de violência. Exibido on-line em postagens coletivas de diversos blogs da Internet, em 25 de novembro do mesmo ano, ele teve o claro objetivo de associação do termo “violência obstétrica” ao termo “violência contra a mulher”, dado o Dia Internacional da Luta para a Eliminação da Violência Contra as Mulheres (PULHEZ, 2013, p. 2)

No entanto, mesmo com o conhecimento ainda em caráter superficial da população, uma vez que muitas mulheres não têm acesso à internet (segundo GOMES, 2018, em entrevista ao jornal G1, 63,3 milhões de pessoas que se mantêm off-line), há um grande número de casos de mulheres que sofreram tal modalidade de violência como nos mostra o quadro a seguir. (RODBARD, 2015, p.18)

Quadro 1. Violências sofridas durante o atendimento ao parto

Descrição	Porcentagem
Sofreram algum tipo de violência no atendimento ao parto	25 %
Fez exame de toque de forma dolorosa	10 %
Negou ou deixou de oferecer algum tipo de alívio para dor	10 %
O profissional gritou com a mulher	9 %
Não informou sobre o procedimento que estava realizando	9 %
O profissional se negou a atender	8 %
O profissional humilhou ou xingou	7 %
O profissional empurrou	1 %
O profissional bateu na paciente	1 %
O profissional assediou sexualmente	1 %

Fonte: SENA, Ligia Moreira. Violência obstétrica é violência contra a mulher – avaliação das mulheres sobre os cuidados recebidos durante a internação para o parto e nascimento. Curitiba: BC, 2012, p. 73.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como se verificou no presente texto é notório o enraizamento da violência e o tratamento desta com naturalidade na sociedade brasileira, de modo que, as vítimas se tornam incapazes de realizarem a identificação e o reconhecimento das ações e procedimentos abusivos. Observa-se então, que em muitos casos, por medo, ou falta de informação, as mulheres não denunciam ou até mesmo nem percebem os atos abusivos.

Ademais, é importante salientar que, apesar dos princípios fundamentais, como o da dignidade e o da liberdade humana respaldarem e garantirem às mulheres o direito de terem um parto seguro e com respeito, a não tipificação legal faz com que o número de vítimas continue elevado.

Sendo assim, é de extrema importância a promoção dos debates tanto no meio social como no jurídico acerca da violência obstétrica, visando uma mudança de comportamento, de modo a assegurar a parturiente e ao bebê, um cuidado de acordo com as diretrizes estabelecidas pela OMS, informando a população sobre as formas que acontecem tais atos e como denunciar.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Brena Padilha; AGGIO, Cristiane de Melo. Violência obstétrica: a dor que cala. In: III Seminário de Gênero e Políticas Públicas, **ANAIS...**, Londrina, 27-29 mai. 2014, p. 1-7. Disponível em:
<http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/GT3_Briena%20Padilha%20Andrade.pdf>. Acesso em 19 mai. 2019.

BELLI, Laura. La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. In: **Revista Red Latinoamericana y Del Caribe de Bioética**, [S.l.], a. 4, v. 1, n.7 jan.-jun. 2013, p. 25-34. Disponível em: <<https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/12868>>. Acesso em 19 mai. 2019.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 05 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRUGMANN, Odaléa Maria. Resgatando a história obstétrica para vislumbrar a melodia da humanização. In: ZAMPIERE, Maria de Fátima Mota; OLIVEIRA, Maria Emília de; BRUGMANN, Odaléa Maria. **A melodia da humanização: reflexões sobre o cuidado no processo de nascimento**. Florianópolis (SC): Cidade Futura, 2001.

FAUSTINO, Hélio Ribeiro. **Violência Obstétrica**. Brasília, 2016, p. 3-4, 5, 21. Disponível em: <http://nippromove.hospedagemdesites.ws/anais_simposio/arquivos_up/documentos/artigos/dbe597c8b1dff4f355b5ba31be97b247.pdf>. Acesso em mai. 2019.

GOMES, Helton Simões. Brasil tem 116 milhões de Pessoas Conectadas à Internet, diz IBGE. 2018, online. In: **G1**: portal eletrônico de informações. Disponível em:

<<https://g1.globo.com/economia/tecnologia/noticia/brasil-tem-116-milhoes-de-pessoas-conectadas-a-internet-diz-ibge.ghtml>>. Acesso em mai. 2019.

PAES, Fabiana Dal'mas Rocha. Violência Obstétrica, Políticas Públicas e a Legislação Brasileira. 2018, online. In: **Revista Consultor Jurídico**. Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/2018-out-08/mp-debate-violencia-obstetrica-politicas-publicas-legislacao-brasileira>>. Acesso em mai. 2019.

PROGIANTI, Jane Márcia; BARREIRA, Ieda de Alencar. A obstetrícia, do Saber Feminino à Medicalização: da Época Medieval ao Século XX. In: **Revista Enfermagem UERJ**, v. 9, jan.-abr. 2001, p. 91-97. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=284374&indexSearch=ID>>. Acesso em 19 mai. 2019.

RODBARD, Ana Cristine. **A Violência Obstétrica no Ordenamento Jurídico Brasileiro**. 43f. Monografia (Bacharel em Direito) – Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba, 2015. Disponível em: <<https://tcconline.utp.br/media/tcc/2016/02/A-VIOLENCIA-OBSTETRICA-NO-ORDENAMENTO-JURIDICO-BRASILEIRO.pdf>>. Acesso em mai. 2019.

SEM NOVOS AVANÇOS NA SAÚDE PÚBLICA, OCORRE O RISCO DE RETROCESSO

SOBRAL, Brenda Ferreira¹⁹
SILVA, Éllida de Souza Batista²⁰
SILVA, Udson André Sousa da²¹
NUNES, Neuza de Maria Siqueira²²
RANGEL, Tauã Lima Verdan²³

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como objetivo analisar o direito à saúde como normas programáticas, a falta de avanços em nosso país e o risco do retrocesso. A situação da saúde pública é precária. No decorrer deste trabalho, serão visualizados os prós e contras em relação ao tema abordado, as normas programáticas estabelecem uma orientação ao Estado, apontando uma finalidade social, para que seja uma tentativa de ajudar a população.

A consequência de tudo isso, é de extrema preocupação, tanto para a população, quanto para médicos e todos os que trabalham nesta área. Os problemas vão desde a falta de medicamentos, desvio de verbas, insuficiência dos profissionais que atuam nessa área, até a falta de leito em UTIs e prontos socorros, isso é causado pela superlotação, pois a maioria dos hospitais, não suportam a quantidade de pacientes.

¹⁹Graduanda do Curso de Direito da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade Bom Jesus do Itabapoana. E-mail: ferreir_brenda@outlook.com;

²⁰ Graduanda do Curso de Direito da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade Bom Jesus do Itabapoana. E-mail: ellidadesouzabatista@outlook.com;

²¹ Graduando do Curso de Direito da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade Bom Jesus do Itabapoana. E-mail: udsonandre72@hotmail.com

²²Professora orientadora. Mestra em Economia Empresarial. Professora da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade de Bom Jesus do Itabapoana. E-mail: neuzamsnunes@gmail.com;

²³Professor 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* que discorriam sobre o tema abordado.

DESENVOLVIMENTO

A saúde pública é aquela voltada para os atos de preservação da saúde da sociedade, assegurando um tratamento apropriado e a precaução de doenças. No Brasil, a saúde pública é regulada pela conduta do Estado, por meio do Ministério da Saúde e demais secretarias municipais e estaduais. A finalidade básica da saúde pública é certificar que todos os cidadãos tenham acesso ao atendimento médico de qualidade (MAGALHÃES, 2018). O direito à saúde se insere na órbita dos direitos sociais constitucionalmente garantidos. Trata-se de um direito público subjetivo, uma prerrogativa jurídica indisponível assegurada à generalidade das 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).

Uma vez que a saúde se tipifica como um bem jurídico indissociável do direito à vida, é certo que o Estado tem o dever de tutelá-la. Consoante André da Silva Ordacgy apresenta:

A Saúde encontra-se entre os bens intangíveis mais preciosos do ser humano, digna de receber a tutela protetiva estatal, porque se consubstancia em característica indissociável do direito à vida. Dessa forma, a atenção à Saúde constitui um direito de todo cidadão e um dever do Estado, devendo estar plenamente integrada às políticas públicas governamentais. (ORDACGY, 2007, s.p)

O fenômeno da judicialização da saúde, que se intensificou nos últimos anos, ocasionando a expedição mensal de milhares mandados em todo o país, tornou-se preocupante para o Estado. De acordo com Miriam Ventura (2007), em reportagem publicada pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, a judicialização envolveria a eterna dicotomia entre o individual e o coletivo, sendo que, ao mesmo tempo em que o Judiciário evitaria violações de direito por parte do Estado, favoreceria o individualismo e a noção de que o Sistema Único de Saúde não funciona.

Neste sentido, à luz das disposições constitucionais, não se pode esquecer que o Sistema Único de Saúde (SUS) apresenta como objetivo primário responder as necessidades locais da população e de cuidar de questões que intervêm na averiguação da saúde, como o meio ambiente, a vigilância sanitária, a fiscalização de alimentos, entre outros.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com o mostrado no Gráfico 1 (abaixo), a maioria dos entrevistados, 40,7%, não sabia ou não respondeu o que vem a ser o SUS, após esses, 22,2% determinam o SUS como um programa de saúde para carentes, e 18,5% que o indicam segundo o princípio da globalização. No Brasil, o combate pelo direito à saúde é inerente à luta pela soberania popular e pela preservação jurídica dos direitos humanos (PASCHE; HENNINGTON; ESCOREL, 2006, p.19-40).

Gráfico 1 - Definição do Sistema Único de Saúde (SUS) pelos profissionais do Programa de Saúde da Família



Fonte: (PSF, 2003)

Sendo assim, o Sistema Único de Saúde (SUS) é consequência da conexão de uma série de forças políticas e sociais em auxílio da saúde como bem público e, conjuntamente, é o aspecto como o Estado brasileiro se promoveu para estabilizar as políticas de saúde no país (VASCONCELOS; PASCHE, 2006, p.531-562).

O modelo que o SUS exerce uma percepção ampla da saúde, pretendendo dominar o entendimento dominante desta como inexistência de doença, com base no estudo das conclusões dos condicionantes culturais, sociais, econômicos e bioecológicos (VASCONCELOS; PASCHE, 2006) e, concomitante, articulação intersetorial e com a comunidade para a redução da fragilidade e perigos, se envolve com a Promoção da Saúde (MALTA et al, 2014).

A Promoção da Saúde, compromisso legal do SUS (BRASIL, 1988), associa-se à elaboração apresenta na Carta de Ottawa, documento em que diversos países se autenticam como atos de saúde aquelas que planejem a redução das desigualdades em saúde, assegurando oportunidade a toda sociedade para obter escolhas que sejam mais pertinentes à saúde e serem, portanto, intérpretes no método de produção da saúde e aperfeiçoamento da qualidade de vida (MALTA; CASTRO, 2009, p. 63-71).

CONCLUSÃO

A partir dessa pesquisa pode-se concluir que a saúde é um direito fundamental e não uma norma de cunho programático, gerando, por conseguinte, para os aplicados, o direito subjetivo de exigir do Estado fornecimentos no sentido de garantir acesso global as ações e serviços públicos, como proteção e recuperação, de acordo com o que está disposto na Constituição Federal do Brasil.

Contudo, a eficiência instantânea disposta no art. 5º, §1º, da Constituição Federal, não tem a propriedade de, por si só, garantir a finalidade de todos os direitos essenciais sociais momentâneos, apesar de servir para fortalecer a segurança de um direito subjetivo à legislação.

A melhoria dos aspectos que estão em escassez, irá contribuir com a gestão, na organização, na estrutura física, na demora que acontecem nos atendimentos, no controle de medicamentos e na precaução de óbitos, com isso contribuirá também com o Estado.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

ESCOREL, S. **Reviravolta na Saúde, origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999.

MAGALHÃES, Lana. **Saúde pública no Brasil**. Disponível em: <<https://www.todamateria.com.br/saude-publica-no-brasil/>> Acesso em 15 maio 2019.

MALTA, D. C., CASTRO, A. M. Avanços e resultados na implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde. In: **Boletim Técnico do SENAC**, v. 35, 2009, p. 63-71

MALTA, D. C. et al. A implementação das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde, um balanço, 2006-2014. In: **Cien. Saúde Colet.**, São Paulo, v. 19, n. 11, 2014, p. 4.301-4.312. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014001104301&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em 22 mai. 2019.

ORDACGY, André da Silva. **A tutela de direito de saúde como um direito fundamental do cidadão**. Disponível em: <http://www.dpu.gov.br/pdf/artigos/artigo_saude_andre.pdf>. Acesso em 17 maio 2019

PASCHE, D. F., HENNINGTON, E. A. Promoção da Saúde e o Sistema Único de Saúde. In: CASTRO, A; MALO, M. **SUS: resignificando a promoção da saúde** São Paulo: Hucitec, 2006.

VASCONCELOS, C. M., PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. *et al* (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006.

VENTURA, Miriam. **Judicialização da saúde: a balança entre acesso e equidade**. Disponível em <http://www.cebes.org.br/default.asp?site_Acao=mostraPagina&paginaId=134&mNoti_Acao=mostraNoticia¬iciald=174> Acesso em 17 mai. 2019.

O DIREITO À SAÚDE COMO ELEMENTO MÍNIMO EXISTENCIAL SOCIAL

CABRAL, Carulini Polate²⁴
FREITAS, Gabriela Caetano ²⁵
LEPRE, Lucas Nunes²⁶
NUNES, Neuza de Maria Siqueira²⁷
RANGEL, Tauã Lima Verdan²⁸

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como principal objetivo evidenciar o direito à saúde como um direito fundamental para a garantia da dignidade da população enquanto indivíduo. Dessa maneira, busca-se realizar uma pesquisa visando a exposição do contexto histórico e a justificação do decadente processo de saúde. Sabe-se que o tema se encontra explícito e/ou implícito em várias partes da Constituição até então vigente o que evidencia sua grande importância e sua necessidade de aplicação no meio social.

É importante salientar que as questões acerca da efetividade e eficácia do direito à saúde como direito social foram e ainda são muito debatidas. Alguns programas foram criados para garantir essa seguridade, porém, o pouco investimento torna a situação complicada. O SUS, por exemplo, é um dos maiores programas de inclusão social da América

²⁴Graduanda do Curso de Direito da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade de Bom Jesus do Itabapoana. E-mail: carulinipcabral@gmail.com;

²⁵Graduanda do Curso de Direito da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade de Bom Jesus do Itabapoana. E-mail: gabrielafreitas9922@gmail.com;

²⁶Graduando do Curso de Direito da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade de Bom Jesus do Itabapoana. E-mail: lucaslepre16@gmail.com;

²⁷Professora orientadora. Mestra em Economia Empresarial. Professora da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade de Bom Jesus do Itabapoana. E-mail: neuzamsnunes@gmail.com;

²⁸Professor 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

Latina, porém, embora ele garanta o acesso de toda população, principalmente a mais carente, à saúde, ele ainda deixa muito a desejar, seja pela falta de interesse por parte do Estado seja pela falta de cobrança por parte da população.

O Direito à saúde é considerado como um direito mínimo existencial que, por sua vez, é o direito fundamental para a garantia da existência de uma vida digna. De um, outro ponto de vista, pode ser mencionada a alegação do estado da Reserva do possível afirmando que este não possui condição financeira suficiente para garantir a grande eficácia do sistema de saúde. O trabalho discorrerá a partir deste viés e tem o intuito de mostrar o direito à saúde como um direito mínimo garantindo ao cidadão em diversas partes da CF/88.

MATERIAL E MÉTODOS

O método empregado para a elaboração do trabalho foi o método indutivo, buscando sempre a utilização, revisão e diversas consultas às informações, leis e dados através de revistas, artigos científicos e consultas em sites jurídicos. Para o desenvolvimento desta pesquisa e tendo em vista o tema sugerido, foram coletados e organizados diversos dados em referências teóricas de autores como Tauã Lima Verdan Rangel, Eugênio Vilaça Mendes e outros. Ainda foi de grande utilidade a leitura de artigos com o objetivo de refletir a efetividade e eficácia do direito à saúde como direito fundamental.

DESENVOLVIMENTO

A saúde está no rol dos direitos mínimos existenciais que proporciona a existência da vida do indivíduo. Esta se equipara ao próprio direito à vida, tendo o Estado, o dever e obrigação de assegurá-la e garanti-la à toda população, de acordo com as afirmações de Guimarães e Sobrinho (2013, s.p), “o direito a saúde deve ser efetivado pelo Poder Público, pois não basta só positivar a saúde como um direito fundamental do cidadão, o Estado deve adotar medidas para que esse direito seja concretizado”.

Neste sentido, a saúde constitui-se como um Direito básico para vivência de todos

cidadãos, sendo este, assegurado em lei pela constituição. Nesta última, destaca-se o papel positivista do Estado, como provedor e garantidor deste direito fundamental. Tal afirmação pode ser vista na fala de Dias, Silva e Rangel (2016, s.p): “os direitos fundamentais sociais são aqueles que visam proporcionar a sociedade uma vida digna, podendo gozar de direitos que não serão retirados de si, mas garantidos pelo Estado”.

Nascimento (2017, s.p.), ainda, complementa a visão mencionada anteriormente, falando do papel do Estado, e afirmando que o direito à saúde é algo inerente ao próprio direito à vida. O autor, ainda, diz que esse direito deve ser proporcionado para toda a população, sem exceções, através de políticas de prevenção e tratamento, além de assistência psicológica, médica e jurídica para que ocorra a efetivação da garantia deste direito ocorrendo o princípio da igualdade (NASCIMENTO, 2017).

Sobre o direito à saúde, é importante salientar o papel do Estado para sua garantia. Como afirma a Ordacgy (2017, s.p), “a Saúde encontra-se entre os bens intangíveis mais preciosos do ser humano, digna de receber a tutela protetiva estatal, porque se consubstancia em característica indissociável do direito à vida”. Desta feita, é de suma importância que o Estado exerça seu papel, agindo de forma efetiva.

Contudo, tal efetivação só ganhou força a partir de 1988, com a Constituição promulgada naquele ano. Esta teve como visão a melhor condição de vida das pessoas, estabelecendo mudanças significativas, como descreve Dias, Silva e Rangel (2016, s.p), “uma ruptura paradigmática na realidade jurídica vigente no território nacional. Neste sentido, a elevação da dignidade da pessoa humana como pilar estruturante da República Federativa do Brasil”.

A Constituição continua vigente até os dias atuais, podendo-se destacar alguns de seus aspectos e como ela promoveu mudanças expressivas, visto que o Direito se altera, por ser mutável, de acordo com as necessidades e avanços da sociedade. A CF/88 se destaca por realizar a positivação desse Direito até então natural, para que assim, ocorra uma garantia a população brasileira na lei, como afirma Dias, Silva e Rangel (2016, s.p), “estampada no artigo 1º, inciso III, traz consigo uma série de consequências, sobretudo no que se relaciona à atuação do Estado no processo de concretização de direitos”.

Embora a saúde pública esteja pautada na Constituição de 1988, em destaque no dispositivo 196, não se pode aplicá-la indistintamente em todas as situações. Nascimento (2017) disserta a respeito do papel do Poder Público: “o Poder Público encontra-se amparado por limites orçamentários, e a população necessita de demais direitos além da saúde, como educação, segurança, alimentação, transporte, lazer, dentre outros”.

Para acontecer tal implementação é necessária a ação do Estado com o uso de políticas públicas e estas por sua vez, dependem da disponibilidade de recursos. Esta é, então, a chamada reserva do possível, sendo a justificativa que o governo mais usa, para tentar amenizar a sua ausência, como afirma Cunha (2010, s.p), “a válvula de escape mais utilizada pela administração pública para, o não cumprimento deste e de outros direitos fundamentais, reside justamente no argumento de que não há verbas para implementá-los”.

O Estado, para se abster de suas funções em promover a saúde, se sustenta na Teoria da Reserva do Possível, teoria esta que surgiu na Suprema Corte Alemã, na década de 1970. De acordo com Araújo, Soares e Rangel (s.d., s.p), “somente se pode exigir do Estado à prestação em benefício do interessado, desde que observados os limites de razoabilidade”. Esta fala pode ser complementada por outros autores como Dias, Silva, Rangel (2016, s.p), “originado na Alemanha, o mínimo existencial é uma concepção que baseou-se no princípio da dignidade humana. Tendo em vista algumas necessidades”.

É preciso que as necessidades básicas sejam supridas para que a população tenha pleno desenvolvimento. Vale ressaltar que este é um dos direitos fundamentais e, como tais, visam o mínimo de dignidade para que haja vida, e não apenas sobrevivência. A luta para positivar e caracterizar esse direito não é recente, como Alexandrino (2008) ressalta.

Ele classifica direitos fundamentais como sendo “bens em si mesmo considerados, declarados como tais em textos constitucionais” (ALEXANDRINO; PAULO, 2008). O autor ainda diferencia direitos fundamentais de garantias fundamentais, que seriam os instrumentos presentes nos textos constitucionais a fim de proteger os direitos fundamentais propriamente ditos. Assim sendo, “as garantias possibilitam que os indivíduos façam valer frente ao Estado, os seus direitos fundamentais” (ALEXANDRINO; PAULO, 2008,

p.96).

É importante entender como se configura o Estado de Direito e sua relação com as pessoas, como afirma Luño (1995, p.19 *apud* MACHADO; MATEUS, 2010, s.p), “o Estado de Direito e os direitos fundamentais estabelecem uma relação mútua, pois o Estado de Direito, necessita da dependência, funcionalidade e garantia dos direitos fundamentais”. Para a existência de um Estado de Direito, necessitam da positivação do direito, como afirma os autores mencionados anteriormente, Luño (1995, p.19 *apud* MACHADO; MATEUS, 2010, s.p), “direitos fundamentais como consequência, requerem para sua efetivação, a positivação e normatização, bem como as garantias por parte do Estado de Direito”.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O direito à saúde está implícito e/ou explícito em diversas passagens da Constituição como, por exemplo, no artigo 1º, inciso III, no que se refere à dignidade da pessoa humana. Já no artigo 5º, no que tange à igualdade de todos perante a lei, garantida a inviolabilidade do direito à vida. No artigo 6º, por sua vez, diz que a saúde é um dos direitos sociais e, principalmente, na seção II que principia no artigo 196 e se estende até o artigo 200, ao destacar que a saúde é um direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1988). O direito à saúde, como componente do mínimo existencial, só ganhou relevo realmente na Constituição de 1988, pois até não se falava de acesso à saúde como um direito fundamental.

O mínimo existencial é um direito essencial e fundamental que ocorre sem a necessidade da Lei para sua obtenção, visto que ela é inerente a todo cidadão. É um direito que possibilita que o ser humano tenha acesso às condições mínimas para uma vida digna, exigindo do estado a garantia da eficácia e aplicação desse direito. Como afirma Nascimento:

O mínimo existencial, portanto, abrange o conjunto de prestações materiais necessárias e absolutamente essenciais para todo ser humano ter uma vida digna. Ele é tão importante que é consagrado pela Doutrina como sendo o núcleo do Princípio da Dignidade da Pessoa Humana, previsto no artigo 1º, inciso III (NASCIMENTO, 2013, s.p).

E, segundo Nascimento, de outro lado temos a teoria da reserva do possível, como já dito anteriormente, surgiu na Alemanha e o Estado se utiliza desta teoria para alegar e justificar sua incapacidade de promover um atendimento eficiente e integral para todos aqueles que dependem de tal suporte (NASCIMENTO, 2013). Nascimento afirma que, quando o Estado se depara com algo caracterizado pelo mínimo existencial, alega que deve se levar em conta o saldo disponível, pois ele só utiliza aquilo que está dentro de seu orçamento (NASCIMENTO, 2013).

De um lado o cidadão exige do Estado a garantia do mínimo existencial e, em contrapartida, o governo se utiliza da reserva do possível para amenizar sua responsabilidade. Segundo Nascimento (2013), o direito à vida faz parte do mínimo existencial e este direito por sua vez, não assegura somente que o cidadão tenha direito a vida, e sim, direito a uma vida digna. Para garantir esse direito, pelo menos em parte, alguns programas foram criados pelo governo. Dentre eles, pode-se citar o Sistema Único de Saúde (SUS), Mendes afirma a importância de tal programa:

Ele é responsável exclusivo por 140 milhões de pessoas, já que 48 milhões de brasileiros recorrem ao sistema de saúde suplementar, muitos deles acessando concomitantemente o SUS em circunstâncias em que o sistema privado apresenta limites de cobertura (MENDES, 2013, s.p.).

Ainda segundo o mesmo autor, Mendes (2013, s.p.), “o SUS constituiu a maior política de inclusão social da história de nosso país”. Mendes (2013), ainda, afirma que este sistema fez da saúde um direito de todos e incorporou mais de cinquenta milhões de pessoas como portadores desse direito fundamental e fazendo com que, deste modo, “a figura odiosa do indigente sanitário” desaparecesse. É fato que o Brasil ainda investe pouco na área da saúde:

Os gastos públicos em saúde em nosso país são muito baixos quando comparados com outros países em dólares americanos com paridade de poder de compra. O gasto total em saúde é de US\$ 1.009,00, mas o gasto público *per capita* em saúde é de apenas US\$ 474,00 (MENDES, 2013, s.p.).

O valor que o país gasta é bem menor quando comparado com países desenvolvidos. O motivo pelo qual o Brasil investe tão pouco em saúde se dá ao fato de investir apenas 10,7% de todo o orçamento do governo o que representa uma quantia bem inferior quando comparado à países em pleno desenvolvimento e desenvolvidos (MENDES, 2013). O autor ora mencionado continua sua análise, segundo Mendes (2013, s.p.), “Estima-se que o faturamento *per capita* do sistema de saúde suplementar brasileiro é três vezes superior aos gastos *per capita* do SUS”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O direito à saúde foi consagrado na Constituição de 1988, onde a saúde ganhou destaque no artigo 6º e nos artigos que vão do 196º até ao 200º. Neste momento da história, pode-se dizer que esse direito chegou ao seu ápice e, a partir desse momento, a saúde começou a ser vista como um dever do Estado. Este por sua vez, passou a agir com o intuito de garantir ao cidadão a prestação e proteção desse direito, exigindo que os agentes econômicos, políticos e sociais garantam este mínimo necessário para a manutenção da dignidade da pessoa humana.

Levando-se em conta tudo o que foi falado anteriormente, é possível destacar que o direito à saúde é fundamental para a vida do cidadão. Esse direito está inteiramente ligado ao direito à vida, visto que este é inerente a todos. Fazendo-se a utilidade do mínimo existencial, a população tem o direito de exigir do Estado a garantia e efetivação do mesmo. O Estado por sua vez, faz, na reserva do possível, tudo o que é necessário para proporcionar esse direito à toda população de forma igualitária, universal e gratuita.

Além disso, o Sistema Único de Saúde foi criado com a finalidade de estabelecer a efetivação do direito não só para cada cidadão mas para a sociedade em geral. Porém, devido a diversos fatores como má gestão e a corrupção fazem com que este direito seja cada vez menos abrangente, se restringindo à um número bem inferior do que a quantidade procurada.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRINO, Marcelo; PAULO, Vicente. **Direito constitucional descomplicado**. 3 ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Forense; São Paulo: Método, 2008

ARAÚJO, C. S.; SOARES. H.P.; RANGEL. T.L. Teoria da reserva do possível versus direito à saúde: uma reflexão à luz do paradigma da dignidade da pessoa humana. In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, s.d.. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=19516&revista_caderno=4> Acesso em: 08 mai. 2019.

BRASIL. **Constituição Federal**. Planalto, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm> Acesso em: 15 mai. 2019.

CUNHA, Maria Neusa Fernandes da. Reserva do possível – Um termo para justificar a omissão do Estado. In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, 2012. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=11989> Acesso em: 10 mai. 2019.

DIAS, E.T.; SILVA, R. D da; RANGEL, T. L.V. Saúde em debate: o direito ao mínimo existencial social. In: **Jornal Jurid**, Uberaba, 2016. Disponível em: <<https://www.jornaljurid.com.br/doutrina/constitucional/saude-em-debate-o-direito-ao-minimo-existencial-social>> Acesso em: 03 abr. 2019.

GUIMARÃES, Marcia; PILAU SOBRINHO, Liton Lanes. O Direito à Saúde sob a Ótica do Mínimo Existencial e da Reserva do Possível. In: **Revista Eletrônica de Iniciação Científica**, Itajaí, v. 4, n.4, p. 574-594, 4 trim. 2013. Disponível em: <<https://www.univali.br/graduacao/direito-itajai/publicacoes/revista-de-iniciacao-cientifica-ricc/edicoes/Lists/Artigos/Attachments/960/Arquivo%2032.pdf>>. Acesso em: 06 mai. 2019.

MACHADO, D.H.G.; MATEUS, E. do N. Breve reflexão sobre a saúde como direito fundamental. In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, 2010. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=8747&revista_caderno=9> Acesso em: 18 mai. 2019.

MENDES, Eugênio Vilaça. 25 anos do Sistema único de saúde: resultados e desafios. In: **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 27, n. 78, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-40142013000200003&script=sci_arttext> Acesso em: 12 mai. 2019.

NASCIMENTO, Ana Franco do. 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: 03 abr. 2019.

NASCIMENTO, Suélen Pereira Coutinho do. Mínimo Existencial X Reserva do Possível. *Jusbrasil*: portal eletrônico de informações, 2013. Disponível em: <<https://antoniopires.jusbrasil.com.br/artigos/121940660/minimo-existencial-x-reserva-do-possivel>> Acesso em: 12 mai. 2019.

ORDACGY, André da Silva. A tutela de direito de saúde como um direito fundamental do cidadão. *In: Sítio Eletrônico Oficial da Defensoria Pública da União*: portal eletrônico de informação, s.d.. Disponível em: <http://www.dpu.gov.br/pdf/artigos/artigo_saude_andre.pdf> Acesso em: 09 mai. 2019.

PEREZ LUÑO, Antônio Enrique. *Los Derechos Fundamentales*. 6ed., 1995, Madrid: Tecnos, p.19.

SUTTO, Giovanna. Os 20 países mais ricos e desenvolvidos do mundo: O ranking geral de prosperidade avaliou 149 países em 104 critérios. *In: InfoMoney*: portal eletrônico de informação, 2018. Disponível em: <<https://www.infomoney.com.br/minhas-financas/turismo/noticia/7271145/paises-mais-ricos-desenvolvidos-mundo>>. Acesso em: 07 mai. 2019.

O DIREITO À SAÚDE DE GRUPOS VULNERÁVEIS: UMA ANÁLISE SOBRE O DIREITO À SAÚDE DAS MINORIAS SEXUAIS

CADEI, Gabriel Dutra²⁹
NUNES, Neuza Maria de Siqueira³⁰
RANGEL, Tauã Lima Verdan³¹

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como objetivo analisar o direito a saúde das minorias sexuais no Brasil garantido pelo artigo 6º da constituição desde 1998. Após ao período da ditadura civil-militar brasileira, começou-se a busca por melhores condições de vida e por um longo de um grande período finalmente foram conquistados os direitos. Começou-se pela constituição cidadã até finalmente a garantia de direito à saúde a toda população. O artigo 6º da Constituição Federal de 1988 acabou por ratificar os direitos populares e melhorar ainda mais a vida de toda a população brasileira. Por conta da criação desse artigo, foi necessária a criação de meios que regulamentariam e auxiliariam a saúde pública e, nesse viés, foi desenvolvido o sistema único de saúde, mais conhecido como SUS.

²⁹ Graduando do Curso de Direito da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade de Bom Jesus do Itabapoana. E-mail: Gabrieldutracadei@hotmail.com;

³⁰ Professora orientadora. Mestra em Economia Empresarial. Professora da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade de Bom Jesus do Itabapoana. E-mail: neuzamsnunes@gmail.com;

³¹ 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

Com a crescente visibilidade das minorias sexuais na comunidade internacional e os contínuos esforços de ONG's e outros atores globais para a afirmação dos direitos dessas minorias, iniciaram-se, em alguns países, discussões acerca do reconhecimento da condição de refugiado de indivíduos perseguidos em função de sua orientação sexual e/ou identidade de gênero. Esses avanços contribuíram para a percepção de que os indivíduos LGBTQ constituem um grupo vulnerável, vítima de marginalização social na maior parte dos países. (PAULA; SILVA; BITTAR, 2017, s.p)

Mostra-se indispensável à concepção de mecanismos de proteção a esse grupo de indivíduos, os quais conformam uma minoria, na acepção jurídica do termo. Contudo, ainda inexistente vontade política para instituir os referidos mecanismos, já que, em grande parte dos países, o Estado tolera a violação reiterada de direitos das minorias sexuais, isso quando não assume, ele próprio, o papel de violador de direitos dessas minorias. (OKITA, 2007, s.p).

Justamente em virtude dessas constantes violações de direitos fundamentais, a doutrina e a jurisprudência, em diferentes países, passaram a defender o reconhecimento do *status* de refugiado de indivíduos LGBTT perseguidos em seu país de origem ou de residência. Isso porque o direito ao acolhimento permite ao indivíduo perseguido, rejeitado pela sociedade da qual faz parte, iniciar uma nova vida em um país em que as suas diferenças serão respeitadas. No presente contexto, busca-se a possibilidade de as minorias sexuais conformarem um “grupo social”, nos termos previstos pela Convenção de 1951, com base nas diretivas interpretativas publicadas pelo ACNUR³⁴. (OKITA, 2007, p. 83).

Tratando especificamente das minorias sexuais, a diretiva do ACNUR aponta a existência de precedentes em diversos países – seguindo ambas as linhas de raciocínio supramencionadas – reconhecendo o status de refugiado de homossexuais com fundamento na pertença ao “grupo social”. (OKITA, 2007, p. 83). Deve-se destacar que nem toda perseguição às minorias sexuais é motivada, unicamente, pelo pertencimento ao grupo social: às vezes pode ser motivada por outra característica do perseguido, como sua opinião política, por exemplo, nos casos em que ele defender publicamente os direitos das minorias de que faz parte. Em situações como essa, o órgão responsável pelo exame. A ACNUR assinala, em síntese, que os Estados devem aplicar uma definição ampla, a qual envolva as duas linhas raciocínio supramencionadas de forma simultânea. (PAULA; SILVA; BITTAR, 2017, s.p).

A população LGBT, diferente das demais categorias, encontra-se, no âmbito federal, à margem da lei, ou seja, não há legislações assegurando, de forma direta, os direitos dessa população nas cinco categorias analisadas. Apesar de se ter observado a existência de normas no âmbito estadual, a partir da informação obtida no Ministério dos Direitos Humanos³⁷, a criação de uma lei protetiva para a categoria é de competência do âmbito federal, que ainda não foi editada. (BRASIL, 2008, p. 570)

Contudo, no Brasil, houve avanços em assegurar o direito de união estável e casamento dessa população, bem como o direito à adoção, em razão de decisões judiciais, referendadas por normativas do Conselho Nacional de Justiça. Porém, crimes cometidos contra a categoria LGBT são julgados da mesma forma que qualquer outro, sem prerrogativas processuais penais ou agravamentos de pena. A inexistência de leis, regulamentando a questão, fica, muitas vezes, a critério do Juiz, que diante do caso concreto, tem que decidir a questão, o que leva o caso a uma incerteza jurídica, pois há fortes divergências interpretativas entre os magistrados. (PAULA; SILVA; BITTAR, 2017, s.p).

Um dos primeiros a questionar esta criminalização foi o filósofo inglês Jeremy Bentham [1748–1832], que escreveu um texto, durante muito tempo não publicado, sobre a justificação da proibição legal das relações sexuais entre pessoas do mesmo sexo. O prisma a partir do qual Bentham argumentava era o utilitarismo, corrente da qual ele foi iniciador

e que propunha, polemizando com a moral tradicionalista que ainda prevalecia na Europa, que as instituições sociais deviam ser constantemente reformuladas para aumentar o bem-estar social e especificamente à utilidade de cada um dos membros da sociedade.

Ora, o que se explicava conseguir, desde logo, justificar este castigo penal não era outra coisa, senão o preconceito, disfarçado por trás de uma moral tradicionalista e supersticiosa: “neste caso, como em muitos outros casos, a disposição a castigar parece não ter tido mais fundamento do que a antipatia com que as pessoas que tinham o castigo ao seu dispor tratavam o ofensor” (BUGLIONE, 2002, s.p). Para Bentham,

[...] em pessoas de mente fraca, tudo aquilo que é surpreendente e em simultâneo desagradável fisicamente é suscetível de excitar a paixão do ódio. O ódio, uma vez excitado, de modo natural procura a sua satisfação através do tormento ou da destruição do objeto que o excitou (BENTHAM, s.d., *apud* ARAN; MURTA; LIONCO, 2009, p. 95).

Esta discriminação partilha com os fundamentos clássicos de discriminação que implica uma diferença historicamente enraizada e que colocou as pessoas e os grupos afetados em situações de desvantagem e contrárias à dignidade humana, tanto pela ação das autoridades públicas como pela prática social. Tudo isto conduziu a que a orientação sexual e a identidade sexual como um motivo de discriminação ocupassem a atenção ao nível internacional e supranacional, em conjunto com outros motivos mais tradicionalmente reconhecidos de discriminação, como a raça, o sexo ou a condição social, inclusive com mais força do que outros que já conseguiram um consenso mais generalizado na defesa de. Atualmente os transexuais lutam para que a transexualidade desapareça da lista de patologias da OMS. (SÓTER, 2013, s.p)

O reconhecimento dos Direitos Humanos dos Grupos Vulneráveis é algo necessário e sem eles são apresentados diversos outros casos de discriminação, pois ainda faltam objetivos importantes para cumprir. Neste sentido, vale a pena recordar como a homossexualidade ainda é punível com a pena de morte em pelo menos cinco Estados e com penas de prisão ou outras sanções. Inclusive, em alguns Estados ocidentais, as relações sexuais consentidas entre homossexuais recebiam, até datas recentes, um tratamento legal

diferente ao das relações sexuais consentidas entre heterossexuais, por exemplo, estabelecendo uma idade para consentir estas relações ou vetando a homossexualidade em alguns meios (a proibição da homossexualidade no exército foi algo habitual). (PAULA; SILVA; BITTAR, 2017, s.p)

As conquistas na defesa dos direitos do grupo LGBTBI não podem fazer esquecer os dados referidos, nem os riscos de involução, presentes, inclusive, em Estados em que foram conseguidos maiores progressos, riscos que aparecem ligados a diferentes correntes de fundamentalismo religioso ou a movimentos políticos de carácter autoritário ou totalitário (se não aos dois fatores juntos). (SÓTER, 2013, s.p)

Os motivos de discriminação são muito variados, todos partilham o seu carácter odioso e são contrários a um Estado social democráticos de direito; no entanto, a discriminação por orientação sexual tem algumas características específicas. Em primeiro lugar, podemos destacar a sua ‘contemporaneidade’, dado que apenas recentemente foi incluído como causa específica de discriminação. Em segundo lugar, apenas nos últimos anos assistimos a um reconhecimento da igualdade em aspetos que afetam a vida familiar, como a possibilidade de contrair casamento para casais do mesmo sexo ou a possibilidade de adotar filhos. (PAULA; SILVA; BITTAR, 2017, s.p)

RESULTADO E DISCUSSÃO

O nascimento da política de atenção especial a lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais – LGBTQ+, nacional, se originou junto ao Ministério da Saúde em conjunto com movimentos sociais que visavam combater a AINDS que assolava a vida de muitos na época. As ações tomadas incluíam a disponibilização de assessoria jurídica, atuação no fortalecimento dos serviços, campanhas de comunicação e ações para a visibilidade dessa população (BRASIL, 2008).

Mesmo atualmente, após muito tempo acumulando ideologias teóricas esse combate se estendeu para além de apenas a AIDS.

Torna-se evidente a preocupação do poder público com as questões da saúde LGBTQ+ quando o desafio da construção de uma política de atenção integral à saúde é elaborado através do programa do governo federal Brasil sem Homofobia. O programa, criado em 2004, estabelece diretrizes para o combate à violência e à discriminação, além da promoção da cidadania homossexual (BRASIL, 2004, p. 245).

A população LGBT, devido a não adequação de gênero com o sexo biológico ou à identidade sexual não heteronormativa, tem seus direitos humanos básicos agredidos, e muitas vezes se encontra em situação de vulnerabilidade. Diante dessa realidade, o Ministério da Saúde reconhece que a identidade sexual e a identidade de gênero são constituintes de um processo complexo de discriminação e de exclusão, do qual derivam os fatores de vulnerabilidade, tais como “a violação do direito à saúde, à dignidade, a não discriminação, à autonomia e ao livre desenvolvimento” (BRASIL, 2008, p. 571).

Segundo dados apresentados pelo Ministério da Saúde (2008), dois em cada três entrevistados (67%) já sofreram algum tipo de discriminação motivada pela identidade sexual ou pelo gênero, proporção que alcançou 85% em travestis e transexuais. Os dados desse documento também apontam que 14,5% dos participantes do estudo feito na Parada Gay de São Paulo relataram já terem sofrido algum tipo de preconceito nos serviços da rede de saúde (BRASIL, 2008, p. 571).

Atualmente, observa-se um salto de qualidade no que se refere aos serviços públicos de saúde que visam a atender as demandas dessa população. Além disso, apesar dos dados preocupantes apontados pelos indicadores do SUS, podem-se observar as mudanças significativas através do relato proferido na década de 1980: “Eles/elas têm duas opções: ou correr aos poucos médicos homossexuais assumidos que cobram caro para atendê-los, ou usar clínicas públicas onde são vítimas do desrespeito e mau tratamento” (OKITA, 2007, p. 84).

Os avanços evidenciados revelam boas perspectivas, porém Sousa et al (2009), citado por Lionço (2010), afirmam que o processo de construção de serviços não discriminatórios na área da saúde enfrenta diversas barreiras diante de uma sociedade na qual a heterossexualidade se configura como um padrão amplamente difundido.

As transformações das redes de saúde para o melhor atendimento dessa população também dependem das transformações no modo de pensar e de agir dos profissionais de saúde. As questões culturais advindas do padrão heterossexual influenciam de modo subjetivo o atendimento dos profissionais da saúde a essa população. Sousa et all (2009), a partir dos argumentos de Lionço (2010), relacionam a prática discriminatória de alguns profissionais da saúde com a influência do padrão heterossexual que permeia a nossa cultura, sendo que o preconceito sofrido pela população LGBT pode constituir uma barreira que impede o seu acesso aos serviços de saúde.

Miller (2002 *apud* LIONÇO, 2010) destaca que uma postura reflexiva frente aos padrões heterossexuais socialmente estabelecidos ajuda a prevenir a discriminação, afirmando incisivamente à necessidade iminente da formação profissional dos agentes em saúde para ações frente às especificidades da população LGBTQ+.

O Processo de humanização no SUS mediante a estratégia de acolhimento, cujo propósito é recepcionar seus usuários com a finalidade de escutá-los e resolver suas demandas, pautando-se numa postura ética diante da diversidade de casos que chegam à busca de resolutividade e promovendo a inclusão social, mediante uma escuta clínica altruísta e comprometida com o fortalecimento da cidadania, requer uma mudança no pensar e agir da comunidade, dos gestores e dos profissionais da saúde da Atenção Básica no sentido de respeitar e reconhecer o exercício da sexualidade pela população LGBTQ+ e também das diversas formas de novas constituições familiares (BRASIL, 2018, p. 17).

Assim reforçando que mesmo com as Leis disponíveis e toda a ajuda legislativa perante o caso da comunidade LGBTQ+ ainda precisa andar um longo caminho para chegar ao resultado que eles merecem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante de todas as informações apresentadas no decurso presente, conclui-se que existem desafios para articular os cuidados da saúde. O enfrentamento dos problemas

implica na ativação e objetivação de um conjunto de processos sociais os quais as ciências sociais têm um importante papel a desempenhar.

Medidas importantes devem ser tomadas pelo governo, como a elaboração de Políticas Públicas e Leis que insiram e definam melhor as questões de saúde para as minorias. Assim, o que é relevante nesse caso é ter a noção do direito que todo ser humano merece e das alterações nos padrões de algumas doenças, e a noção da importância da participação e da representação política da sociedade na busca dos direitos e dos deveres para a melhoria do direito à saúde das minorias sexuais.

REFERÊNCIAS

ARAN, M.; MURTA, D.; LIONÇO, T. Transexualidade e saúde pública no Brasil. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 14, n. 4, 2009, p. 1141-1149. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n4/a15v14n4.pdf>>. Acesso em 22 mai. 2019.

BRASIL. **Lei nº 8.080, 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. Acesso em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. 11 mai. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. **Brasil sem Homofobia: Programa de Combate a Violência e à Discriminação contra GLTB e de Promoção da Cidadania Homossexual**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel de Indicadores do SUS nº5 – Prevenção de Violências e Cultura de Paz**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da população de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BUGLIONE, S. Reprodução e sexualidade: uma questão de justiça. In: COOK, R. et al. **Reprodução e sexualidade: uma questão de justiça**. Porto Alegre: Themis/Sérgio Antônio Fabris, 2002.

LIONÇO, T. **Bioética e sexualidade**: o desafio para a superação de práticas correcionais na atenção à saúde de travestis e transexuais. *Série Anis*, n. 54, 1-6, 2008. Acesso em : <https://www.academia.edu/35987652/Bio%C3%A9tica_e_Sexualidade_o_desafio_para_a_superac%C3%A3o_de_pr%C3%A1ticas_correcionais_na_aten%C3%A7%C3%A3o_%C3%A0_sa%C3%BAde_de_travestis_e_transexuais>. Acesso em 11 mai. 2019.

OKITA, H. **Homossexualidade**: da opressão à libertação. 2 ed. São Paulo: Sundermann, 2007.

PAULA, Carlos Eduardo Artiaga; SILVA, Ana Paula da; BITTAR, Cléria Maria Lôbo. Vulnerabilidade legislativa de grupos minoritários. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 12, p. 3.841-3.848, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n12/1413-8123-csc-22-12-3841.pdf>> Acesso em: 17 mai. 2019.

SÓTER, Gil. Pará é o estado com conselho LGBT mais avançado do Brasil, diz IBGE. In: **G1**: portal eletrônico de informações, mai. 2013. Disponível em: <http://g1.globo.com/pa/para/noticia/2013/05/para-e-o-estado-com-conselho-glb-t-mais-avancado-do-brasil.html> Acesso em: 17 mai. 2019.

O DIREITO À SAÚDE E POPULAÇÕES DE RISCO: UMA ANÁLISE DA POLÍTICA PARA PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA

SANTOS, João Vitor Lobato dos³²
VAILLANT, Julia Teixeira³³
SOUZA, Felipe Estacio de³⁴
NUNES, Neuza Maria de Siqueira³⁵
RANGEL, Tauã Lima Verdan³⁶

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem o objetivo de analisar como as pessoas em situação de rua tem acesso a saúde, conscientizar e alertar as pessoas para a realidade do Direito à saúde dessas pessoas. Com o desenvolvimento do capitalismo, é possível afirmar que existe um aumento considerável da exclusão social, comprometendo toda a sociedade.

O número de pessoas que são excluídas dos seus direitos sociais básicos, como a saúde, a educação, o lazer, a moradia e a segurança vem aumentando cada vez mais nas últimas décadas. Atualmente a população de rua é uma problemática social e requer de fato a intervenção do Estado, de como ela se constitui e as formas desenvolvidas para a sobrevivência.

³²Graduando do Curso de Direito da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade de Bom Jesus do Itabapoana. E-mail: joaovitor.icm.99@gmail.com;

³³ Graduando do Curso de Direito da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade de Bom Jesus do Itabapoana. E-mail: juliateixeiravaillant12@gmail.com;

³⁴ Graduando do Curso de Direito da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade de Bom Jesus do Itabapoana. E-mail: felipeestacio5@gmail.com;

³⁵ Professora orientadora. Mestra em Economia Empresarial. Professora da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade de Bom Jesus do Itabapoana. E-mail: neuzamsnunes@gmail.com;

³⁶ 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 fato, é de suma importância que as pessoas e o Estado conheçam a população de rua, que consigam identificar suas necessidades sociais e não as tratem como pessoas invisíveis em condições precárias. No entanto, todas essas iniciativas de estudo e ajuda da população que se encontra na rua ainda é recente e demandam mais investigações. Nas bases literais perceberam que há uma escassez de estudos e pesquisas nessa área, porém estão tentando converter está realidade para o bem dos que necessitam desta melhoria. Muitos acham que nem todos moram nas ruas porque não tem outra saída, mas é importante dizer que algumas pessoas moram por escolha, e é dever do Estado ajudá-los.

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 que discorriam sobre o tema abordado.

DESENVOLVIMENTO

Constitucionalmente a saúde é um direito de todos, previsto no Art. 196 da Constituição Federal, é dever do estado mediante a políticas sociais e econômicas garantir a redução de riscos de doenças e outros agravos além de acesso universal e igualitário. Entretanto, para os menos favorecidos e principalmente pessoas em condições de vulnerabilidade em situação de rua, ainda sofre com o descaso por parte da sociedade contemporânea. No Brasil, segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), estima-se que exista mais de 100 mil pessoas vivendo em situação de rua atualmente no país (LENCIONI, 2018).

Para Scorel (1999), as pessoas que vivem nas ruas representam uma condição limítrofe marcada por trajetórias que reúnem situações consideradas vulneráveis. A fragilidade dos laços familiares, e o irregular suporte material caracterizam essa fase degradante que os diferencia dos demais grupos sociais. As amarras do preconceito social

são totalmente visíveis em relação à esse grupo, o acometendo a diversos tipos de discriminação e a exclusão social, principalmente em locais públicos como por exemplo, em hospitais, que por sua vez costumam ser ignorados ou tem seu atendimento prévio tardio podendo agravar ainda mais seu problema. (CUNHA, 2009).

As políticas sociais e econômicas, que em tese visam amparar os mais vulneráveis em condição de rua acabam sendo ineficazes no atendimento à demanda dessa população de rua, agravando ainda mais seu estado de miséria e a incapacidade de receber um tratamento digno e humanitário. Isso porque as políticas públicas acabam focalizando em apenas uma parcela da sociedade, inviabilizando o alcance da mesma aos menos favorecidos, ressaltando à sua condição desumana e afastando essa minoria de ter previamente um acolhimento igualitário, referente ao resto da população. Cabe também observar, que ao longo das décadas as políticas e prioridades governamentais são caracterizadas pela sua pouca efetividade social, configurando “o aspecto excludente que marca os investimentos sociais no Estado”. (YASBEK *apud* JACOBI, 1999, p. 9).

O autor Escorel (1999) destaca uma distinção clara entre “moradores de rua” e “pessoas em situação de rua”. Isso destaca-se pela existência de um grupo cujo a condição é considerada irreversível, ou seja, os indivíduos que vivem nas ruas, possui algum tipo de condicionamento para tomar sobre si as ruas como moradia. O autor, refere-se aos variados tipos de situações que expuseram essas pessoas ao atual momento que vivenciam, marcando a população de rua a um estado degradante e de miséria.

Tais fatores, como aponta Silva (2006), são comumente de espécies variadas como por exemplo, a ausência de moradia, inexistência de trabalho e renda suficiente, mudanças de impacto econômico na vida familiar do indivíduo que são apontados como fatores econômicos. Entretanto existe também os fatores biológicos tais como, perda dos bens, o alcoolismo, vício em substâncias químicas, rompimento de vínculos familiares, doenças mentais, perda de todos os bens, etc., além de desastres naturais como enchentes, deslizamentos e incêndios colocando essas pessoas em seu atual estado de “morador de rua”.

A exclusão social de pessoas nesse condicionamento, de vivenciar a dura realidade das ruas, acaba trazendo um conceito de marginalização do indivíduo atrapalhando na sua inserção na sociedade moderna privando o mesmo de ter seus direitos básicos garantidos por lei constitucional. A falta de informação pode também ser considerada um dos fatores determinantes para agravar esse problema, já que o indivíduo condicionado a viver na rua não sabe sobre o direito que pode exercer dentro do espaço social privando a si mesmo de ter um tratamento digno e igualitário.

As políticas públicas aderem a um papel importante no corpo social, protegendo e apropriando as pessoas em situação de rua de ter seus direitos constitucionalmente assegurados viabilizando um possível avanço para a inclusão social. O reconhecimento de pessoas em situação de rua por parte do poderio público engloba a proteção e assistência social aos mesmos, sendo de suma importância para alocar esses indivíduos dentro da sociedade (ESCOREL, 1999).

Apesar dos avanços das conquistas de direitos sociais, a população em situação de rua ainda partilha do mesmo sentimento sofrido pelo descaso, intolerância, preconceito, negação de direitos e das práticas assistencialistas e a marginalização dos mesmos. Entretanto, o surgimento de movimentos sociais abrangentes demanda a realocação desses indivíduos na sociedade neoliberal atual e principalmente a garantia de direitos, tais como a garantia da saúde digna já que as pessoas em situação de rua estão mais propensas a vulnerabilidade podendo contrair doenças de estágios mais agravantes. Segundo a autora Mara Alves de Sousa, as políticas de assistência social são as mais importantes na prerrogativa de direitos à saúde e bem-estar dessa população em situação de rua, “Nessa direção deve-se assegurar o acesso dessa população ao conjunto de serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais” (SOUSA, s.d., *on line*).

Muitos moradores de rua não têm plena consciência de seus direitos, e acaba o afastando de ter um atendimento digno. O SUS é considerado uma política social de saúde pública, que auxilia tantas pessoas de baixa renda, quanto pessoas em situação de rua garantindo seus direitos. No Art. 196 da CF 88, o estado deve garantir o direito de pessoas nesse condicionamento, na distribuição de remédios, tratamento de doenças e consultas

rotineiras. Para isso, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado para manter a garantia dos direitos das pessoas em situação de rua (SOUSA, 2018, p. 257).

RESULTADO E DISCUSSÃO

Existe uma disposição no ordenamento jurídico, que prevê através do artigo 3º, inciso IV, da Constituição Federal que são necessárias políticas públicas para dar oportunidades a todos da população, principalmente aqueles vulneráveis, condições mínimas de dignidade. Além disso, tais garantias, devam ser oferecidas por uma ótica mais criteriosa, objetivando prevenir tal classe, não somente de possíveis doenças e endemias, como também recuperá-los, garantindo os cuidados ao corpo, mente, a qualidade de vida do ser humano, ao seu direito de se alimentar dignamente, higiene, e demais prerrogativas, sendo explanadas através do artigo abaixo (COSTA FILHO, 2016 p.1-2).

Art. 196. À 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).

O estudo objetivou analisar as discussões sobre a dificuldade de inserir indivíduos nesse tipo de situação de rua, em centros sociais apontando importantes questões acerca do tema, identificando seu reflexo social, que torna esse problema uma realidade. Torna-se interessante, repensar o conceito dos centros sociais destinados à população de rua, lugares que deveriam ajudar a reconstrução da cidadania e fortificação da autonomia de vida desses indivíduos. Para isso, deve-se garantir ao morador de rua sua dignidade humana, através de atuações positivadas em caráter documental, pois se torna inviável fazer uma integração social sem o reconhecimento do poder público, quando se refere a um fato jurídico, a permanência desses indivíduos em um ambiente vulnerável (SANTOS, 2009, p. 45-47).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Torna-se concluído que, infelizmente apesar de estar garantido na constituição, ainda existe um enorme preconceito e discriminação, e um abismo que separa a integração total desses moradores de rua à sociedade, porém, com o aperfeiçoamento de profissionais para melhor atender a demanda específica de grupo vulnerável, o compromisso do governo para uma melhor atuação resolutiva, e eficaz das demandas, são objetivos desafiadores que cabe ao ministério público sanar, a fim de que a igualdade, a dignidade e outros princípios fundamentais sejam devolvidos a essas pessoas que tanto sofrem, diante da inércia do poder público.

Dessa forma se faz evidente, que para ser combatida toda essa deficiência do sistema jurídico/social, nós enquanto cidadãos, devemos nos posicionar com uma proposta humanitária, enxergando tal vulnerável, não como um fardo para nossa sociedade, mas sim com um indivíduo que na sua grande maioria, necessita de apoio que busque auxiliá-lo em sua caminhada diária, que se faz necessário para se tornar ativo e inserido em seu contexto social, procurando assim romper os obstáculos travados nas suas mais diversas relações, o que consequentemente irá transcender a dificuldade em proporcioná-lo uma saúde assistencial e digna .

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa de Brasil**. Promulgado em 05 de outubro de 1988. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em 20 mai. 2019.

COSTA FILHO, Waldir Macieira da. O Direito à Saúde dos Vulneráveis. In: **Revista do 7º Congresso Brasileiro de Gestão da CNMP**, s.d., p. 1-5. Disponível em:
<http://www.cnmp.mp.br/portal/images/Comissoes/DireitosFundamentais/Arquivos/Artigo_Revista_7%C2%BA_CG_-_CDDF_-_O_Direito_%C3%A0_Sa%C3%BAde_dos_Vulner%C3%A1veis_-_Waldir_Macieira.pdf>. Acesso em 9 mai. 2019.

LENCIONI, Caio. **Brasil tem mais de 100 mil pessoas em situação de rua, aponta IPEA**. Disponível em: <https://observatorio3setor.org.br/carrossel/brasil-100-mil-pessoas-em-situacao-de-rua/>, 2018. Acesso em: 9 de maio. 2019.

MOURA, Elisangela Santos. O Direito à saúde na Constituição Federal de 1988. *In: Revista Jus Navigandi*, Teresina, 2013. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/25309/o-direito-a-saude-na-constituicao-federal-de-1988>>. Acesso em: 9 de maio. 2019.

PAIVA, Irismar Karla Sarmiento de et al. Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática. *In: Ciência e Saúde coletiva*, v. 21, n. 8, p. 2.595-2.606, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000802595&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 9 mai. 2019.

SOUSA, Mara Alves de. População em situação de rua e direito socioassistenciais no contexto das suas. *In: VIII Jornada Internacional de Políticas Públicas, ANAIS...*, 25-28 ago. 2015, São Luís, p. -1-12. Disponível em: <<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo4/populacao-em-situacao-de-rua-e-direitos-socioassistenciais-no--contexto-do-suas-uma-analise-sobre-o-centro-de-referencia-especializado-para.pdf>>. Acesso em: 9 mai. 2019.

SOUSA, Paula Márcia Seabra de. População de rua e o Direito fundamental à Saúde. *In: Temas em Saúde*, João Pessoa, p. 237-269, 2018. Disponível em: <<http://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2018/12/18414.pdf>>. Acesso em: 9 mai. 2019.

A SÍNDROME DE BURNOUT COMO ESGOTAMENTO DO AMBIENTE LABORAL

MURUCI, Kathleen de Almeida³⁷
PIMENTEL, Ana Carolina Zanardi³⁸
CABRAL, Jéssiane Schitini³⁹
NUNES, Neuza Maria de Siqueira⁴⁰
RANGEL, Tauã Lima Verdan⁴¹

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como objetivo descrever a Síndrome de Burnout como esgotamento no ambiente laboratorial apresentando também alguns sintomas do mesmo. A síndrome de burnout é classificada como um distúrbio por esgotamento no trabalho e tem sido um dos principais motivos para o afastamento de pessoas em seu âmbito profissional. Além disso, também causar doenças psicológicas como ansiedade, síndrome de pânico e depressão. A maioria das vezes, os profissionais acabam sofrendo deste mal sem perceber, fazendo assim com que eles tomem atitudes negativas em relação ao ambiente profissional ou até mesmo à vida. Esse fenômeno é o resultado do estresse excessivo, último passo na progressão dos propósitos fracassados de manejar e diminuir uma variedade de situações

³⁷Graduanda do Curso de Direito da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade de Bom Jesus do Itabapoana. E-mail: katthmuruci@hotmail.com;

³⁸ Graduanda do Curso de Direito da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade de Bom Jesus do Itabapoana. E-mail: carolzanardi20@gmail.com;

³⁹ Graduanda do Curso de Direito da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade de Bom Jesus do Itabapoana. E-mail: sisa-cabral@outlook.com;

⁴⁰ Professora orientadora: Mestra em Economia Empresarial. Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade de Bom Jesus do Itabapoana. E-mail: neuzamsnunes@gmail.com

⁴¹ 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

negativas do trabalho. É uma resposta ao estresse crônico quando outros mecanismos de ajuste não funcionam.

Alguns sintomas comportamentais são: distúrbio de sono, irritabilidade, apatia, falta de interesse, cansaço excessivo, alteração na memória e humor, e entre outros. A síndrome de burnout pode afetar qualquer ser humano, devemos assim, tomar as devidas precauções. Outra medida de prevenção a ser citada, é avaliar quando o trabalho interfere em sua qualidade de vida. A vida profissional não deve prejudicar a saúde física ou mental.

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 artigos científicos que discorriam sobre o tema abordado.

DESENVOLVIMENTO

Segundo Bolonezi (2018), o termo “burnout” vem do inglês e significa esgotamento (*burn* = queima e *out* = exterior). A síndrome de burnout, ou também conhecida como síndrome de esgotamento laboral, é caracterizada por esgotamento físico e/ou mental relacionado à vida profissional. Pode ser descrito pelas suas características, a qual as principais delas são o estresse crônico e tensão emocional, que são provocados pelo ambiente de trabalho, os quais geralmente exigem condições desgastantes tanto fisicamente, emocionalmente e psicologicamente. Os profissionais nas áreas da saúde, educação, assistência social, agentes penitenciários, policiais e bombeiros são os mais propensos a desenvolver a síndrome. Mas, deve-se ressaltar que qualquer profissional pode apresentar esta doença. (BOLONEZI, 2018)

Os principais e mais perceptíveis sintomas desta síndrome são: distúrbio de sono, irritabilidade, apatia, falta de interesse, cansaço excessivo, alteração na memória e humor, falta de apetite, fadiga, dores musculares, perda de iniciativa, dificuldade de concentração

e tristeza excessiva. O indivíduo passa a obter um cinismo relacionado ao trabalho e sua produtividade passa a cair. E, com todos esses sintomas, o mesmo pode produzir atitudes secundárias a síndrome, como, alcoolismo e uso de drogas. (PANCHERI, 2018)

De acordo com Merzel (2018), é muito importante ser combatida a ideia de que o problema surge por motivos de uma falha pessoal. Esta síndrome apenas revela uma incompatibilidade no relacionamento do indivíduo com seu ambiente profissional, trazendo a sensação que não há uma conexão nas esferas: controle, volume de trabalho, reconhecimento, justiça, equipe e valores. (MERZEL, 2018)

Quando se trata sobre os tratamentos para a síndrome de burnout, o acompanhamento médico é importante. Deve-se primeiramente procurar um profissional da área e assim, o mesmo, irá identificar em que nível a síndrome se encontra, assim podendo escolher formas que ajudam no combate ao estresse. É comum o uso de remédios controlados e psicoterapêuticos para o tratamento destes casos. Trocar experiências com pessoas as quais já passaram pelo mesmo também auxilia no tratamento. Quando os medicamentos começam a produzir efeitos é notável a melhora do paciente, percebendo-se assim uma melhora no rendimento do trabalho. (KESTENBERG, 2018).

Conforme Luciano (2017), em muitos casos, há pessoas que se negam a procurar tratamento, porém, o tratamento é muito importante pois os prejuízos que a síndrome de burnout podem trazer aos pacientes são inúmeros. Apesar dos problemas serem iniciados pelo ambiente de trabalho, a vida pessoal passa a ser afetada também em resultado do estresse crônico. (LUCIANO, 2017)

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo Trigo (2007), os principais fatores que ocasionam a síndrome estão atrelados à organização, ao indivíduo em si, ao trabalho e também à sociedade. Ao partir do ponto de vista do autor, pode-se levantar as seguintes considerações: no caso da organização, pode-se mencionar a burocracia em que os profissionais se encontram presos às normas e às obrigações que bloqueiam a autonomia e expressão da criatividade e

personalidade. Tem-se também as mudanças frequentes em relação as normas exigidas pela empresa, dificuldade em se promover num dado cargo, características do ambiente, como: falta de suporte para trabalho, falta de recurso, temperatura, conforto, higiene, iluminação e exposição a riscos. (TRIGO, 2007)

Os fatores individuais do sujeito também são de extrema relevância se tratando do Burnout. Características específicas de cada um afetam diretamente, como: o padrão de personalidade, em que se pode destacar a competitividade, esforço, necessidade de controle, paciência limitada e tolerância à frustração. O superenvolvimento também se torna um grande vilão, visto que muitas vezes o ser se volta a um pensamento humano, de empatia, obsessão e dedicação profissional. Quando o profissional se cobra, exige muito de si mesmo, a pessoa se torna um grande candidato ao desenvolvimento do problema em questão, se tornam inseguros, se decepcionam e aumentam as chances de desenvolvimento positivo no ambiente de trabalho. (TRIGO, 2007)

Com relação ao ambiente de trabalho, as condições afetam diretamente e em grande nível os profissionais. A sobrecarga, o acúmulo de afazeres, a adequação do ambiente ao funcionário e vice-versa, a relação entre o trabalhador e os colegas, assim como o trabalhador e o chefe, também como, o chefe em relação a empresa de modo geral. É de extrema importância o cargo ocupado e as atividades competentes a este, bem como as sensações e sentimentos que, o ambiente e as relações decorrentes neste, transmitem ao indivíduo. (TRIGO, 2007)

Dentre os fatores sociais, que são também fundamentais, podemos mencionar com destaque a falta de apoio, suporte por parte de familiares e amigos, impedindo o profissional de se sentir acolhido e protegido. Além de não encontrar apoio, trabalhados muitas vezes encontra mais um motivo para esgotamento e estresse. Problemas de família e de relação com amigos e conhecidos, mesmo que fora do ambiente de trabalho, também são cruciais para auxiliar no desenvolvimento do Burnout. A manutenção de prestígio, seja ela pelo próprio conforto e realização pessoal como profissional ou como os valores e normas culturais atribuídos a determinados cargos e profissões. Inclui-se a cobrança, a desvalorização, as críticas e outros. (TRIGO, 2007)

A síndrome, além de acarretar problemas psicológicos desencadeia também uma série de problemas físicos, que pode ainda acarretar problemas secundários. Apesar desses danos, por diversas vezes o profissional se aquieta à presença do problema, não querendo demonstrar o que ele mesmo julga por fraqueza ou incompetência profissional, o que não é característica da síndrome, sendo assim uma autoafirmação falsa. (TRIGO, 2007)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, faz-se concluir que Burnout é um problema de grande relevância na sociedade, agravada em dias atuais, com a elevação da competitividade do mercado de trabalho, que vem sendo despertada cada vez mais cedo na maioria das pessoas. O problema em questão merece mais relevância, tanto pela sociedade, quanto pelos próprios profissionais da área da saúde, visto que muitos não identificam a síndrome, tratando como depressão ou outros problemas psicológicos, e até mesmo sugerindo o descanso como tratamento, ainda que este, sozinho, não seja capaz de tratar. É muito importante que os profissionais se atentem aos sintomas e busquem por tratamento o mais cedo possível, tendo um olhar que seja capaz de quebrar o tabu de fraqueza e falta de profissionalismo, reconhecendo a naturalidade do esgotamento laboral nos trabalhadores.

Faz-se necessária, também, a promoção da síndrome por meio de publicidade e divulgação entre as pessoas, como campanhas provenientes do ministério da saúde e pelas próprias empresas, públicas e privadas, visando levar aos profissionais o conhecimento e sobre o que é o Burnout, facilitando reconhecer o problema e quanto antes buscar o tratamento.

REFERÊNCIAS

BOLONEZI, Janaina. Síndrome de Burnout: Quando o esgotamento profissional vira doença. In: **Blog de Saúde**: portal eletrônico de informações, 2018. Disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br/index.php/promocao-da-saude/53636-sindrome-de-burnout-quando-o-esgotamento-profissional-vira-doenca>>. Acesso em 14 mai. 2019.

KESTENBERG, Katia Veja. Síndrome de burnout: O que é, os sintomas e o tratamento. In: **Psicologia Viva**: portal eletrônico de informações, 2018. Disponível em: <<https://www.psicologiaviva.com.br/blog/sindrome-de-burnout/>>. Acesso em 15 mai. 2019.

LUCIANO, Fabíola. **Síndrome de Burnout Tratamento**. 2017. Disponível em: <<https://psicologafabiola.com.br/sindrome-de-burnout-tratamento/>>. Acesso em 15 mai. 2019

MERZEL, Ana. **Síndrome de Burnout**. 2018. Disponível em: <<https://www.einstein.br/estrutura/check-up/saude-bem-estar/saude-mental/sindrome-burnout>>. Acesso em 14 mai. 2019

MORENO, Fernanda Novaes et al. Estratégias e intervenções no enfrentamento da síndrome de burnout. In: **Rev enferm UERJ**, v. 19, n. 1, p. 140-145, 2011. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a23.pdf>>. Acesso em 16 mai. 2019

PANCHERI, Ivanira. Síndrome de Burnout. In: **Estado de Direito**: portal eletrônico de informações, 2018. Disponível em: <<http://estadodedireito.com.br/sindrome-de-burnout/>>. Acesso 14 mai. 2019.

TRIGO, Telma Ramos; TENG, Chei Tung; HALLAK, Jaime Eduardo Cecílio. Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. In: **Archives of Clinical Psychiatry**, v. 34, n. 5, p. 223-233, 2007. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/acp/article/view/17089/19084>>. Acesso em 16 mai. 2019.

OS IMPACTOS DO ASSÉDIO MORAL NO AMBIENTE DE TRABALHO

SOUZA, Lidianne Medeiros⁴²
NUNES, Neuza Maria de Siqueira⁴³
RANGEL, Tauã Lima Verdan⁴⁴

INTRODUÇÃO

Pode-se definir como Assédio moral causar pressões e terrorismo psicológico. O Assédio Moral encontra-se presente dentro das relações de trabalho, de forma sucinta e pouco visível. De tal modo, que os supervisores se utilizam disso para humilhar seus subalternos com o propósito de obriga-los a pedir demissão, ou abrir mão de algum benefício, estabilidade ou direito.

Uma vez comprovado o Assédio Moral, em se tratando de pleitos indenizatórios o juiz irá se valer da proporção e a extensão do dano para fixar a indenização. De tal modo que no curso do processo o empregado poderá se utilizar da Rescisão Indireta, sem sofrer assim prejuízo de seus direitos. Toda e qualquer conduta abusiva deve ser denunciada ao Ministério do Trabalho e à Justiça Trabalhista.

⁴²Graduando do Curso de Direito da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade de Bom Jesus do Itabapoana. E-mail: lidi-bjn@hotmail.com

⁴³ Professora orientadora: Mestra em Economia Empresarial. Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade de Bom Jesus do Itabapoana. E-mail: neuzamsnunes@gmail.com

⁴⁴ 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 o uso de pesquisa bibliográfica, baseando-se em sites selecionados, artigos científicos e também a coleta de dados em livros que abordam sobre o tema supracitado. Foi feito um estudo aprofundado sobre o tema estabelecido, concebendo uma análise histórica do mesmo, respeitando as análises dos autores. A metodologia empregada na elaboração do presente apropria-se do auxílio literário e da revisão da mesma como técnicas de pesquisa.

DESENVOLVIMENTO

O assédio moral se caracteriza como uma conduta abusiva, intencional, frequente e repetida, que ocorre no ambiente de trabalho e que visa diminuir, humilhar, vexar, constranger, desqualificar e demolir psiquicamente um indivíduo ou um grupo, degradando as suas condições de trabalho, atingindo a sua dignidade e colocando em risco a sua integridade pessoal e profissional. De acordo com Santos,

Historicamente o trabalho passou por diversas mudanças, vez que antigamente o trabalho era igual para todos, com o passar dos tempos foram criados cargos dentro de um mesmo ambiente de trabalho, com isso começou a ser necessários cargos de hierárquica para poder controlar tamanho desenvolvimento. (SANTOS, 2015, p. 521).

Assédio Moral que se define como condutas repetitivas e prolongadas com a finalidade de ofender, perseguir, humilhar, diminuir alguém dentro da relação de trabalho, estes tomaram contornos expressivos a partir de 2000 através de uma pesquisa realizada pela Dra. Margarida Barreto, em sede de seu trabalho do Mestrado. Nesse sentido:

A novidade reside na intensificação, gravidade, amplitude e banalização do fenômeno e na abordagem que tenta estabelecer o nexo-causal com a organização do trabalho e tratá-lo como não inerente ao trabalho. A reflexão e o debate sobre o tema são recentes no Brasil, tendo ganhado

força após a divulgação da pesquisa brasileira realizada por Dra. Margarida Barreto. Tema da sua dissertação de Mestrado em Psicologia Social, foi defendida em 22 de maio de 2000 na PUC/ SP, sob o título "Uma jornada de humilhações". (ASSEDIO MORAL, s.d., *on line*).

Gerando uma concorrência entre colegas, onde não há limites claros do que é ou não é proibido dentro das empresas, o instinto de se manter dentro de um mercado de trabalho competitivo é o que prevalece, deixando a desejar o bem-estar dos colegas. Conforme já ressaltado, o assédio moral pelo dicionário significa Insistência inconveniente, persistente e duradoura em relação a alguém, perseguindo, abordando ou cercando essa pessoa.

Em outras palavras, o assédio moral é o abuso, a humilhação, o terror psicológico. O assédio moral se divide em três modalidades: assédio descendente, ascendente e paritário. Assédio descendente, o assédio praticado pelo empregador perante o empregado. Santos ensina que:

Aqui o foco é fazer o empregado acreditar que não está produzindo o necessário, quando na verdade, muitas vezes já bateu as metas daquela produção e assim a empresa acaba lucrando mais e o trabalhador recebendo menos do que é devido pelo seu desempenho. (SANTOS, 2015, p. 522)

Assédio ascendente consiste no assédio praticado pelo empregado perante seu superior.

Para que seja configurado um funcionário estaria assediando o chefe, o que pela lógica e hierarquia do cargo do chefe, o funcionário acabaria em desvantagem, porém neste tipo de crime o agressor acaba conseguindo o apoio de outros funcionários e todos os aliados deste acabam assediando moralmente o superior com a intenção de tomar a sua posição dentro da empresa (SANTOS, 2015, p. 523)

Por fim, tem-se o assédio paritário, onde há o isolamento de um determinado funcionário pela sua equipe/grupo.

Onde um grupo acaba isolando um membro, um funcionário, com a intenção de desestabilizá-lo dentro do seu local de trabalho, em razão de que o mesmo tem se destacado freqüentemente perante seus superiores (SANTOS, 2015, p. 523)

O assédio mais comum é o descendente, inclusive em razão da vulnerabilidade em que o empregado se encontra. Conforme já ressaltado, o assédio moral é a conduta abusiva em que insere a vítima a exposições e humilhações, atentando contra sua dignidade e honra. Além da bela explanação de Melo, o assédio moral pode se caracterizar de inúmeras e infinitas maneiras, como o isolamento e a restrição em usar o banheiro, por exemplo.

Empregado que é confinado em uma sala, sem ser-lhe atribuída qualquer tarefa, por longo período, existindo grande repercussão em sua saúde, tendo em vista os danos psíquicos por que passou (TRT 17ª R.-RO 1142.2001.006.17.00.9- Rel. Juiz José Carlos Rizk-DOES 15.09.2002)
Empregada que é chamada de burra idiota e incompetente pelo seu chefe sofre assédio moral porque tem sua dignidade atingida (TRT 2ª Região- RO 01294.2002.025.02.00-0, rel. Juiz Valdir Florindo in Consultor Jurídico de 04.04.2006). (MELO, 2007, p. 91).

Para que o Assédio Moral seja caracterizado é necessário que essa conduta seja repetitiva.

Além disso, há que ser resultante de uma ação prolongada (alguns chegam a estimar esse tempo em seis meses), de exposição constante, de reiterados ataques. Não configura assédio moral a situação vexatória esporádica ou ocasional. (MELO, 2007, p. 91)

Complementa que:

Atualmente, não se fala em um tempo determinado em dias, ou meses, porém foi constatado que o assédio moral, em regra, se configura no prazo de um a três anos, o que, porém, não deve servir de parâmetro, vez que o assédio não pode ser verificado em tempo mais exíguo, dependendo do tempo que o dano levar para se instalar. (NASCIMENTO; NASCIMENTO, 2014, p. 1269)

O Assédio Moral no ambiente de trabalho por vezes é camuflado, sutil e frágil de percepção, apenas após muitas condutas repetitivas é possível identificar as agressões. A finalidade do assédio moral no ambiente do trabalho é trazer alguma desvantagem a vítima, como formalizar o pedido de demissão ou que abandone seu emprego.

Mas não é somente visando a demissão de funcionário que tal prática se revela. Há situações em que o objetivo do assediador é o de forçar a vítima a pedir, por exemplo, aposentadoria antecipada, uma licença para tratamento de saúde, uma remoção ou mesmo uma transferência de setor. (MELO, 2007, p. 92)

Uma vez comprovado o assédio moral deve ser indenizado. Além de afrontar a dignidade psíquica da vítima, fere princípios constitucionais como a dignidade da pessoa humana, inviolabilidade da intimidade, vida privada e honra, previstos nos artigos 1º e 5º da Constituição Federal. O Juiz se valerá do conjunto probatório, bem como a extensão do dano para fixar o valor justo e proporcional a ser reparado, na forma dos artigos 186 e 927 do Código Civil.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como mostrado durante todo trabalho, o Assédio Moral é uma realidade e deve ser levada em consideração pelas Empresas para que possam fazer suas adaptações, principalmente quanto à relação entre os empregados, pois certamente responderão pelo Assédio Moral realizado entre eles.

O Assédio Moral também deve ser levado a sério pelos empregados, pois muitas vezes os empregadores confundem o poder diretivo e disciplinar com abuso de poder, e os empregados não são obrigados a tolerar situações que vão além de suas obrigações. Mas infelizmente os empregados não sabem que estão sendo vítimas de Assédio Moral, normalmente pensam que faz parte de sua atividade tolerar situações humilhantes.

Vale ressaltar que após a Emenda Constitucional 45 de 2004, os casos de dano moral decorrentes das relações de trabalho passaram a ser de responsabilidade da Justiça do Trabalho. Assim, todos os casos de reparação aos danos sofridos pelo Assédio Moral, tanto

na esfera material quanto na esfera moral deverão ser apreciados pela Justiça especializada do Trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A necessidade do trabalho faz com que por vezes acabe se sujeitando a agressões dentro da relação de trabalho, de forma às vezes imperceptível que vem tomando contornos ao longo dos meses, anos. Destaca-se, ainda, que toda humilhação, isolamento, e tratativa diferente poderá restar caracterizado como Assédio Moral, entretanto, em consequente deverá destacar-se o tempo, ou seja, ao longo do tempo, não podendo ser um ato isolado.

Conclui-se ainda que a Justiça trabalhista ampara vítimas dessas agressões, necessário, entretanto fazer provas através de documentos e testemunhas. Uma vez comprovado o assédio poderá a vítima se valer da Rescisão indireta e ou um pleito de danos morais ou ainda a reintegração ao trabalho ou poderá optar pelo recebimento de seus rendimentos em dobro.

REFERÊNCIAS

ASSEDIO MORAL. **O que é assédio moral**. Disponível em:
<<http://www.assediomoral.org/spip.php?article1>>. Acesso em 20 mai. 2019.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 05 de outubro de 1988. Disponível em: <www.planalto.gov.br>. Acesso em 20 mai. 2019.

DICIO. **Assédio**. Disponível em: <<https://www.dicio.com.br>>. Acesso em 20 mai. 2019.

MELO, Nehemias. Domingos de. **Dano moral trabalhista**: doutrina e jurisprudência. São Paulo: Atlas, 2007.

NASCIMENTO, Amauri Mascaro; NASCIMENTO, Sônia Mascaro. **Curso de direito do trabalho**: história e teoria geral do direito do trabalho: relações individuais e coletivas do trabalho. 29. ed. São Paulo: Saraiva, 2014.

SANTOS, Ozéias J. **Dano moral**. Campinas: Vale do Mogi, 2015.

O DIREITO À SAÚDE E A IMPORTÂNCIA DA EXECUÇÃO DO DIREITO AO SANEAMENTO BÁSICO

SILVA, Amanda de Oliveira⁴⁵
FREITAS, Luana de Paula⁴⁶
NUNES, Neuza Maria de Siqueira⁴⁷
RANGEL, Tauã Lima Verdan⁴⁸

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como objetivo descrever, o direito social da saúde, a luz da Constituição Federal de 1988, principalmente no que tange aos direitos fundamentais e sociais, a importância de sua aplicabilidade nas políticas de saneamento básico, que influencia a qualidade de vida a toda população brasileira. A efetividade dos recursos da saúde mal aplicados o que permite a violação das garantias fundamentais e sociais da CF/88. Ao discutir sua aplicabilidade, as políticas públicas referentes à saúde e saneamento são ineficientes, sendo o saneamento básico.

Desta feita, observa-se como estes direitos são implantados e, como eles realmente funcionam e, de que maneira afeta a toda a população, o trabalho traz uma análise superficial de como o direito a saúde é elencado na constituição e na lei 11.445/07 e como

⁴⁵ Graduanda do I período do curso de Direito da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade Bom Jesus do Itabapoana, amandalive5547@gmail.com;

⁴⁶ Graduanda do I período do curso de Direito da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade Bom Jesus do Itabapoana, luanasaulofreitas@gmail.com;

⁴⁷ Professora orientadora. Mestra em Economia Empresarial. Professora da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade de Bom Jesus do Itabapoana. E-mail: neuzamsnunes@gmail.com;

⁴⁸ 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

esse direito e aplicado pelos órgãos competentes e exercido pelo cidadão, referindo e citando também a má aplicação de políticas sociais e recursos financeiros direcionados à saúde, ainda uma análise de cidades que investem menos em saneamento têm o crescimento social mais lento e uma população mais pobre, a falta de saneamento básico contribui para o reaparecimento de doenças parasitárias e para os altos índices de mortalidade infantil.

O Brasil tem ¼ de sua população vivendo em extrema miséria e essas pessoas são a maioria absoluta no que se trata da falta de acesso ao saneamento básico, eles também detêm os maiores índices de mortalidade infantil e contágio por doenças parasitárias (IBGE, 2015). Apesar da Constituição citar de maneira ampla que a saúde é um direito do cidadão, nem todo cidadão tem direito acesso a água encanada, tratamento de esgoto e manejo de resíduos sólidos, o que faz necessária a utilização da norma que garante desiguais sejam tratados na medida de suas desigualdades.

Denota-se que muito contribui a falta de saneamento, o crescimento desordenado da população, aglomerações de construções irregulares em algumas cidades, tornando assim uma maior demanda, contudo alguns estados ficam com índices elevados nos casos de doenças causadas pela falta de saneamento. Portanto para se obter uma boa saúde, é preciso investir grandemente em medidas preventivas, para que não haja acarretamento de doenças. Primeiramente, ao investir em saneamento básico com instalações totalmente adequadas, evitando assim contaminações seja por parte da captação da água, disposição de resíduos corretamente, evitando inundações por seguintes contaminações.

MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo consiste em uma pesquisa bibliográfica e de diagnóstico conforme a proposta inicial, a pesquisa contou com a leitura de livros especializados sobre o assunto, além de informações tiradas de sites do governo. Conforme o autor Cervo o método é um conjunto ordenado de procedimentos, que se mostrou eficiente ao longo da história, na busca do saber. O estudo também utilizou o método fenomenológico, desenvolvendo o

assunto do jeito que ele é sem utilizar a indução ou a dedução, mas utilizando a interpretação. Foi utilizado também o método quantitativo, tendo como objetivo a imparcialidade evitando qualquer influência no assunto abordado.

DESENVOLVIMENTO

O direito à saúde é um direito social garantido pela Constituição Federal de 1988, junto com educação, alimentação, trabalho, moradia, transporte, lazer, segurança, previdência social, proteção à maternidade e à infância e assistência aos desamparados, ela não se enquadra em um rol taxativo e por ser uma norma de eficácia limitada demanda que o estado redija normas para garantir a sua eficácia.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado (BRASIL, 1988).

O Brasil tem como um de seus fundamentos a dignidade da pessoa humana, e ter acesso igualitário à saúde vem diretamente de encontro a esses fundamentos, mas esse direito não é efetivamente exercido por toda a população brasileira principalmente no que se trata da camada mais pobre da população. Segundo Ambieri: “a concepção do direito à saúde como condições de vida e bem-estar social constitui o chamado Direito Social, que ultrapassa a visão da oferta dos serviços de saúde, e que está intimamente associado à dignidade humana” (AIMBERE, 2006, on line).

Há uma diferença grande entre regiões na questão do acesso ao saneamento básico. O artigo 196 da CF diz que é da responsabilidade do Estado em garantir a todos acesso à saúde através de políticas sociais e econômicas, para a redução do risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário aos serviços de saúde (BRASIL, 1988).

No Brasil, 60,9% dos domicílios (39,7 milhões) possuem banheiro ou sanitário e esgotamento sanitário por rede geral de esgoto ou pluvial. As regiões revelaram situações diferentes em relação a este indicador: enquanto no Sudeste a proporção foi de 86,3% dos domicílios, na região Norte foi de 15,5%. (IBGE, 2015, online)

Segundo o IBGE (2015), o Brasil tem em torno de 52 milhões de brasileiros vivendo abaixo da linha da pobreza, considerados miseráveis, um quarto $\frac{1}{4}$ de toda a população brasileira, e essas pessoas são maioria absoluta no índice de pessoas sem saneamento básico. Assim, a situação se torna mais grave, pois quanto mais exposta a falta de saneamento, maior o risco de contrair doenças, e menor a chance de sair da extrema pobreza. O Brasil tem em torno de 45% da população sem saneamento básico, e em estados que o índice de pobreza é maior o número de pessoas sem saneamento básico. De acordo com Leal (2012), a falta de saneamento básico torna o índice de mortalidade infantil no Brasil alto em comparação inclusive com outros países latinos e colabora para ressurgimento de doenças outrora erradicadas.

As doenças relacionadas ao saneamento básico inadequado foram responsáveis, em média, por 13.449 óbitos por ano ao longo do período de 2001 a 2009, 1,31% dos óbitos ocorridos no período. As diarreias e a doença de Chagas representaram mais de 83% do total de óbitos por causas definidas relacionadas ao saneamento básico inadequado, ou seja, mais de nove mil mortes por ano. (TEIXEIRA *et al*, 2014, p.9).

De acordo com a Lei nº 11.445/07, que estabelece diretrizes para o saneamento básico no Brasil, e dever concorrente da União, Estados e Municípios implantar políticas públicas no que versa sobre o saneamento básico, garantindo assim os direitos sociais e fundamentais da população, mas segundo Borja (2014) afirma que a diferença de acesso a saneamento básico entre municípios ainda é fator que gera grande desigualdade social. A Constituição Federal de 1988 diz que todos devem ser tratados com igualdade na medida de suas desigualdades, mas no Brasil ainda a grande diferença de acesso a direitos principalmente no que se refere a saúde e também educação, entre as classes A e E.

A garantia do acesso universal e de qualidade ao saneamento básico no Brasil ainda é um grande desafio. Como outros serviços públicos essenciais, os déficits denunciam o atraso do País na garantia de direitos básicos como acesso à água e ao destino seguro dos dejetos e resíduos sólidos (BORJA, 2014, p.3)

O saneamento básico é sem dúvidas de suma importância para toda a população, que através deste é garantido uma boa saúde a população. Portanto uma vez que este não é bem aplicado, resulta em grandes complicações posteriormente. A sua aplicabilidade implica desde a captação de água potável, rede de esgoto e disposição de resíduos. Para Cavinatto (1992 *apud* RIBEIRO, ROOKE, 2010), saneamento significa higiene e limpeza.

De acordo com o IBGE (2011, p. 1), fatores ligados ao péssimo saneamento básico no Brasil principalmente em áreas carentes, interfere grandemente na saúde da população. Assim, a disposição de resíduos inadequada, interfere desde inundações até a captação de águas, que é contaminada e assim geram doenças como, leptospirose, diarreia, lugares propícios para mosquitos transmissores como a dengue, hepatites virais. Logo, não havendo políticas sociais e fiscalização suficientes, agrava-se ainda mais a saúde de toda a população.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Para muitos pesquisadores, o problema da saúde pública no Brasil, está ligado à má aplicação dos sistemas e, recursos insuficientes para manter uma boa qualidade de vida Carvalho (2018). Para Santos (2011), os desafios ao saneamento básico no Brasil relacionam-se com a manutenção e ampliação dos atuais recursos de investimentos, a não-efetividade das normas constitucionais e a falta de planejamento estratégico de aplicação de planos em áreas mais carentes e com maior concentração de endemias parasitárias, viola diretamente o direito a saúde e a isonomia.

Assim como tantos outros direitos adquiridos e conquistados pelo cidadão, que estão previstos pela Constituição e demais legislações percebe-se que ainda há um grande disparate entre o que está na lei e o que acontece na prática ou a forma como a lei é aplicada, há uma grande demanda da

população que sem poderio econômico suficiente para prover o seu tratamento, o seu acesso a saúde, fica desprovida das condições mínimas de viver com dignidade, muitas vezes, tendo sua condição de cidadão reduzida a obrigações eleitorais. (ROSA, 2013, p. 2)

Os repasses financeiros a saúde pública no Brasil é de R\$ 103 bilhões por ano pelo SUS que atendendo 75% da população, já o investimento na saúde suplementar, investe R\$ 90,5 bilhões para atender 25% restante da população brasileira. Sabe-se, ainda, que o SUS é um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo, e mesmo os usuários da rede suplementar têm o direito de ao programa. Portanto, sendo 190 milhões de brasileiros, 150 milhões usam exclusivamente o SUS, devido aos grandes números de usuários, existem grandes filas de esperas nos atendimentos em hospitais (CARVALHO, 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de haver leis e normas que garantem qualidade no atendimento da Saúde esse direito não atende à demanda necessária dos brasileiros. Ora, os repasses de verbas são ineficientes. Segundo Marin, Gama e Campelo (2014), os repasses financeiros não garante a efetividade do direito à saúde, pois a falta de fiscalização, contribui para a corrupção e para ineficiência de aplicação dos recursos repassados. Não há prioridades em programas como o SUS para os mais pobres, pessoas que tem recursos financeiros para pagar a rede privada, são atendidas com o mesmo grau de prioridade de quem não tem recursos, fazendo o sistema público de saúde ficar extremamente saturado.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, Maria da Glória Virginio. O direito à saúde na ordem constitucional brasileira. In: **Correio Forense**, portal eletrônico de informações, 2014. Disponível em: <<https://www.correioforense.com.br/wp-content/uploads/2016/08/ARTIGO-CIENTIFICO.-O-DIREITO-%C3%80-SA%C3%9ADE-NA-ORDEM-CONSTITUCIONAL-BRASILEIRA.2.pdf>>. Acesso em: 21 abr. 2019.

BORJA, Patrícia Campos. Política pública de saneamento básico: uma análise da recente experiência brasileira. In: **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 2, fev. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n2/0104-1290-sausoc-23-2-0432.pdf>>. Acesso em: 18 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: 18 abr. 2019.

IBGE. **Saneamento e meio ambiente**. Brasília: IBGE, 2011. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv53096_cap3.pdf. Acesso em: 21 abr. 2019.

LEAL, Fabiano Cesar Tosetti. **Contexto e prática da engenharia sanitária e ambiental**. Disponível em: <http://www.ufjf.br/engsanitariaeambiental/files/2012/03/Apostila_ContPr%C3%A1ticaESA.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2019.

MARIN, Tany Ingrid Sagredo; GAMA, Dayani Sabrina Souza; CAMPELO, Vittorio Santos. Corrupção e Ineficiência nos Repasses Federais: uma análise dos gastos do Ministério das Cidades nos Municípios Paraenses (2003 – 2013). In: XI Congresso da USP de Iniciação Científica, **ANAIIS...**, São Paulo, p. 1-16, 23 jun. 2014. Disponível em: <<https://congressousp.fipecafi.org/anais/artigos142014/293.pdf>>. Acesso em: 2 abr. 2019.

SANTOS, J. F. **Investimentos em saneamento básico nos últimos 10 anos e a projeção de investimentos do Plansab**. Brasília, DF: Ministério das Cidades, 2011.

SILVEIRA, Marcos Paulo Delucca. **Justiça distributiva e saúde: Uma abordagem igualitária**. Disponível em: <file:///C:/Users/amanda/Downloads/2017_MarcosPauloDeLuccaSilveira_VCorr.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2019.

TEIXEIRA, Júlio César *et al.* **Contexto e prática da engenharia sanitária e ambiental**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/esa/v19n1/1413-4152-esa-19-01-00087.pdf>>. Acesso em: 18 abr. 2019.

O DIREITO À SAÚDE EM FOCO: UMA ANÁLISE DAS POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DO DIREITO DE CRIANÇAS E DE ADOLESCENTES

QUIMER, Matheus Sena⁴⁹
LEPRE JÚNIOR, Carlos Roberto Jacomino⁵⁰
SOUZA, Gustavo⁵¹
NUNES, Neuza Maria de Siqueira⁵²
RANGEL, Tauã Lima Verdan⁵³

INTRODUÇÃO

Crianças e adolescentes são cidadãos de direitos, que tem prioridade absoluta em meio às políticas públicas, sendo de obrigação do Sistema Único de Saúde (SUS) promover o direito à vida e à saúde, por meio de atenção integral que estabelece o acesso universal e igualitário aos serviços nos três níveis da atenção. Essa necessidade exige o fortalecimento de ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, atenção humanizada e trabalho em rede (RIO GRANDE DO SUL, 2018, s. p.).

O amparo e a qualidade de vida para a infância e a adolescência agregam os princípios básicos (de direitos e de atenção), que se encontram fundamentados em dados históricos, mundialmente consagrados - a Declaração Universal dos Direitos da Criança (1959) e a Convenção Internacional de Direitos da infância e juventude (ONU, 1989, s. p.)

⁴⁹ Graduando do Curso de Direito da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) - Unidade Bom Jesus do Itabapoana, e-mail: matheusadizero11@hotmail.com;

⁵⁰ Graduando do Curso de direito da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) - Unidade Bom Jesus do Itabapoana, e-mail: crlepre@gmail.com

⁵¹ Graduando do Curso de Direito da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade Bom Jesus do Itabapoana, e-mail: desouzagustavo96@gmail.com

⁵² Professora orientadora: Mestra em Economia Empresarial. Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade de Bom Jesus do Itabapoana. E-mail: neuzamsnunes@gmail.com

⁵³ 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

Nesse objetivo, a implantação e implementação de órgãos que são responsáveis por garantir esses direitos à saúde e vida de crianças e adolescentes como da PEISA (Política Estadual de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes) e da PNAISC (Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança) definem-se em estratégias para o alcance da totalidade da atenção, o que constitui em unificar ações preventivas, curativas e de reabilitação (RIO GRANDE DO SUL, 2018, s. p.).

MATERIAL E MÉTODOS

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

DESENVOLVIMENTO

Os direitos das crianças e dos adolescentes são resultados de lutas dos movimentos internacionais de direitos humanos. A Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC), adotada pelas Nações Unidas (1989), constitui-se como um dos tratados mais endossados pela comunidade internacional da história da humanidade. A Convenção serviu como uma das bases para a elaboração, em 1990, da Declaração Mundial a respeito da Sobrevivência, Proteção e Desenvolvimento da Criança. Foi assinada por 159 países, entre eles o Brasil, durante a Reunião da Cúpula Mundial em Favor da Infância, com o compromisso de viabilizar, até o ano 2000, os meios necessários ao cumprimento de 26 metas estabelecidas, sendo 19 na área da Saúde (BRASIL, 1999a; COMITÊ COORDENADOR INTERAGENCIAL PARA AS AMÉRICAS, 1997 *apud* BRASIL, 2018).

Foram assumidos outros compromissos a partir de então como a Declaração de Innocenti, sobre a Proteção, Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno. Além disso, o Brasil aprova a Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, por meio do Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. Esse decreto reconhece que as crianças com deficiência

devem gozar plenamente de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais em igualdade de oportunidades com as outras crianças (BRASIL, 2009).

Além desses compromissos, a garantia dos os direitos fundamentais da criança e do adolescente, se deve também a grande participação e mobilização social, asseguradas na Constituição Federal de 1988 e no Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990b). O esforço coletivo para ações, programas e projetos desenvolvidos nas áreas sociais e, em particular, as relacionadas à saúde das mulheres e crianças também foram de grande importância para o entendimento e reconhecimento das dificuldades que ainda permanecem em nossa sociedade (BRASIL, 2018).

Aconteceram modificações importantes na assistência à saúde com um novo método de estruturação da rede de serviços com a criação do SUS. Começou a ser determinado por graus de complexidade tecnológica crescente e dever de amparar as pessoas de determinada área. O acesso a bens e serviços aos grupos populacionais mais vulneráveis, entre eles as mulheres, crianças e adolescentes foi garantido com a utilização dos recursos e competências relativas às ações e aos serviços de saúde descentralizado (BRASIL, 2018).

Os cuidados e melhorias na qualidade de vida de crianças e adolescentes ainda mostram dificuldade. O tamanho e a problemática ultrapassam aqueles que as unidades de saúde pública usualmente resolvem. Este necessário segmento da população é mais vulnerável pois é composto de indivíduos ainda imaturos para encarar sozinhos as cobranças do ambiente. (COSTA; BIGRAS, 2007, p. 1102).

Uma grande parte dos atos de saúde pública envolve práticas direcionadas diretamente aos adultos, com o intuito de que estes adotem condutas saudáveis, em favor de se próprio. Porém, as ações de saúde pública viradas à infância e juventude precisam ser indiretas, essencialmente dirigidas por adultos apropriados a proteger e cuidar. Não sendo exclusivamente por uma questão legal ou ética, mas especialmente por uma questão de assegurar a eficácia e o choque da ação-intervenção (COSTA; BIGRAS, 2007, p. 1102).

Isto dar a entender que as apropriadas intervenções em saúde pública devem, primeiramente, convencer os adultos a adotar comportamentos altruístas em relação à

saúde. Tal ação favorecerá não só apenas as crianças da família, mas também aquelas que estão em volta. Essas atitudes apresentam algumas dificuldades na implementação, principalmente em famílias e comunidades desfavorecidas e onde a empatia e a sensibilidade do adulto para a criança encontram-se afetadas (COSTA; BIGRAS, 2007, p. 1102)

Conforme os princípios da proteção integral, crianças e adolescentes devem ser tratados como cidadãos (sujeitos de direitos) e como grupo preferencial. O estágio de desenvolvimento biopsicossocial, deve ser considerado, uma vez que as particularidades estabelecem necessidades especiais e imediatas, de acordo com a dinâmica do procedimento maturacional. Junto com esses princípios, profissionais dos diferentes domínios do conhecimento, como exemplo, na área de saúde, exercem um papel prioritário (BRASIL, 2006).

O Brasil assumiu, na Constituição Federal de 1988, a garantia do direito universal à saúde, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Em 1989, a Assembleia Geral das Nações Unidas adotou a Convenção sobre os Direitos da Criança (ONU, 1989), ratificada pelo Brasil em 1990, introduzindo no plano normativo: o valor intrínseco da criança e do adolescente como ser humano e a necessidade de especial respeito à sua condição de pessoa em desenvolvimento. Ademais, o reconhecimento como sujeitos de direitos e sua prioridade absoluta nas políticas públicas também foram incluídos no plano (BRASIL, 2010).

O reconhecimento, pelas Nações Unidas, de crianças e adolescentes como sujeitos sociais, portadores de direitos e garantias próprias, independentes de seus pais e/ou familiares e do próprio Estado, foi a grande mudança de paradigma. Estabelecendo assim, obrigações diferenciadas, para o Estado, para as famílias e para a sociedade em geral, dentro da Doutrina de Proteção Integral (BRASIL, 2006)

No Brasil, os direitos fundamentais à infância e adolescência encontram-se assegurados no Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (1990) que constitui uma avançada legislação. Pela primeira vez na história constitucional brasileira, foi conferida à criança e ao adolescente a condição de sujeito de direito e de prioridade absoluta. Sendo

responsáveis por sua proteção a família, a sociedade e o Estado. (BRASIL, 2006; CARBONERA, 2000, p.7 *apud* BRASIL, 2018).

O Estatuto entrou em vigor em 12 de outubro de 1991 e se consolidou no ordenamento jurídico as mudanças ocorridas na ordem social. O ECA foi criado a partir de amplas discussões e estudos de diferentes organismos da sociedade. Reforça a proteção integral de todas as crianças e adolescentes, assegurando-lhes a condição de pessoas em desenvolvimento e que gozam de direitos e deveres. (DIMESENTEIN, 2002, p.7; CARBONERA, 2000, p. 7 *apud* BRASIL, 2018).

Em seu art. 1º, o ECA declara que os sujeitos da legislação específica são as crianças e os adolescentes em qualquer situação jurídica. Sendo seu objeto principal a proteção integral dos mesmos. As crianças são os menores de 12 anos e os adolescentes de 12 aos 18 anos (BRASIL, 1990). Nos casos expressos na lei são incluídos os jovens de 18 a 21 anos. O Estatuto propõe um olhar diferenciado para a criança e o adolescente, como pessoas em formação e cujos direitos devem ser respeitados (BRASIL, 1990b).

A promulgação da Lei nº 8.069/90 (ECA) fez com que o país adotasse uma nova doutrina em relação à formulação e implementação das políticas públicas voltadas para crianças e adolescentes. Pela primeira vez na história constitucional brasileira, foi conferida à criança e ao adolescente a condição de sujeito de direito e de prioridade absoluta, responsabilizando pela sua proteção a família, a sociedade e o Estado (CARBONERA, 2000, s. p. *apud* BRASIL, 2018).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As políticas públicas de saúde são programas e ações criadas e realizadas pelo governo que têm obrigação de colocar em prática os serviços de saúde que são previstos na lei. (BRASIL, 2019). O direito à saúde para todos os cidadãos é garantido por meio da Constituição Federal de 1988 sendo um direito fundamental social. É por meio das políticas públicas de saúde que esse direito é colocado em prática, através do oferecimento de

serviços de saúde para a população o SUS é o sistema de saúde pública do Brasil. (BRASIL, secretaria de saúde 2019)

Sendo o maior projeto de política pública de saúde do país. O sistema foi criado pela Constituição Federal de 1988 e é regulado pela lei nº 8.080/90. O SUS foi criado para ser um conjunto de serviços de atendimento à saúde, que são prestados e administrados em todo o país. (BRASIL, secretaria de saúde 2018). O sistema tem o objetivo de atender todos os cidadãos com base em alguns princípios de integralidade, universalidade e equidade. Como consta no

Art.196 – A saúde é direito de todos e dever do estado. Garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem á redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário ás ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

E devido à obrigação do Estado, em auxiliar os pais e responsáveis por meio de assistência e proteção relacionada à saúde das crianças e adolescentes, foi criada perante em paralelo às políticas públicas de saúde como o PNAISC (política nacional de atenção integral á criança) e a PEAISA (política estadual de atenção integral a saúde de adolescentes) (RIO GRANDE DO SUL, 2018).

A PNAISC tem como objetivo promover e proteger a saúde da criança, desde a gestação até os 9 anos de vida, dando atenção especial à primeira infância. A PNAISC é o documento que agrupa o todo de ações programáticas e estratégicas para garantir o completo desenvolvimento da criança em todas as etapas do ciclo de vida, considerando as diferentes culturas e realidades, com foco principal na promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, assistência e reabilitação à saúde, e defesa dos direitos da criança desde a gestação até os 9 anos de idade. (RIO GRANDE DO SUL, 2018).

Este programa foi construído sobre fatos que ultrapassam todas as redes de atenção à saúde, envolvendo ações que vão desde a atenção humanização perinatal e ao recém-nascido, promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável, desenvolvimento integral da primeira infância, atenção a crianças com agravos prevalentes e doenças crônicas, prevenção de violências e acidentes e promoção da cultura de paz,

atenção a crianças com deficiências ou em situações de vulnerabilidades e prevenção do óbito infantil.

Por outro lado, reconhecendo a vulnerabilidade do meio jovem, de 15 a 24 anos de idade, às repercussões sobre o processo saúde-doença advindas das determinações socioeconômicas e políticas da reforma do estado, O Ministério da Saúde ampliou a especificação no atendimento em saúde a faixa etária de 10 a 24 anos. Para garantir ações, integradas às outras políticas de saúde, ações e programas já existentes no SUS, frente aos desafios que a atual situação de saúde se encontra. O ministério da saúde propõe algumas diretrizes nacionais para atenção integral à saúde de adolescentes (PEAISA).

Tendo como objetivo promoção, proteção e recuperação da saúde, sensibilizando gestores para uma visão holística do ser humano e para uma abordagem sistêmica das necessidades dessa população. Busca, portanto, focalizar na importância da construção de estratégias inter federativas e inter setoriais que contribuam para uma melhora no quadro nacional de vulnerabilidade de adolescentes e de jovens, influenciando no desenvolvimento saudável desse grupo populacional. (BRASIL, 2010)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O direito a saúde voltado para a promoção do direito de crianças e adolescente traz em números resultados positivos, é dever da família e da sociedade juntamente com o estado de assegurar à criança e ao adolescente. Podem-se citar dois artigos em nossa constituição federal que é justamente voltada para os direitos da criança e do adolescente.

No Brasil, a Constituição de 1988 e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) estabeleceram que as crianças e os adolescentes sejam tratadas como 'prioridades absolutas' para o efetivo desenvolvimento do País. A legislação dá um privilégio legal à população infanto-juvenil conforme o seu valor intrínseco: são cidadãos em desenvolvimento e, dado o seu valor projetivo, são portadores do futuro.

Voltada para saúde da criança e do adolescente, é preciso que o governo, a família e a sociedade passem a atuar de forma mais presente, a fim de que o ECA deixe de ser um

projeto, no sentido das práticas e do direito nas quais devem ser garantidos a todas as crianças e adolescentes como sujeito de direitos, dessa forma, haverá a efetivação na proteção integral e garantias das crianças e dos adolescentes.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009**. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm>. Acesso em: 11 mai. 2019.

BRASIL. **Decreto nº 99.710, de 21 de novembro de 1990a**. Promulga a Convenção sobre os Direitos da Criança. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D99710.htm> Acesso em: 15 mai. 2019.

BRASIL. **Lei n. 8.069, de 19 de setembro de 1990b**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. Disponível em: <http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/camara/estatuto_crianca_adolescente_9ed.pdf> Acesso em: 15 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde: **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf> Acesso em: 17 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde: **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica_Nacional_de_Atencao_Integral_a_Saude_da_Crianca_PNAISC.pdf> Acesso em: 17 mai. 2019.

COSTA, M. C. O.; BIGRAS, M. Mecanismos pessoais e coletivos de proteção e promoção da qualidade de vida para a infância e adolescência. In: **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 5, p. 1101-1109, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000500002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 mai. 2019.

LIMA, Cláudia Araújo de et al (Coord.). **Violência faz mal à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/violencia_faz_mal.pdf> Acesso em: 17 mai. 2019.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Convenção Internacional de Direitos da Criança**. Genebra: ONU; 1989. Disponível em:
<<https://www.unric.org/html/portuguese/humanrights/Crianca.pdf>>. Acesso em 9 mai. 2019.

RIO GRANDE DO SUL (ESTADO). **Política Estadual de Atenção Integral à Saúde de Crianças e Adolescentes**. Porto Alegre: Secretaria Estadual de Saúde, 2018. Disponível em:
<<https://saude.rs.gov.br/saude-do-crianca-e-adolescente>>. Acesso em 9 mai. 2019.

OS IMPACTOS DO ASSÉDIO MORAL NO AMBIENTE DE TRABALHO

SANTOS, Maycon de Sousa⁵⁴
MOURA, Ana Lourdes Pereira⁵⁵
DANTAS, Rafael Oliveira⁵⁶
NUNES, Neuza Maria de Siqueira⁵⁷
RANGEL, Tauã Lima Verdan⁵⁸

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como objetivo apresentar a temática sobre os impactos causados pelo assédio moral em seu ambiente de trabalho, podendo gerar danos psicológicos para as vítimas e atrapalhar a cumprir suas devidas funções. Assédio moral no trabalho por muitos pode ser considerado um termo novo, porém sempre foi cometido, começando lá no Brasil Colônia por volta de 1500 quando os escravos sofriam nas mãos dos senhores de engenho, suportando diversas situações que acabava ocasionando a morte.

No trabalho, o assédio moral condiz em práticas de colocar a vítima em situação vergonhosa, humilhante e constrangedora repetidamente, podendo ser de um grupo contra um superior ou indivíduo, de um superior com um subordinado, de um funcionário de cargo inferior para seu chefe ou até igualitário nas funções, mas podendo ser mais comum em

⁵⁴ Graduando do Curso de Direito da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade Bom Jesus do Itabapoana, mayconsouzassouza@gmail.com;

⁵⁵ Graduanda do Curso de Direito da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade Bom Jesus do Itabapoana, analourdes.pereira.moura@gmail.com;

⁵⁶ Graduando do Curso de Direito da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade Bom Jesus do Itabapoana, rafaeloliverdantas@gmail.com;

⁵⁷ Professora orientadora. Mestra em Economia Empresarial. Professora da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade de Bom Jesus do Itabapoana. E-mail: neuzamsnunes@gmail.com;

⁵⁸ 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

relação hierárquica. Com isso acaba degradando o ambiente de trabalho, tornando em um lugar hostil tendo em vista que será um desconforto enorme para um funcionário permanecer em um lugar onde sua saúde mental se desgaste, assim automaticamente sua produtividade terá uma diminuição devido a tais problemas. Nos dias atuais a Justiça do Trabalho tem se posicionado de acordo com o direito à dignidade da pessoa humana, previsto no artigo 1º, inciso III, da Constituição Brasileira de 1988.

MATERIAL E MÉTODOS

Considerando o método utilizado para a elaboração deste trabalho foi à revisão bibliográfica com base em leituras de alguns sites eletrônicos da Web, sendo artigos científicos, selecionados da internet e em livros que discorriam sobre o tema abordado.

DESENVOLVIMENTO

O assédio moral tem sido tema debatido em vários países como um fenômeno destruidor no ambiente de trabalho, provocando grande apreensão na sociedade, ocasionando impactos psicológicos, médicos e jurídicos. Ao analisar o problema percebe vários atos de assédio tais como: o assédio sexual, a lesão à intimidade, e a lesão à honra no trabalho considerados frequentes no ambiente do trabalho. Desse modo, Oliveira afirma:

O assédio moral no trabalho se fundamenta na cultura tanto geral quanto de departamentos específicos das organizações, sendo reforçado pela imitação dos comportamentos observados que indicam uma forma adaptativa ou efetiva de ação por um lado, e, por outro, este fenômeno pode ser promovido pela recompensa dada aos padrões de intimidação e/ou manipulação que certos membros do grupo exercem sobre os demais. (OLIVEIRA, 2015, p. 21)

A mesma autora discorre ainda sobre os impactos causados pelo tema exposto e sofrimento das vítimas agredidas no ambiente do trabalho, nos remetendo ao passado tornando se um problema cultural.

Teremos então uma cultura organizacional que não apenas tolera mas incentiva normas de grupo negativas – incluindo o assédio moral no trabalho – que se tornam parte do cotidiano e promovem consequências danosas para a organização e empregados. Haverá neste caso um aumento da competição e decréscimo da solidariedade e confiança entre os trabalhadores. (OLIVEIRA, 2015, p.21-22)

O assédio moral se caracteriza por ser uma conduta abusiva, de natureza psicológica, que atenta contra a dignidade psíquica, de forma repetitiva e prolongada, e que expõe o trabalhador a situações humilhantes e constrangedoras. Tais práticas são, capazes de causar ofensa à personalidade, à dignidade ou à integridade psíquica, e que tenha por efeito excluir a posição do empregado no emprego ou deteriorar o ambiente de trabalho, durante a jornada de trabalho e no exercício de suas funções.

Visto que são inúmeros problemas relacionados ao assédio e que trazem prejuízos significantes para empresas, Hirigoyen disserta que:

O assédio moral é um péssimo ‘negocio’ para as empresas, pois não é um método eficiente na medida em que causa perda de produtividade. Para que as pessoas trabalhem bem e produzam bastante elas precisam ter boas condições e ambiente de trabalho saudável. As pessoas precisam estar bem para produzir bem. Serem respeitadas como seres humanos. Estamos num sistema que perdeu sentido, num sistema louco. Desestruturam-se as pessoas deixando-as totalmente desmotivadas e depois se reclama que não são suficientemente eficientes, que não produzem de forma satisfatória. Isto não tem sentido. Seria necessário, pelo contrário, melhorar sempre as condições de trabalho, fazer com que as pessoas tenham vontade de trabalhar, reconhecendo e respeitando seus esforços, o que certamente, levaria a empresa a obter melhores resultados (HYRIGOYEN, s.d.,online)

No tocante às dificuldades que existem com relação ao assédio moral reconhece-se a existência de duas dimensões. Há, ao mesmo tempo, uma dimensão coletiva que deve ser tratada pelos sindicatos, que deve ser tratada de forma coletiva, mas há, também, uma dimensão de sofrimento individual que precisa de apoio de médicos, psicólogos e outros profissionais afins, para ajudar estas pessoas a encontrar soluções. Para enfrentar o problema do assédio moral parece importante que haja um trabalho interdisciplinar,

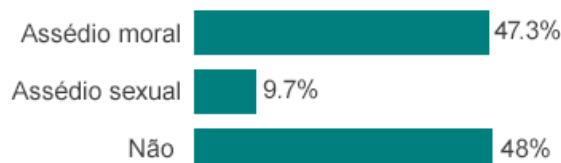
envolvendo médicos do trabalho, psiquiatras, psicólogos, assistente social, sociólogos, sindicalistas, advogados, trabalhadores e que todos tentem juntos, encontrar soluções (HYRIGOYEN, s.d., online)

Discorrendo sobre o assunto até a esfera jurídica trabalhista, sabe-se que no país o problema da discriminação é muito dissimulado e hipocritamente se afirma que não existe, consequentemente por falta de informação e de coragem pouco é a procura do Poder Judiciário, principalmente, o trabalhista, para conhecimento e reparação de lesões individuais e coletivas decorrentes de atos discriminatórios. Quem muito bem vem desempenhando o papel fiscalizador para evitar que tais atos sejam evitados ou mesmo abolidos é o Ministério Público do Trabalho, inclusive, quando necessário, interpondo as competentes ações civis públicas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A realização do trabalho permite ter uma compreensão maior da gravidade que se trata este assunto, esse tipo abuso pode causar problemas psicológico em ambos os sexos, e em diferentes idades, em sua maioria é exercida por pessoas com cargos superiores ou patentes mais altas, em que as vítimas se sentem vulneráveis, em algumas ocasiões após o abuso tornam-se incapaz de realizar algumas tarefas ou deveres, ou tem medo de não conseguir realizar. Em alguns casos, o assédio moral quando não denunciado pode se tornar mais intenso, e com o passar do tempo se tornar um assédio sexual.

Você sofreu algum tipo de assédio no trabalho?*



*A porcentagem total é maior que 100% devido ao fato de alguns respondentes terem sofrido ambos assédios no local de trabalho

Sofreu assédio moral



Sofreu assédio sexual



Fonte: BBC, 2015.

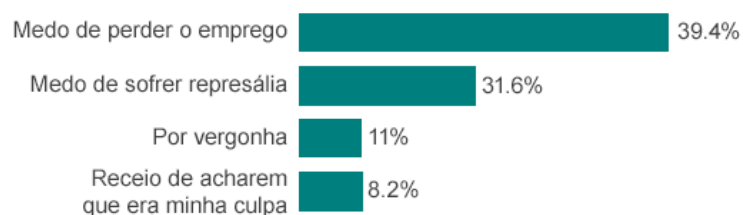
Se não sofreu assédio, já presenciou algum abuso?



Se sofreu assédio, denunciou o agressor?



Por que não denunciou?



Fonte: Pesquisa sobre assédio moral e sexual no ambiente de trabalho
Junho de 2015 / Vagas.com

BBC

Fonte: BBC, 2015.

O resultado da pesquisa feito pela BBC Brasil mostra que na maioria dos casos o assédio moral tem mais ocorrências, e por sua vez na maioria dos casos quem mais sofrem com os tipos de abuso no trabalho são as mulheres, podemos observar também que o

assédio sexual tem porcentagens alarmantes no Brasil, em que mais uma vez os alvos são as mulheres. Vê-se que o agressor prefere atacar sem testemunhas, logo, a vítima vai se sentir mais vulnerável, em sua maioria dos casos ocorridos as vítimas não denunciaram os seus agressores por medo de perder os seus empregos, tornando assim um ciclo vicioso de abuso, sensação de impotência mental e medo do desemprego.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por fim, cabe salientar que para a vítima não é uma situação fácil de ser enfrentada levando em conta que essas situações acontece no local em que ela precisa tirar o sustento da família, e para poder dar queixa e comprovar que realmente estava sofrendo assédio moral a vítima precisaria de testemunhas, que na maioria dos casos seria de próprios colegas do ambiente de trabalho que por medo de perder seu emprego ou até mesmo não conseguir emprego em outro lugar acaba se negando a prestar depoimentos .

O trabalhador que se identificar nessa situação e não conseguir testemunha ocular pode usar como provas gravações e anotações com dia e a hora que sofreu o assédio assim como deverá procurar o Ministério Público ou Rh da empresa para informar e evitar que demais pessoas sofram com as mesmas situações.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 05 de outubro de 1988. 20. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2017.

CAVALIERI FILHO, Sergio. **Programa de Sociologia Jurídica**. 11 ed, 2 tir. Rio de Janeiro: Editora Forense, 2005.

HIRIGOYEN, Marie-France. **Assédio Moral no Trabalho**. Disponível em: <<http://www.assediomoral.org/spip.php?article214>>. Acesso em 19 mai. 2019.

JAYME, Fernando Gonzaga. **Direitos humanos e sua efetivação pela Corte Interamericana de Direitos Humanos**. Belo Horizonte: Del Rey, 2005.

LUCENA, Lorena. Assédio Moral no ambiente de Trabalho – o que devo fazer? In: **Jus Brasil**: portal eletrônico de informações, 2018. Disponível em: <<https://lucenatorres.jusbrasil.com.br/artigos/522083922/assedio-moral-no-ambiente-de-trabalho-o-que-devo-fazer>>. Acesso em: 18 mai 2019.

MENDES, Gilmar Ferreira Mendes; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. **Curso de direito constitucional**. 12. ed. rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2017.

OLIVEIRA, Antônio Ítalo Ribeiro. O mínimo existencial e a concretização do princípio da dignidade da pessoa humana. In: **Revista Jus Navigandi**, Teresina, 2016. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/50902/o-minimo-existencial-e-a-concretizacao-do-principio-da-dignidade-da-pessoa-humana>>. Acesso em 11 abr. 2019.

OLIVEIRA, Renato Tocchetto de. Propostas de um modelo de ciclo básico do Assédio Moral no Trabalho sua sustentação teórica e uma breve descrição da atuação da Superintendência Regional do Trabalho em Santa Catarina. In: TOLFO, Susana da Rosa; OLIVEIRA, Renato Tocchetto de (Org.). **Assédio Moral no Trabalho**: características e intervenções. Florianópolis: Lagoa, 2015.

RAMOS, André de Carvalho. **Curso de Direitos Humanos**. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 2017.

O DIREITO À SAÚDE AMBIENTAL

OLIVEIRA, Thiago Xavier⁵⁹
CAMPOS, Sabrina Silva⁶⁰
OLIVEIRA, Amélia Clara da Silva⁶¹
NUNES, Neuza Maria de Siqueira⁶²
RANGEL, Tauã Lima Verdan⁶³

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como objetivo descrever sobre a importância da saúde ambiental para a sociedade, do seu direito a ela garantido pelos artigos 196º, 200º e 225º da Constituição Brasileira de 1988 e onde o encontramos. Demonstra a relação saúde-meio ambiente e a área de Saúde Ambiental, discutindo a incorporação dos conceitos de desenvolvimento sustentável e de equidade nas propostas de promoção da saúde ambiental.

Destacam-se, ainda, alguns pontos do debate sobre o campo da saúde ambiental, em especial sobre o surgimento da vigilância em saúde ambiental no âmbito das políticas públicas do Sistema Único de Saúde (SUS), e apresenta as definições adotadas pela Organização Mundial da Saúde para a Saúde Ambiental, destacando sua preocupação tanto

⁵⁹ Graduando do Curso de Direito da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade de Bom Jesus do Itabapoana. E-mail: thiagoxavier2012@yahoo.com.br;

⁶⁰ Graduanda do Curso de Direito da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade de Bom Jesus do Itabapoana. E-mail: sabrinacampos_bji@hotmail.com;

⁶¹ Graduanda do Curso de Direito da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade de Bom Jesus do Itabapoana. E-mail: amelia.clara2011@gmail.com;

⁶² Professora orientadora. Mestra em Economia Empresarial. Professora da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade de Bom Jesus do Itabapoana. E-mail: neuzamsnunes@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

com estudos para verificar as possíveis relações entre os fatores ambientais e a saúde, quanto com a prática de propor formas de eliminar esses fatores de risco à saúde.

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

A saúde ambiental é o processo que avalia, corrige e controla os fatores ambientais que podem interferir negativamente na saúde das pessoas, sejam estes físicos, químicos, biológicos ou sociais. A ideia principal da saúde ambiental é controlar os fatores de risco para a vida e saúde dos seres humanos. O órgão que estabelece os potenciais riscos é a Organização Mundial da Saúde (OMS). Este órgão considera que há três fatores-chaves e que são uma ameaça para a saúde: a pobreza, o uso irracional dos recursos naturais e a economia não sustentável (EDITORIAL s.d.).

Para a Organização Mundial da Saúde, “Saúde Ambiental é o setor de atuação da Saúde Pública que se ocupa das formas de vida, das substâncias e das condições em torno do ser humano, que podem exercer alguma influência sobre a sua saúde e o seu bem-estar” (RIBEIRO, 2004, p. 71). E, ela decorre de aspectos da saúde humana, incluindo a qualidade de vida, que estão determinados por fatores físicos, químicos, biológicos, sociais e psicológicos. A expressão também se refere à teoria e prática de valorar, corrigir, controlar e evitar aqueles fatores ambientais que potencialmente possam prejudicar a saúde das atuais gerações e das futuras (RIBEIRO, 2004, p.72).

Como área do saber, integra parte da Saúde Pública, ao conhecimento científico e à formulação de Políticas Públicas de Saúde e as correspondentes intervenções relacionadas à interação entre a saúde humana e os fatores do meio natural e entrópico que determinam,

condicionam e influenciam, com vistas a melhorar a qualidade de vida do ser humano sob a ótica da sustentabilidade (BRASIL, 2007, p.18).

A Saúde Ambiental está baseada a partir da perspectiva da saúde, ou seja, aos temas relacionados ao abastecimento de água, ao esgoto sanitário, a imunização infantil, poluição ambiental e medidas de higiene em uma comunidade ou no local de trabalho. Todos estes aspectos são vertentes da saúde ambiental que deve ser entendida como uma estratégia de conjunto (EDITORIAL s.d.).

De uma forma geral, portanto é relacionada com o Meio Ambiente habitado pelo homem sendo totalmente dependente da interação do homem e este meio (LIMA, s.d.). Um fator importante na questão da Saúde Ambiental é a sua relação com as mudanças do clima que resultam em um ambiente com temperaturas elevadas e baixa umidade do ar. Temperaturas elevadas segundo pesquisas causam impacto na saúde humana influenciando em problemas Psicológicos, ocasionando alterações do sistema imune, sobrecarga renal e problemas cardíacos dentre outros (LIMA, s.d.).

A falta ou deficiência da saúde ambiental de um território pode afetar um grande número de áreas: a qualidade da água, a vegetação, a atmosfera, entre outras. Em relação ao contexto socioeconômico, a saúde ambiental está focada na infraestrutura dos serviços públicos, assim como na população e na habitação. O conceito saúde ambiental é bem amplo e óbvio, pois a saúde está relacionada com a economia, com a poluição e com o sistema de purificação de água.

Com a evolução da legislação, ampliou-se a consciência de que a saúde, individual e coletiva, e as suas dimensões físicas e mentais, estão intrinsecamente relacionadas à qualidade do meio ambiente. Do ponto de vista sanitário, é preciso recuperar, o sentido de “lugar” para que possa ocorrer a análise e a intervenção buscando identificar, em cada situação específica as relações entre as condições de saúde e seus determinantes culturais, socioambientais, dentro de ecossistemas modificados pela intervenção humana (MINAYO, 2006).

De acordo com a Constituição Federal (1988), “Saúde é direito de todos e dever do Estado”. Daí, criou-se o SUS (Sistema Único de Saúde) para garantir acesso integral, e

gratuito à saúde para toda a população do país. Nos incisos II e VIII do artigo 200 da Constituição Federal, constam atribuições do Sistema Único de Saúde, como a execução de ações de vigilância sanitária e epidemiológica, saúde do trabalhador e a colaboração na proteção do meio ambiente, nele integrante, o do trabalho. A Lei nº 8.080/90, em seu art. 6º, inciso II, garante a participação do setor da saúde na formulação de políticas e na execução de ações de saneamento. Entretanto, na atualidade, as políticas de saneamento, as tecnologias, o porte e a localização das obras, em sua maioria, obedecem à lógica das empresas, com poucas exceções (BARCELOS; QUITÉRIO, 2006, p.174).

A Lei nº 8.080/90 inclui no campo de atuação do Sistema Único de Saúde a “colaboração na proteção do meio ambiente”, bem como o controle da água para consumo humano e de substâncias tóxicas e radioativas (BARCELOS; QUITÉRIO, 2006, p.175). O DSAST (Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador) é o órgão que gere o Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental, incluindo o ambiente de trabalho. O departamento é responsável pela implementação da política e o acompanhamento das ações de vigilância em saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador e também propõe e desenvolve metodologias e instrumentos de análise e comunicação de risco ambiental, além de gerenciar o Sistema de Informação da Vigilância em Saúde Ambiental (OPAS, s.d.).

A Vigilância em Saúde Ambiental (VSA) consiste em um conjunto determinado de ações, que proporcionam na percepção de mudanças, e nos fatores determinantes condicionados ao meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção, e controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou a outros agravos à saúde.

Essas ações são necessárias devido aos evidentes os sinais de deteriorização do ambiente em escala planetária. A degradação progressiva dos ecossistemas, a contaminação crescente da atmosfera, solo e água, bem como o aquecimento global são exemplos dos impactos das atividades humanas sobre o ambiente. Esses problemas são exacerbados em situações locais em que se acumulam fontes de riscos advindas de processos produtivos passados ou presentes, como a disposição inadequada de resíduos industriais, a

contaminação de mananciais de água e as péssimas condições de trabalho e moradia (OPAS, s.d.).

RESULTADO E DISCUSSÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1989 *apud* U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 1998), a saúde ambiental é formada por todos aqueles aspectos da saúde humana, incluindo a qualidade de vida, que estão determinados por fatores físicos, químicos, biológicos, sociais e psicológicos no meio ambiente. Nesta linha de exposição, ainda, a saúde ambiental também se refere à teoria e à prática de valorar, corrigir, controlar e evitar fatores do meio ambiente que possam prejudicar a saúde de gerações atuais e futuras.

O conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá de valores individuais, concepções científicas, religiosas e filosóficas. O mesmo, aliás, pode ser dito sobre as doenças. Assim, ao cuidado coletivo em saúde incorporaram-se os sentidos da biologia humana: que compreende a herança genética e os processos biológicos inerentes à vida; do meio ambiente: que inclui solo, água, ar, moradia e local de trabalho; do estilo de vida. Dessa forma, observa-se que, para estabelecer relações entre o ambiente, a saúde e o território, devemos romper com visões fragmentadas de problemáticas relacionadas a distintos campos do saber, pois as conexões entre as transformações atuais de uma economia globalizada, as radicais mudanças no ambiente natural e a complexidade dos problemas de saúde das populações merecem um esforço de investigação que avance sobre o paradigma cartesiano positivista mediante investigações cada vez mais interdisciplinares (QUANDT et al, 2014).

Fica evidente a dificuldade que existe para a garantia do direito quando se considera a amplitude da significação do termo saúde e a complexidade do direito à saúde que depende daquele frágil equilíbrio entre a liberdade e a igualdade, permeado pela necessidade de reconhecimento do direito do Estado ao desenvolvimento. Encontrar o meio

de garantir efetivamente o direito à saúde é a tarefa que se impõe de modo iniludível aos atuais constituintes brasileiros. Não basta apenas declarar que todos têm direito à saúde; é indispensável que a Constituição organize os poderes do Estado e a vida social de forma a assegurar a cada pessoa o seu direito. É função de todo profissional ligado à área da saúde contribuir para o debate sobre as formas possíveis de organização social e estatal que possibilitem a garantia do direito à saúde (DALLARI, 1987).

Antes da criação da Vigilância em Saúde Ambiental, o Brasil já vinha discutindo políticas públicas, visando integrar as áreas da saúde e do meio ambiente. Um exemplo disso foi à construção do Plano Nacional de Saúde e Ambiente para o Desenvolvimento Sustentável, elaborado em 1997, após um processo regionalizado de consulta à comunidade técnico-científica e à sociedade civil organizada. A partir desse plano, foi elaborada uma proposta para a Política Nacional de Saúde Ambiental. O documento, elaborado em oficinas de trabalho pelo Ministério da Saúde, foi concluído em 1999, porém não foi efetivado (AUGUSTO, 2004).

Segundo a Fundação Nacional de Saúde (BRASIL, 2002), entre os objetivos da vigilância em saúde ambiental estão: (1) produzir, integrar, processar e interpretar informações a serem disponibilizadas ao SUS, que sirvam como instrumentos para o planejamento e execução de ações relativas às atividades de promoção da saúde e prevenção e controle de doenças relacionadas ao meio ambiente; (2) estabelecer parâmetros, atribuições, procedimentos e ações relacionadas à vigilância ambiental nos diversos níveis de competência; (3) identificar os riscos e divulgar as informações referentes aos fatores ambientais condicionantes e determinantes das doenças e de outros agravos à saúde; (4) promover ações de proteção à saúde relacionadas ao controle e recuperação do meio ambiente; (5) conhecer e estimular a interação entre ambiente, saúde e desenvolvimento a fim de fortalecer a participação popular na promoção de saúde e qualidade de vida. Dessa forma, a vigilância ambiental atua identificando os agravos presentes no ambiente e a relação destes com a comunidade atingida por seus efeitos, de maneira a criar metodologias para extinguir as fontes causadoras de perturbação ou, pelo menos, elaborar ações para minimizar seus impactos adversos (BEZERRA, 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante de todas as informações apresentadas no decurso do presente, conclui-se que existem desafios para articular os cuidados entre o meio ambiente e a saúde. O enfrentamento dos problemas ambientais implica na ativação e objetivação de um conjunto de processos sociais os quais as ciências sociais têm um importante papel a desempenhar.

Medidas importantes devem ser tomadas, portanto pelo governo, como o fortalecimento de pessoas treinadas para o estudo e a realização de ações minimizadoras destes impactos, bem como a elaboração de Políticas Públicas e Leis que insiram e definam melhor as questões de saúde ambiental. Assim, o que é relevante nesse caso é ter a noção das interferências humanas no meio ambiente e das alterações nos padrões de algumas doenças, e também a noção da importância da participação e da representação política da sociedade na busca dos direitos e dos deveres para a melhoria das condições socioambientais.

REFERÊNCIAS

AUGUSTO, L. G. S.; BRANCO, A. **Política de informação em saúde ambiental**. Revista Brasileira de Epidemiologia, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 150-157, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rbepid/2003.v6n2/150-157/pt/>. Acesso em 18 mai. 2019.

BARCELLOS, C.; QUITERIO, L. A. D. Vigilância ambiental em saúde e sua implantação no Sistema Único de Saúde. In: **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 1, p.170-177, 2006. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/rsp/2006.v40n1/170-177/>>. Acesso em 18 mai. 2019.

BEZERRA, Anselmo César Vasconcelos. Vigilância em saúde ambiental no Brasil: heranças e desafios. In: **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 26, n. 4, out.-dez. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902017000401044. Acesso em 19 mai. 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde: **Subsídios para construção da Política Nacional de Saúde Ambiental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <<http://www.anppas.org.br/encontro5/cd/artigos/GT4-610-808-20100814150548.pdf>>. Acesso em 19 mai. 2019.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas emendas constitucionais n. 1/92 a 40/2003 e pelas emendas constitucionais de revisão de n. 1 a 6/94. 25 ed. Brasília.

DALLARI, Sueli Gandolfi. O direito à saúde. In: **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 22, n. 1, fev. 1988. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101988000100008>. Acesso em 19 mai. 2019.

EDITORIAL QueConceito. **Conceito de Saúde Ambiental**. Disponível em:
<<https://queconceito.com.br/saude-ambiental>>. Acesso em: 18 mai. 2019.

KORB, Arnildo. **Saúde Ambiental**: Concepções e interpretações sobre meio ambiente e sua relação com a saúde humana. Disponível em:
<<http://www.anppas.org.br/encontro5/cd/artigos/GT4-610-808-20100814150548.pdf>>. Acesso em 19 mai. 2019.

LIMA, Ana Marina Martins. **Definição de Saúde Ambiental**. Disponível em:
<<https://ambientedomeio.com/2018/07/17/definicao-de-saude-ambiental/>>. Acesso em 18 mai. 2019.

MINAYO, M. C. de S. Saúde e ambiente: uma relação necessária. In: CAMPOS, G. W. de S. *et all*. **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2006.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. **Vigilância em Saúde Ambiental**. Disponível em:
<https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=494:vigilancia-em-saude-ambiental&Itemid=839>. Acesso em 18 mai. 2019.

QUANDT, Fábio Luiz et all. Saúde Ambiental e atenção à saúde: construção e ressignificação de referências. In: **Cad. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, 2014, p. 150-157. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v22n2/1414-462X-cadsc-22-02-00150.pdf>>. Acesso em 19 mai. 2019.

RIBEIRO, H. Saúde Pública e meio ambiente: evolução do conhecimento e da prática, alguns aspectos éticos. In: **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 70-80, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902004000100008&script=sci_arttext>. Acesso em 18 mai. 2019.

O ABORTAMENTO DE MICROCÉFALOS COMO DIREITO À SAÚDE

BOECHAT, Victor Hugo Menezes⁶⁴
CERQUEIRA, Gabriel Musquim Batista⁶⁵
SILVA NETO, Tito Nunes da⁶⁶
RANGEL, Tauã Lima Verdan⁶⁷

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos diversos assuntos referentes a área da saúde vêm sendo debatido e/ou discutido por inúmeras pessoas. Dentre esses assuntos, o presente trabalho busca relatar sobre o abortamento de microcéfalos como direito à saúde – caso que assola o Brasil e o mundo, gerando debates e discussões.

A fim de um melhor entendimento sobre o tema, o objetivo desse trabalho baseia-se em explicar a relação entre a microcefalia e o aborto, uma vez que ambos estão interligados à saúde. Ainda no que diz respeito a microcefalia, a pesquisa relata brevemente sobre o *Zika Vírus*, uma arbovirose transmitida pelo mosquito *Aedes Aegypti*, considerado como uma das principais causas de microcefalia observadas recentemente.

⁶⁴ Graduando do Curso de Direito da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade Bom Jesus do Itabapoana, gabrielbmc1@hotmail.com;

⁶⁵ Graduando do Curso de Direito da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade Bom Jesus do Itabapoana, victorhugoboechat@gmail.com;

⁶⁶ Graduando do Curso de Direito da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade Bom Jesus do Itabapoana, nunes.tito007@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

MATERIAL E MÉTODOS

Buscando descrever sobre o conceito de aborto e de microcefalia, a fim de retratar sobre o tema referente ao abortamento de microcéfalos como direito à saúde, o presente trabalho contou com a realização de pesquisas realizadas na internet, as quais disponibilizam conteúdo do Ministério da Saúde (2017), além de artigos advindos de autores como Arnoni (2017) e Abreu e Lino (2017).

DESENVOLVIMENTO

Segundo o Ministério da Saúde (2017), a microcefalia é uma malformação congênita em que o cérebro não se desenvolve de maneira adequada; essa malformação pode ser efeito de uma série de fatores, tal como o uso de substâncias químicas e infecciosas, além de bactérias e vírus – sendo bastante associada ao Zika Vírus, uma arbovirose transmitida pelo mosquito *Aedes Aegypti*. Ainda de acordo com o Ministério da Saúde (2017), a microcefalia pode ser acompanhada de epilepsia, paralisia cerebral, retardo no desenvolvimento cognitivo, motor e na fala, além de problemas de visão e audição. A microcefalia, causada em grandes casos pelo Zika Vírus, mostra consequências geradas no feto, na saúde da criança e na vida dos familiares, que muitas vezes, não estão preparados para tal situação, uma vez que estão envolvidos nesses casos questões financeiras, de saúde e psicossociais.

Em relação à microcefalia, são crianças comprovadamente com deficiências, uma vez que, essa malformação pode causar várias consequências e em diferentes níveis. Porém, essas crianças têm vida e o fato de apresentarem dificuldades de natureza mental ou física não torna essa vida com mais ou menos significância. Portanto, crianças que nasceram com microcefalia, independente da causa ser o ZIKV, não estão condenadas à morte. O que poderão é ter uma vida com menos autonomia, menos cidadania e muito restrita devido às barreiras sociais. (ECHEVENGUÁ et. al., 2017, p. 132).

Nesse sentido, faz-se necessário mencionar o que se entende por aborto. Para Abreu e Lino (2017) o aborto é a ação que interrompe a gravidez, deixando de produzir naturalmente o ciclo da vida. De acordo com as autoras, existem dois tipos de aborto, que podem ser denominados como espontâneo ou provocado. O aborto espontâneo é considerado como natural, ocorrendo quando o próprio organismo da gestante expulsa o feto, gerando a sua morte. Em contrapartida, o aborto provocado é aquele em se analisa a vontade e o desejo do agente na prática do aborto.

O direito à vida é reconhecido e resguardado pelo nosso ordenamento jurídico da forma mais ampla possível, havendo proteção à vida desde o momento de sua concepção. Apesar de ainda não se considerado como uma “pessoa”, uma vez que, em que pese existir de forma autônoma, não o faz de forma independente, conquanto ainda em estágios de formação, já é reconhecido como sujeito de direitos, antes mesmo de ser-lhe reconhecida a personalidade jurídica, que somente advém com o nascimento com vida. (ROSA, 2015, s. p.).

Segundo Abreu e Lino (2017), a lei tanto proíbi quanto autoriza o aborto. A proibição é em torno do crime praticado contra a gestante e o feto quando praticado por terceiro, e contra o feto se praticado pela própria gestante, como é tratado nos artigos 124, 125 e 126 do Código Penal, a penalização é para garantir a vida intrauterina do feto até o seu nascimento com vida. As autoras acrescentam que a lei autoriza a prática do aborto chamado de “aborto legal”, desde que o mesmo seja realizado por um médico, assim como definido no artigo 128 do Código Penal.

Art. 128 - Não se pune o aborto praticado por médico:

Aborto necessário

I - se não há outro meio de salvar a vida da gestante;

Aborto no caso de gravidez resultante de estupro

II - se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal.

Lesão corporal. (BRASIL, 1940).

Para tanto, no que se refere ao aborto, Paes (2016, s. p.) diz que é preciso ter coragem para dar a visibilidade e a dimensão necessária ao aborto legal. A autora reitera que, conforme Pesquisa Nacional sobre o aborto, uma em cada cinco mulheres brasileiras entre 18 e 29 anos já realizou aborto no Brasil, e que, por isso, a questão precisa ser tratada sob a ótica do direito à saúde.

Sabemos que o aborto inseguro gera perigo à vida das gestantes, em especial àquelas mulheres em situação de vulnerabilidade social. A discussão sobre este tema não pode ser polarizada apenas entre aqueles que defendem a liberdade de escolha da mulher e aqueles que opinam pela criminalização desta ação, e diminuição progressiva de suas hipóteses legais. Esta discussão precisa levar em conta os dados científicos disponíveis, as estatísticas de mortalidade materna, bem como a tendência mundial dos países que conseguiram reduzir estes índices, com preservação da saúde das mulheres e economia de recursos. (PAES, 2016, s.p.).

Por isso, Echevengú (2017, p. 131) diz que, independente do posicionamento, seja ele a favor ou contra a prática do aborto, enquanto a sociedade e a ciência não entram em um acordo, os governantes precisam encontrar meios de promover os direitos, o protagonismo social e a saúde das mulheres. É de extrema importância, nesses casos, por meio da educação e das informações perpassadas, prevenir a gravidez indesejada, efetivando o planejamento familiar para que o abortamento não seja utilizado como um método contraceptivo. Portanto, segundo explicitado por Amaral (2016), a questão da microcefalia não deve necessariamente abrir discussões sobre o aborto no País, mas sim, reafirmar o comprometimento que o Brasil deve ter em promover a dignidade da pessoa humana.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com a presente pesquisa, a microcefalia é reconhecida como uma malformação congênita, em que o cérebro não é desenvolvido satisfatoriamente, sendo significativamente menor. Em relação a microcefalia, alguns questionamentos são levantados, assim como os referentes ao aborto, que de acordo com Abreu e Lino (2017)

pode ser entendimento como a ação que interrompe a gravidez, deixando de produzir naturalmente o ciclo da vida.

Ainda no que se refere ao aborto, e nesse caso, especificamente ao abortamento de microcéfalos, Echevengúá (2017) afirma que a microcefalia pode causar diversas consequências, as quais ocorrem em diferentes níveis. A autora diz que, mesmo com a malformação, essas crianças possuem vida, e o fato de apresentarem dificuldades de natureza física ou mental, não faz com que suas vidas sejam ou tenham menos significância e importância. Portanto, a autora acrescenta que, crianças que nasceram com microcefalia, independentemente de serem por causa do Zika Vírus, não estão condenadas à morte. No entanto, o que pode acontecer é que as mesmas tenham uma vida com menos autonomia, menos cidadania e restrita a barreiras sociais.

CONCLUSÃO

Através do exposto, observa-se que as questões relacionadas ao aborto podem ser vistas de diferentes ângulos, uma vez que se trata de um tema que gera polêmicas e questionamentos relacionados ao direito à vida, ao próprio corpo, a escolha e principalmente a religião. Nesse sentido, é notório perceber que, independentemente do posicionamento que as pessoas tomem em relação ao aborto, é necessário que a sociedade, assim como a ciência entrem em algum tipo de acordo, buscando promover políticas públicas efetivas de saúde. Além disso, é importante o comprometimento que o Brasil deve ter na promoção da dignidade da pessoa humana, em particular, nesses casos, em situações de microcefalia.

Constata-se por meio dessa pesquisa que a microcefalia não é uma doença de patologia letal, e que o feto consegue se desenvolver, existindo a possibilidade de vida, mesmo que dentre algumas limitações. Dessa forma pessoas que sofrem com microcefalia merecem respeito e proteção por parte do Estado. Nesse contexto, o aborto continua sendo um dos temas mais sensíveis a serem discutidos, pois envolve diversas partes e lados da discussão.

REFERÊNCIAS

ABREU, Bárbara da Costa; LINO, Marilza Lucia. Aborto: vida ou dignidade. *In: Revista Jus Navigandi*, Teresina, 2017. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/61782/aborto-vida-ou-dignidade>>. Acesso em: 16 abr. 2019.

AMARAL, Carlos Eduardo Rios. Bebês com microcefalia, uma questão de Direitos Humanos. *In: Revista Jus Navigandi*. Teresina, 2016. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/46261/bebes-com-microcefalia-uma-questao-de-direitos-humanos>>. Acesso em: 10 abr. 2019.

ARNONI, Danielle Silveira. Aborto em caso de microcefalia. *In: Jurídico Certo: portal eletrônico de informações*, 28 abr. 2017. Disponível em: <<https://juridicocerto.com/p/danielle-arnoni/artigos/aborto-em-caso-de-microcefalia-3645>>. Acesso em: 9 abr. 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 14 de abr. de 2019.

BRASIL. **Ministério da Saúde**, 2017. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/microcefalia>>. Acesso em: 12 abr. 2019.

ECHEVENGUÁ, Patrícia Martinez et. al. Aborto e microcefalia: inserção da bioética. *In: Revista de Ciências da Saúde*, 30 out. 2017. Disponível em: <<https://periodicos.furg.br/vittalle/article/view/6166/5029>>. Acesso em: 10 abr. 2019.

PAES, Fabiana Dal’Mas Rocha. Questão do aborto legal precisa ser tratada sob a ótica do direito à saúde. *In: Consultor Jurídico*, portal eletrônico de informações, 2016. Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/2016-set-12/mp-debate-questao-aborto-tratada-otica-direito-saude>>. Acesso em: 14 abr. 2019.

SILVA, Isabelle Dantas; CHAVES, Islane Alcantara P. **Reflexão acerca do aborto de feto microcefálico sob a ótica da legislação brasileira**. 2017. Disponível em: <[file:///C:/Users/windows/Downloads/17704-17902-1-PB%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/windows/Downloads/17704-17902-1-PB%20(4).pdf)>. Acesso em: 12 abr. 2019.



DIREITO E SAÚDE:
2º PERÍODO



ADOLESCÊNCIA, PRECOCIDADE E SEXUALIDADE: DIREITO A INFORMAÇÃO E A EDUCAÇÃO NO AMBIENTE FORMATIVO

RAIMUNDO, Andressa Vitalina da Silva Ferreira⁶⁸

BRAZ, Eloina de Souza⁶⁹

AGUIAR, Estefanes Barcelos⁷⁰

CURCIO, Fernanda Santos⁷¹

RANGEL, Tauã Lima Verdan⁷²

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, a sexualidade adolescente passou de problema social para um problema de saúde pública. Em pleno século XXI, considerada a era da informação, a ocorrência de gravidez, infecções sexualmente transmissíveis (IST), HIV/AIDS e vítimas de violência sexual entre crianças e adolescentes são cada vez mais frequentes.

Para tanto, o objetivo deste trabalho é compreender a importância do direito à informação e à educação sexual no ambiente formativo da população adolescente. Por se tratar de uma parcela significativa da população, com características e necessidades peculiares expostas a determinantes diversos, fez-se necessário uma mudança

⁶⁸ Graduanda do Curso de Direito da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade Bom Jesus do Itabapoana. E-mail:

⁶⁹ Graduanda do Curso de Direito da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade Bom Jesus do Itabapoana. E-mail:

⁷⁰ Graduanda do Curso de Enfermagem da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade Bom Jesus do Itabapoana. E-mail:

⁷¹ Professora Orientadora: Doutoranda vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Memória Social da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (2016-Atual). Mestre em Memória Social pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (2014-2016). Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal Fluminense (2013). Professora da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade Bom Jesus do Itabapoana, E-mail: fernandasantoscuro@gmail.com

⁷² 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

político/ideológico resultando em uma ação intersetorial. Sendo assim, uma reformulação nas Políticas de Saúde é imprescindível, reconhecendo a escola como importante espaço para práticas promotoras de saúde, ações preventivas e de educação em saúde.

MATERIAL E MÉTODOS

A pesquisa adotada neste trabalho, elaborado nos moldes ensaísticos, é de natureza básica, com característica exploratória, tendo como procedimento aplicado a pesquisa bibliográfica, com base em leituras de artigos, sites selecionados na internet e legislações que discorriam sobre o tema abordado.

DESENVOLVIMENTO

Entende-se por adolescência a fase de transição entre a infância e fase adulta, caracterizada por profundas transformações somáticas, psicológicas e sociais, representando uma das fases mais importantes do ciclo vital, uma vez que completa o período de crescimento e desenvolvimento. Corresponde a um período onde ocorrem transformações biológicas, psíquicas e sociais, transição entre a infância e a fase adulta é também marcada por ambivalências, contradições, paixões e conflitos com familiares e a sociedade (BRASIL, 2010).

Nos últimos anos os jovens têm colocado sua saúde em risco, o que se evidencia através das práticas sexuais com início cada vez mais precoce. Segundo Silva & Mendes (2011) a média de idade dos adolescentes que buscam informações sobre anticoncepcionais em unidades de saúde é de 12 anos. A gravidez ocorre cerca de 6 meses após o início das atividades sexuais e é crescente o número de jovens com infecções sexualmente transmissíveis. A grande influência de grupos, baixos níveis socioeconômicos e culturais somados ao desconhecimento sobre o funcionamento do aparelho genital e reprodutor,

métodos anticoncepcionais e falta de orientação familiar faz com que os adolescentes sejam vulneráveis.

A educação preventiva tem por objetivo capacitar a sociedade tanto individual quanto coletivamente, e não é diferente com o segmento infanto-juvenil, para o enfrentamento de certas situações conjunturais de risco, que aparecem em um determinado momento de sua evolução histórica. Assim, pela Educação, os indivíduos são socializados dentro de uma cultura específica e geridos aos valores maiores da cidadania. Neste aspecto, ressalta-se que a educação sexual nas escolas atua na prevenção de problemas futuros quanto à sexualidade das crianças e adolescentes, uma vez que auxilia pais e educadores, promove o amadurecimento, trabalha preconceitos e medos e fornece informações sólidas e seguras (SILVA, 2015).

A escola através de seus processos de ensino e aprendizagem desempenha papel fundamental na formação e atuação dos adolescentes em todas as áreas da vida social, exigindo, assim, uma escola que se aproxime das necessidades reais, atuais e contemple as demandas decorrentes do desenvolvimento pessoal e social do indivíduo (TAVARES, 2016).

A Orientação Sexual teve o reconhecimento oficial de sua necessidade e importância enquanto ação educativa escolar e vem ampliar o leque de conhecimentos. Para tal se fez necessário uma proposta visando uma transformação na prática pedagógica e que desfaz obstáculos e bloqueios na atuação dos educadores, com a aprovação da Lei de Diretrizes e Bases da educação (LDB) e a publicação dos Parâmetros Curriculares Nacionais, como linhas a serem adotadas na consolidação da meta da educação para o exercício da cidadania (ALTMANN, 2001).

Embora os Parâmetros Curriculares Nacionais (BRASIL, 1998) no final da década de 1990, viessem propondo, que o tema transversal “Orientação Sexual” fosse inserido no programa das escolas, a temática não tem origem na atualidade, porém vem sendo destacada no meio médico, científico e educacional desde as primeiras décadas do século XX.

O Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, possibilitou uma importante articulação entre a saúde e a escola, à qual se deu mediante o Programa Saúde na Escola (PSE), resultado da articulação entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, cujo fim é o de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de ensino, através de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde (BRASIL, 2007).

Para a maioria das crianças e adolescentes a escola representa o único lugar onde é possível receber conhecimentos sistematizados e científicos que ao serem compreendidos os possibilitam tornarem-se cidadãos. A convivência entre os diferentes, permite variadas formas de aprendizagem, favorecendo a socialização e a interação de novas crenças, comportamentos, culturas e experiências em torno das diferenças, incluindo a sexualidade. É na escola onde passam a maior parte do tempo e, portanto, onde ocorre a maioria das manifestações de conteúdo sexual (TAVARES, 2016).

Segundo Freire (2016), a escola apresenta-se como ambiente favorável, pois contribui para a curiosidade, criatividade, raciocínio lógico e estímulo à descoberta e ao aprendizado. Destaca a relação aluno-professor, ressaltando a importância do diálogo, do respeito mútuo, tornando a educação um processo humanizante, social, político, ético e histórico. Desta forma, abordar a sexualidade e suas questões no ambiente escolar também é promover a saúde, já que seu principal objetivo é informar instrumentalizando o adolescente e sua família para enfrentar e entender questões ligadas à sexualidade e a interseção com as práticas preventivas e de promoção da saúde.

De acordo com Silva & Mendes (2011) é com a família (ou deveria ser), que se inicia a educação sexual mesmo com as dificuldades de diálogos, tabus e preconceito. No ambiente escolar as informações devem ser complementares contribuindo para a autonomia do indivíduo. Na prática o que se observa é que a maioria dos pais só se dá conta da necessidade desta discussão quando seus filhos chegam a puberdade gerando confrontos e atritos. Para os adolescentes, as informações sobre a sexualidade advêm, muitas vezes, de amigos e através de acesso a informações limitadas e inadequadas. Para tanto, considerada como cenário ideal para tratar as questões ligadas à sexualidade, a escola, através do seu

processo ensino aprendizagem, fornece elementos importantes para que o aluno se desenvolva de forma saudável e equilibrada, capacitado para o exercício da cidadania.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A escola possibilita a ampliação do conhecimento dos adolescentes a respeito da sexualidade e das vulnerabilidades dessa fase da vida, bem como, sensibilizá-los quanto às implicações da gravidez na adolescência e das infecções sexualmente transmissíveis, minimizando consequências negativas, e instigando-os a exercerem sua sexualidade de forma saudável.

Contudo, isto só é possível se houver uma mobilização de todos os setores da educação e da saúde, inclusive no oferecimento de formação continuada aos professores, para que ocorra uma real parceria entre os campos da saúde, da educação e o âmbito familiar. Uma vez que cada instituição possui sua responsabilidade quanto à educação sexual e desse modo, pode se estabelecer uma rede que possibilite a promoção e a prevenção da saúde no espaço escolar, mediante uma educação em saúde, sendo realizada por equipe multiprofissional e professores.

Sendo assim, a exploração deste ambiente escolar no trabalho de educação em saúde sobre a sexualidade se mostra como uma boa estratégia para ampliação do conhecimento dos adolescentes, inserindo-os como sujeitos ativos das ações, além de favorecer a aproximação entre a equipe de saúde e os adolescentes, orientando para que outros projetos similares sejam criados. A partir disso, será possível edificar caminhos que promovam o desenvolvimento equilibrado e saudável das crianças e adolescentes, capacitando-os para o exercício da cidadania.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A abordagem da temática sexualidade no âmbito escolar envolve um trabalho coletivo por se tratar de um processo de mudança e transformação que envolve muitos dos

receios e dúvidas que podem ser superados. Deste modo, tendo como fim fundamental o trabalho de orientação sexual na escola, passa a ser o de possibilitar aos alunos o entendimento da sexualidade como algo positivo em suas vidas, no qual possa advir a livre discussão de normas e padrões de comportamento sexual e o debate das atitudes pessoais diante da própria sexualidade.

Convém destacar que a educação sexual clara e propositiva auxilia na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e da gravidez precoce, bem como, no reconhecimento de situações de violência e abuso sexual.

É esperado que a educação sexual nas instituições transmita a sexualidade a partir de um enfoque sociocultural, ampliando, deste modo, a percepção de mundo do aluno, ajudando-o a aprofundar e refletir sobre a forma como a sexualidade se apresenta em sua cultura. Ou seja, o aluno privilegiado com as informações recebidas poderá ter um entendimento melhor sobre o assunto, auxiliando-o na tomada de decisões e na reflexão sobre as questões relacionadas à sexualidade.

É necessário, pois, que todos os profissionais da escola estejam cientes do trabalho que será ou estará sendo realizado, de forma que as atitudes em todos os setores da escola sejam coerentes, sendo básico buscar a coerência entre o que se ambiciona ensinar e o que se faz ou fará na escola.

REFERÊNCIAS

ALTMANN, H. Orientação sexual nos parâmetros curriculares nacionais. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 9, n. 2, p. 575-585, 2001. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/ref/v9n2/8641.pdf>>. Acesso em: 05 abr. 2018.

BRASIL. **Decreto n. 6.286, de 5 de dezembro de 2007**. Institui o Programa Saúde na Escola-PSE e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília: 6 de dez. de 2007.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. 7. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2010.

BRASIL. **PCN - Parâmetros Curriculares Nacionais: Orientação Sexual**. Ministério da Educação. Brasília: MEC/SEF, 1998.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 54. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2016.

SILVA, C.A. **Abordando sexualidade na escola**. Cidade da Editora: Universidade Federal de Minas Gerais, 2015.

SILVA, M.V.; MENDES, L.M.C. **A importância da orientação sexual no ambiente escolar**, 2011. Disponível em: <http://www.lambaridoeste.mt.gov.br/secretarias/educacao-e-cultura/artigos-dos-professores/59/view/629>. Acesso em: 10 abr. 2019.

TAVARES, R. B. M. **Configurações da Discussão de Gênero e Sexualidade nas Escolas Públicas**. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Serviço Social) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2016. Disponível em: <<https://monografias.ufrn.br/jspui/handle/123456789/4674>>. Acesso em 2 abr. 2019.

A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL EM CONTEXTO DE PRIVAÇÃO DE LIBERDADE: UM ENSAIO SOBRE O DIREITO AO CUIDADO À GESTANTE NA PRISÃO

DIAS, Emanuely Terra⁷³
REZENDE, Maria Gabriela Navarro de Andrade⁷⁴
MOREIRA, Gisele Aparecida Martins⁷⁵
CURCIO, Fernanda Santos⁷⁶
RANGEL, Tauã Lima Verdan⁷⁷

INTRODUÇÃO

O assunto exposto nesta pesquisa, realizada em moldes ensaísticos, visa ressaltar como é a vida da mulher e a assistência pré-natal recebida por esta em um contexto de reclusão, e mais, quais seriam os direitos assegurados as mesmas em relação à gestação e à maternidade.

Nesse sentido, o texto informa que mesmo as mulheres constituindo uma minoria na prisão brasileira, veem-se frente a uma estrutura falida, que não atende as suas demandas, já que essas organizações foram pensadas para abrigar pessoas do gênero masculino. Partindo dessa premissa, deve-se entender que as mulheres encarceradas, em

⁷³ Graduanda do Curso de Direito da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade Bom Jesus do Itabapoana, 2º Período. E-mail: emanuely.td@hotmail.com;

⁷⁴ Graduanda do Curso de Direito da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade Bom Jesus do Itabapoana, 2º Período. E-mail: navarrogabi98@icloud.com;

⁷⁵ Graduanda do Curso de Direito da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade Bom Jesus do Itabapoana, 2º Período. E-mail: giselemartins0311@gmail.com

⁷⁶ Professora orientadora: Bolsista Capes. Doutoranda vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Memória Social da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Mestre em Memória Social pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal Fluminense. Professora da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade Bom Jesus do Itabapoana, E-mail: fernandasantoscurocio@gmail.com

⁷⁷ 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

especial as gestantes, merecem um tratamento diferenciado, ou melhor, mais humano, e que seus filhos possam ter direito a um ambiente decente para sua formação e cuidado nos primeiros meses de vida. Dessa forma, para que isso ocorra, é necessário que a mulher seja submetida a exames e avaliações no qual irá se determinar os rumos de sua gestação. A assistência pré-natal então, se mostra de suma importância para mulher, independentemente de sua situação, pois reflete diretamente na vida do bebê que ali está sendo gerado.

MATERIAIS E MÉTODOS

A pesquisa adotada neste trabalho, elaborado nos moldes ensaísticos, é de natureza básica, com caráter exploratório, tendo como procedimento aplicado a pesquisa bibliográfica, com base em leituras de artigos, sites da internet e legislações que tratassem sobre o tema abordado.

DESENVOLVIMENTO

As mulheres constituem a minoria da população carcerária do Brasil. Apesar de ser a minoria neste aspecto, segundo dados do Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias, em 2016, as brasileiras ocupam a 4ª posição no ranking mundial de população feminina privada de liberdade. Assim, em menor população, é se deixado passar necessidades, de forma que muitas vezes as mulheres fiquem invisíveis para cuidados especiais de que carecem (BRASIL, s.d, p.6).

Cabe destacar que a maior parte das mulheres presas nas instituições prisionais brasileiras é negra, com baixa escolaridade, mãe, chefe de família e possui situação econômica desfavorável, em que diversos acontecimentos de vulnerabilidade e desrespeito ocorreram em sua história, por meio da desigualdade de gênero, situação econômica complexa e também os obstáculos para a entrada no mercado de trabalho (BRASIL, s.d, p.6).

A partir disso, as mulheres privadas de liberdade que ficam grávidas, passam a contar com ainda mais dificuldades no período da gravidez, que não cessam com o nascimento do filho (CARNEIRO; VERÍSSIMO, 2016, p.40). Pois, o próprio ambiente da prisão e suas condições permitem que haja um crescimento nas infecções e na morbimortalidade. Destarte, proporcionam-se à mulher, num ambiente onde sua população é bastante heterogênea, riscos psicológicos e físicos (FOCHI; SILVA; LOPES, 2014 *apud*. FRANÇA; SILVA; 2015, p. 418).

Cabe destacar que é garantido pela Constituição Federal de 1988, presentes nos artigos 6º e 196, o direito à saúde em forma de igualdade. Dessa forma, o direito da mulher gestante que está em privação de liberdade, em nada difere dos assegurados para a população brasileira, para que possa contribuir com o princípio da igualdade (DINIZ, 2017).

No entanto, sabe-se que a situação não é bem assim, pois a ausência de assistência hospitalar no sistema carcerário é um dos fatores mais preocupantes. Por não possuírem meios de procurar atendimento para si, as apenas ficam reféns do des zelo, da violência e da negligência do sistema. De acordo com isso, ainda mais grave se torna a vida das gestantes, que em determinado período até as condições ambientais interferem na formação e nutrição do feto (VIAFORE, 2005, p.99).

Segundo Rosa (2014) “a privação desse cuidado pode causar gestações prematuras, retardo do crescimento intrauterino, baixo peso ao nascer e óbitos maternos e infantis por afecções no período peri e pós-natal”. Assim, a realização da assistência pré-natal traz as mulheres e aos fetos grandes benefícios já que buscam a diminuição da mortalidade tanto materna quanto infantil.

Contudo, embora sejam necessárias várias consultas pré-natais ao longo da gestação, muitas mulheres grávidas privadas de liberdade acabam tendo apenas uma consulta antes do parto (VIAFORE, 2005, p.98-99). Assim,

[...] As apenas grávidas, em que pese estarem sendo punidas por um ato ilícito que cometeram, não podem ser mais uma vez castigadas pela escassa assistência médica, isto é, em algo ultrapassa a sua sentença condenatória. Ademais, o feto é o principal prejudicado pela ausência de assistência médica adequada neste período. A saúde é um direito de todos

independentes de quem seja, e é dever do Estado prestar este atendimento com a maior dignidade humana possível (VIAFORE, 2005, p.99 *apud*. DINIZ, 2017, s.p).

Os fatores biológicos são de suma importância em uma gestação, porém fatores psicossociais também devem receber a devida atenção, já que o ambiente prisional é provido de um caráter tenso e padronizado, onde as detentas grávidas se encontram em constante estresse por estarem na prisão e pelos impactos emocionais da gestação. Desta maneira, um dentre esses aspectos psicossociais é a antecipação fictícia do bebê, em que a mãe projeta imagens de seu futuro neném; outro fator, é o medo de se apegar ou até mesmo a dificuldade de não se imaginarem com seus bebês, que é gerada pelo fato de saberem que, diante da situação de privação de liberdade, terá a companhia do filho por pouco tempo (CARNEIRO; VERÍSSIMO, 2016, p. 41).

Além da Constituição Federal, a Lei de Execução Penal n. 7.210/84 traz os direitos e deveres das carcerárias, assegurando que a criança ficará com a mãe até os 6 meses de idade, no qual a criança está em período de amamentação. E, após esse período, as crianças são entregues aos familiares ou à família da mãe. Com base nesses fatos, contudo, como aponta Viafore (2005), o sistema penitenciário brasileiro, não garante a assistência necessária para as gestantes e seus bebês e, de modo geral, o único direito assegurado mesmo é o da mãe permanecer com o filho durante a amamentação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As mulheres brasileiras aprisionadas enquanto grávidas, sofrem de maneira árdua com o desacato das normas constitucionais, pois não possuem o direito à assistência médica especial ao decorrer da sua gestação. Um grande número delas, ao longo da gravidez, não faz nenhum exame laboratorial ou de imagem, trazendo a vida da mulher gestante e do feto diversos riscos de vida, até mesmo risco de contaminação por doenças sexualmente transmissíveis (BRASIL, 2007, p. 38).

É muito difícil de encontrar vagas em estabelecimentos prisionais que autorize a internação pós-parto, com área adequada para a mulher presa e seu filho. Logo, tal direito é violado para um grande número de gestantes no sistema prisional, visto que, é incomum encontrar unidades prisionais que consideram tal adaptação com berçário próprio. No geral, tanto nas unidades prisionais quanto nas cadeias públicas, o berçário para o recém-nascido é uma cela temporária, tendo as mesmas qualidades e atributos de insalubridade comuns a esses locais (BRASIL, 2007).

Em alguns estados brasileiros, a gestante é transportada em seu terceiro trimestre de gestação, da prisão onde ficava para uma prisão que acolhe mães com seus filhos, normalmente essas prisões são encontradas nas capitais e regiões metropolitanas. São transferidas a um hospital público para o seu parto e voltam ao local onde ficam com seu filho durante um período de 6 meses a 6 anos (maioria entre 6 meses - 1 ano). Ao passar esse período, normalmente as crianças são levadas a um familiar da mãe e a mesma volta para a prisão na qual se encontrava desde o início (LEAL et al, 2016).

No Brasil, no decorrer da sua gestação, a mulher deve estar relacionada à maternidade onde a parição irá acontecer, como garante a lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007, que dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. O propósito é fazer com que a mulher se sinta familiarizada com a área hospitalar, fortalecendo o seu vínculo com os profissionais de saúde e garantindo sua vaga para o parto. Contudo, as grávidas confinadas não possuem vantagens desse direito receitado para a população em geral (BRASIL, 2007).

A maioria das mulheres que se encontram no sistema prisional são responsáveis pela sobrevivência dos seus filhos, tendem a ter receio do que pode decorrer durante a criação no cárcere, temendo até a possibilidade da ligação da criação com a criminalidade no futuro. Esse é um dos pontos mais complicados entre as mulheres privadas de sua liberdade e que continuam sendo invisíveis ao tratamento de indagações relacionadas ao cárcere feminino (NERI; OLIVEIRA, 2010).

Por fim, ainda cabe ressaltar que, em diversas prisões não existe controle de prevenção a doenças, também não se encontra projetos voltado à execução de exercícios físicos, laborais e recreativos, algo que se faz essencial para a prevenção da saúde mental e física das mulheres, além de precaver outras doenças (BRASIL, 2007, p.33).

CONCLUSÃO

Portanto, conclui-se que embora os seus direitos sejam assegurados em lei, há muito que se fazer em relação a mulheres grávidas em privação de liberdade e após o nascimento de sua prole. Diante do exposto, compreende-se que os ambientes inapropriados nas prisões constituem uma séria dificuldade do sistema penitenciário garantir esses direitos, pois os obstáculos em adaptá-los para as mulheres constitui-se em ser o gênero em minoria na prisão e assim, ter suas necessidades invisibilizadas.

Ainda, é perceptível o desacato a esses direitos, que não são cumpridos de modo que as mulheres apenas não conseguem ter uma assistência médica durante este processo e que pode proporcionar consequências não só para a vida da mesma através de gestações prematuras, como também a do bebê, por meio de retardo do crescimento intrauterino e baixo peso ao nascer. Outras possíveis consequências são os óbitos maternos e infantis, por conta de afecções causadas nesse mesmo período.

Dessa forma, a falta de assistência às mulheres gestantes no sistema prisional, pode produzir a potencialização de doenças. Assim, é necessário que se efetive a compreensão dessa demanda para que se possa aplicar políticas públicas que atendam através de meios interdisciplinares, a promoção a saúde, a prevenção e a recuperação.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Atenção às famílias das mulheres grávidas, lactantes e com filhas/os até 12 anos incompletos ou com deficiência privadas de liberdade. *In*: **Secretaria Nacional de assistência social**, s.d. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/crianca_feliz/Documento%20mulheres%20encarceradas%20final.pdf> Acesso em: 26 mar. 2019.

BRASIL. **Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007**. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm>. Acesso em: 26 mar. 2019.

CARNEIRO, Z. S.; VERÍSSIMO, M. de L. Ó. R. Gestação e Desenvolvimento de Beb es em Situação de Cárcere. *In: Extensão em A  o*, Fortaleza, v. 2, n.1 1, jul.-out. 2016. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/extensaoemacao/article/view/11829/9899>> Acesso em: 26 mar. 2019.

CENTRO PELA JUSTIÇA E PELO DIREITO INTERNACIONAL et al. **Relatório sobre mulheres encarceradas no Brasil**. 2007. Disponível em: <http://www.asbrad.com.br/conte%C3%BAdo/relat%C3%B3rio_oea.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2019.

DINIZ, R. O direito   assistência   saúde das gestantes em cumprimento de penas privativa de liberdade. *In:  mbito Jurídico*, Rio Grande, a.20, n. 159, abr. 2017. Disponível em: <http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=18835&revista_caderno=29> Acesso em: 26 mar. 2019.

FRANÇA, A; SILVA, J. Maternidade em situação de prisão. *In: Revista Baiana de Enfermagem*, Salvador, v. 29, n. 4, p. 411-420, out.-dez. 2015. Disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/14026>> Acesso em: 26 mar. 2019.

LEAL, M *et all*. Nascer na prisão: gestação e parto atrás das grades no Brasil. *In: Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 7, p. 2061-2070, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000702061&lng=en&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em: 26 mar. 2019.

NERI, H.; OLIVEIRA, M. A maternidade em situação de privação de liberdade: uma articulação sobre o sujeito do direito e o sujeito do desejo. Seminário Internacional Fazendo Gênero 9. **Anais...** – Florianópolis, 2010. Disponível em: <http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1278264260_ARQUIVO_fg9_texto_Heloneida.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2019.

ROSA, C.; SILVEIRA, D.; COSTA, J. Fatores associados à não realização de pré-natal em município de grande porte. *In: Rev. Saúde Pública*, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102014000600977&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 03 de abr. 2019.

ROSINSKI, T. *et all*. Nascimento atrás das grades: uma prática de cuidado direcionada a gestantes, puérperas e recém-nascidos em privação de liberdade. *In: Ciência, Cuidado e Saúde*, Maringá, v. 5, n. 2, p. 212-219, 2006. Disponível em:

<<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5077>> Acesso em: 26 mar. 2019.

VIAFORE, D. A gravidez no cárcere brasileiro: uma análise da Penitenciária Feminina Madre Pelletier. *In: Direito & Justiça*, a. 27, v. 31, n.2, p. 91-108, 2005. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fadir/article/view/571>> Acesso em: 26 mar. 2019.

POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E O DIREITO À SAÚDE: UM ENSAIO SOBRE AS INIQUIDADES DE ACESSO À ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

OLIVEIRA, Fernando Campos de⁷⁸
JESUS, Giulian Silva Vieira⁷⁹
GOMES, Thiago Ribeiro de Oliveira⁸⁰
CÚRCIO, Fernanda dos Santos⁸¹
RANGEL, Tauã Lima Verdan⁸²

INTRODUÇÃO

O presente trabalho busca relatar sobre a população em situação de rua, tal como o direito à saúde, o qual deve ser disponibilizado para todas as pessoas inseridas em sociedade. Para tanto, essa pesquisa busca descrever sua inter-relação com o debate sobre as iniquidades de acesso à Atenção Primária em Saúde.

A população residente nas ruas se dá, principalmente, devido a fatores sócio-político-econômico. A partir do momento em que se encontram situadas nas ruas essas pessoas enfrentam diversas questões, dentre elas, o preconceito, o desemprego, a extrema pobreza, a desigualdade, a ausência de políticas públicas e entre outros. Dessa forma, a

⁷⁸ Graduando do Curso de Direito da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade Bom Jesus do Itabapoana.

⁷⁹ Graduando do Curso de Direito da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade Bom Jesus do Itabapoana, vieiragiulian@gmail.com;

⁸⁰ Graduando do Curso de Direito da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade Bom Jesus do Itabapoana, thiago_famesc2018@gmail.com;

⁸¹ Professora Orientadora. Doutoranda vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Memória Social da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Mestra em Memória Social da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.

⁸² 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

pesquisa tem como objetivo relatar o que se entende por situação de rua, descrevendo também sobre o conceito de saúde, fazendo um paralelo entre ambos.

MATERIAL E MÉTODOS

Buscando descrever sobre a população em situação de rua, assim como o direito à saúde, que engloba o acesso à Atenção Primária em Saúde, o trabalho teve como base a realização de pesquisas e artigos disponibilizados na internet, os quais contam com a contribuição de textos do Governo Federal (2008) e Ministério da Saúde (2017).

DESENVOLVIMENTO

A existência de pessoas em situação de risco de rua se dá devido a fatores sócio-político-econômico, podendo ser percebida principalmente em grandes metrópoles. Diversos fatores podem ser levados em consideração quando se trata de pessoas que se encontram em vulnerabilidade, ou nesse caso, em específico, em pessoas que se encontram morando nas ruas. Dentre eles, destacam-se a desigualdade social, o desemprego, a pobreza, ausência de políticas públicas e entre outros.

De acordo com Varanda e Adorno (2004), entre a população de rua é possível se destacar algumas nomeações pelos quais são identificados. Para os autores, é bastante comum, entre aqueles que dormem nas ruas, o uso do termo maloqueiro, que se refere a quem usa a maloca, ou mocó – lugar de permanência de pequenos grupos durante o dia, ou usado para o pernoite, com, normalmente, colchões velhos, algum canto reservado para os pertences pessoais (roupas e documentos) e, às vezes, utensílios de cozinha.

Segundo os autores, outro grupo que pode ser identificado, são aqueles que englobam pessoas que usam albergues – usuários de albergue ou albergado (VARANDA; ADORNO, 2004). De acordo com o Governo Federal (2008), são diversas as pessoas que estão nas ruas: desempregados, imigrantes, egressos dos sistemas penitenciários ou psiquiátricos. Ressalta-se ainda o termo “trecheiro”, que são pessoas que transitam de uma

cidade para outra, na maioria das vezes, caminhando pelas estradas ou pedindo carona, deslocando com passagens concebidas por entidades assistenciais – que muitas vezes são nomeados como andarilhos.

A rua pode se constituir num abrigo para os que, sem recursos, dormem circunstancialmente em logradouros públicos ou pode indicar uma situação na qual a rua representa seu habitat, propriamente dito, onde encontra-se estabelecida uma intrincada rede de relações. O que unifica essas situações e permite designar os que a vivenciam como populações de rua é o fato de que, tendo condições de vida extremamente precárias, circunstancialmente ou permanentemente, utilizam a rua como abrigo ou moradia (BRASIL, 2008, p. 8).

Conforme o Ministério da Saúde (2017), viver na rua expõe as pessoas a diversos fatores de risco, os quais ampliam a ocorrência de violências, preconceito, invisibilidade social, alimentação incerta, pouca disponibilidade de água potável, privação de sono e a dificuldade de adesão ao tratamento de saúde. Além do exposto, considera-se população de rua um grupo populacional que possua em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou, em alguns casos, a inexistência de moradia convencional regular, o que leva a utilização do espaço público como local de moradia e de sustento – temporário ou permanente.

A população em situação de rua pode ser definida como um grupo populacional heterogêneo que tem em comum a pobreza, vínculos familiares quebrados ou interrompidos, vivência de um processo de desfiliação social pela ausência de trabalho assalariado e das proteções derivadas ou dependentes dessa forma de trabalho, sem moradia convencional regular e tendo a rua como o espaço de moradia e sustento. Naturalmente, existem muitas outras especificidades que perpassam a população de rua e devem ser consideradas, como gênero, raça/cor, idade e deficiências físicas e mentais (BRASIL, 2008, p. 9).

De acordo com o sítio eletrônico do Governo Federal (2008, p. 3), a existência de pessoas em situação de rua, traz na própria denominação “rua” a marca do estigma e da exclusão a que são submetidas.

Nesse contexto, há um número cada vez maior de pessoas excluídas dos direitos sociais básicos, como educação, saúde, trabalho, moradia, lazer, segurança e outros, e até mesmo dos direitos humanos, com alguns grupos relegados à invisibilidade. É nessa categorização que encontramos o povo de rua (PAIVA *et. al.*, 2016).

Ainda no que se refere as pessoas que residem nas ruas, de acordo com o Senado Federal (2018), está assegurado pela Lei 13.714, de 2018, o atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS) de famílias e indivíduos em situação de vulnerabilidade ou risco social, mesmo que eles não apresentem comprovante de residência.

De acordo com a nova legislação, portanto, o poder público municipal passou a ter a tarefa de manter serviços e programas de atenção à população de rua, garantindo padrões básicos de dignidade e não-violência na concretização de mínimos sociais e dos direitos de cidadania a esse segmento social. (GOVERNO FEDERAL, 2008, p. 6).

Para tanto, faz-se necessário também descrever o que se entende por saúde. Saúde significa o estado de normalidade de funcionamento do organismo humano. Ter saúde é viver com boa disposição física e mental. Além disso, a Organização Mundial da Saúde (OMS), acrescenta que a saúde inclui o bem-estar social da pessoa (SIGNIFICADOS, s.d.). Portanto, as pessoas que se encontram em situações precárias de sobrevivência acabam tendo sua saúde afetada. Nessa perspectiva, no que se refere a relação saúde-doença das pessoas que se encontram em situação de rua é possível perceber que:

Hoje a população de rua é uma problemática social, requer do Estado intervenções que levem em conta como ela se constitui e as formas de sobrevivência ali desenvolvidas. Conhecer o que vivem nas ruas, identificar suas necessidades sociais e a complexidade de seu processo saúde-doença, assim como os motivos que os levaram às ruas é condição *sine qua non* para a construção de um modelo de atenção universal, equânime e integral (PAIVA *et. al.*, 2016).

Nessa perspectiva, Dias *et. al.* (2018) relata que mediante a realidade das pessoas que residem nas ruas, é notável a necessidade de uma assistência efetiva no que diz respeito à saúde, buscando favorecer os cuidados de prevenção, assim como o tratamento desse

grupo populacional que vive sob a exposição de riscos e de doenças, vulneráveis a diversas situações, buscando a integralidade do cuidado.

Desse modo, no que se refere a questões relacionados à saúde-doença das pessoas que moram nas ruas, o Ministério da Saúde (2017) aponta que os problemas mais recorrentes nas populações em situação de rua são: infestações, IST, gravidez de alto risco, doenças crônicas, consumo de álcool e drogas, saúde bucal e tuberculose. Ainda de acordo com esse Ministério, as principais causas de internação estão relacionadas ao uso abusivo de substâncias psicoativas (crack, álcool e outras drogas), problemas respiratórios e causas externas (violência e acidentes).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir do exposto, faz-se importante relatar sobre a Atenção Primária à Saúde ou Atenção Básica. De acordo com o Manual Sobre o Cuidado à Saúde Junto à População em Situação de Rua, do Ministério da Saúde (2012), a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB/Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, caracteriza a atenção básica como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades

Sendo assim, o Ministério da Saúde (2012) afirma que a Política Nacional de Atenção Básica prevê como princípios, além da igualdade e equidade, o respeito à dignidade da pessoa humana, o direito à convivência familiar e comunitária, a valorização e respeito à vida e à cidadania, o atendimento humanizado e universalizado, o respeito às condições sociais e diferenças de origem, raça, idade, nacionalidade, gênero, orientação sexual e religiosa, com atenção especial às pessoas com deficiência. Dessa forma, observando que as condições de vulnerabilidade vivenciadas pela população em situação de rua, além das questões psicossociais geradoras de sofrimentos físicos e emocionais, possibilitam riscos

maiores para a saúde desse grupo, representa-se um desafio a efetivação de políticas de saúde que deem conta dessa complexidade.

A partir do exposto, entende-se por população de rua um grupo de pessoas que possuem em comum a extrema pobreza, o enfraquecimento de vínculos familiares, o desemprego e, em grande parte, a inexistência de moradia convencional regular. Portanto, esses grupos de pessoas em situação de rua, acabando por muitas vezes sendo estigmatizados diante a sociedade, sofrendo com a exclusão.

Tais pessoas se encontram residindo nas ruas por diversos – e variados – fatores. No entanto, independente do que os levaram a essa condição, os mesmos continuam sendo pessoas que necessitam de cuidados dentro da sociedade. Para tanto, torna-se imprescindível o acesso à saúde, que deve ocorrer através dos atendimentos da Atenção Básica, assim como prevê no Manual Sobre o Cuidado à Saúde Junto à População em Situação de Rua, do Ministério da Saúde (2012), que diz sobre a igualdade e a equidade, respeitando a dignidade humana, e principalmente, a vida.

CONCLUSÃO

A partir do presente do trabalho, observa-se que não existe um fator determinante que levem algumas pessoas a se encontrarem em situação de rua. No entanto, é necessário reforçar que um dos principais fatores está relacionado a questão sócio-política-econômica – principalmente nos grandes centros, reflexo da desigualdade social.

Portanto, é preciso que essas pessoas tenham garantias de seus direitos, uma vez que, por estarem em situação de rua, acabam sendo expostas a diversas circunstâncias, incluindo a alimentação inadequada, o que acaba refletindo em questões de saúde.

Sendo assim, a população de rua, assim como todas as pessoas inseridas na sociedade, deve ter acesso à saúde, uma vez que os mesmos são considerados como iguais, respeitando a dignidade humana independente de seu local de moradia.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em:
<http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/cao_civel/acoes_afirmativas/inclusaooutros/aa_diversos/Pol.Nacional-Morad.Rua.pdf>. Acesso em: 29 mar. 2019.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Disponível em:
<<http://portalms.saude.gov.br/component/content/article/869-politicas-de-equidade-em-saude/41381-em-situacao-de-rua>>. Acesso em: 29 mar. 2019.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em:
<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_rua.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2019.

BRASIL. **Senado Federal**. Disponível em:
<<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2018/08/27/agora-e-lei-morador-de-rua-deve-ser-atendido-pelo-sus>>. Acesso em: 30 mar. 2019.

PAIVA, Irismar Karla Sarmiento et. al. Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática. In: **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 21, n. 8, p. 2.595-2.606, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n8/1413-8123-csc-21-08-2595.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2019.

SIGNIFICADOS [s.d.]. Disponível em: <<https://www.significados.com.br/saude/>>. Acesso em: mar. 2019.

VARANDA, Walter; ADORNO, Rubens de Camargo Ferreira. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. In: **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 1, p. 56-69, jan.-abr. 2004. Disponível em:
<<https://scielosp.org/article/sausoc/2004.v13n1/56-69/>>. Acesso em: 29 mar. 2019.

A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DE LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS: UM ENSAIO SOBRE A GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE E O ENFRENTAMENTO DAS DESIGUALDADES NO ÂMBITO DO SUS

OLIVEIRA, Gabriel Rocha⁸³
MACHADO, Jessica Ferreira⁸⁴
SILVA, Rayane Dias da⁸⁵
CURCIO, Fernanda Santos⁸⁶
RANGEL, Tauã Verdan Lima⁸⁷

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como objetivo discutir a garantia, e a efetivação do direito à saúde de qualidade direcionada a população LGBT brasileira, abrangendo Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Essa parte da população que vivia a margem, e através de ações populares, conseguiram voz para assegurar o mínimo para a vivência em sociedade.

Estes grupos vêm, ao longo do tempo, empreendendo lutas de forma a garantir seus direitos básicos, como um atendimento de qualidade no SUS, políticas públicas que fossem

⁸³ Graduando do Curso de Direito da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC). E-mail: gabrielrochaoliveira123@hotmail.com

⁸⁴ Graduando do Curso de Direito da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC). E-mail: jesmach04@hotmail.com

⁸⁵ Graduando do Curso de Direito da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC). E-mail: rayanediaz@hotmail.com

⁸⁶ Professora Orientadora: Doutoranda vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Memória Social da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (2016-Atual). Mestre em Memória Social pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (2014-2016). Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal Fluminense (2013). E-mail: fernandasantoscurocio@gmail.com

⁸⁷ 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

voltadas para as suas necessidades, e cuidados mínimos que para eles não eram disponibilizados, visto que, até a década de 1990, a homossexualidade era considerada doença.

As formas de expressar a sexualidade impedem que grande parte da população não procure serviços mínimos, pois esse impedimento vai desde a falta de especificidade para cuidar e tratar do indivíduo, por parte dos profissionais – que muitas vezes não são totalmente capacitados para receber este público; a falta de material necessário, instrumentos básicos de saúde; e até o preconceito direcionado a estes grupos, o que não contribui para o acesso e permanência dentro do SUS.

MATERIAL E MÉTODOS

A pesquisa adotada neste trabalho, elaborado nos moldes ensaísticos, é de natureza básica, com característica exploratória, tendo como procedimento aplicado a pesquisa bibliográfica, com base em leituras de artigos, sites selecionados na internet e legislações que discorriam sobre o tema abordado.

DESENVOLVIMENTO

Segundo o Ministério da Saúde (2013), os objetivos da política pública são o reconhecimento dos efeitos da discriminação e da exclusão no processo de saúde-doença da população LGBT (lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais), grupo alvo de tais preconceitos que estão historicamente instaurados no sistema, social, cultural e econômico construído em todos os âmbitos da sociedade. Suas orientações e seus objetivos estão voltados para mudanças na determinação social da saúde, visando diminuir as desigualdades com relação à saúde destes mesmos grupos sociais.

Ainda segundo o Ministério da Saúde (2013), geralmente, os processos do movimento LGBT envolvem reivindicações em áreas do direito civil, político, social e humano, o que articula diretamente as áreas do Poder Público, mais precisamente o

Executivo, o que garantirá a efetivação e garantia dos direitos. Essa política é a representação de um avanço a garantia de direitos e oposição ao que essas pessoas vêm se sujeitando ao longo dos anos na sociedade brasileira.

Contudo, com o processo do sistema de redemocratização, no fim da década de 1970, houve a eclosão de alguns movimentos sociais, que defendiam grupos representativos, e que lutavam pela liberdade sexual. A propagação dessas vontades vai se convertendo ao Movimento LGBT, no qual suas ponderações e condutas ativas promovem alterações que visam modificação de valor de todo o grupo social. Alterações essas que, visibilizam as questões políticas para os problemas que enfrentam nos espaços públicos e privados (BRASIL, 2013).

Ainda, cabe destacar que, como complementa o Ministério da Saúde (2013), mesmo com as discussões que envolvem a inclusão LGBT, ainda assim, a homossexualidade feminina teve invisibilidade. Ora, as discussões que especificam as causas do grupo, não tiveram tanta potência para ressaltar a política para mulheres transexuais, lésbicas e bissexuais. Ressalta que, como foram excluídas de início como grupo com atividade de risco, não houve contemplação em ações que preveniam e tratariam a AIDS, por exemplo. Segundo Duarte (2014), a situação de preconceito e discriminação está institucionalizado na sociedade, devido sua falta de entendimento sobre expressão e identidade de gênero, e orientação sexual. O que precisa ser revertido, para minimizar os impactos produzidos durante anos de invisibilidade e exclusão. Como esclarece Peres:

Ao longo dos anos, desde 1988 e da implantação do SUS, houve muitos acertos em suas ações, mas também muitos obstáculos demarcados por cenas e discursos preconceituosos que, de acordo com níveis de intensidade distintos, discriminam, estigmatizam, violentam e excluem pessoas pelas mais variadas categorias, seja classe social, raça, etnia, identidade de gêneros, orientação sexual, relação intergeracional ou estética corporal (PERES, 2010, p. 875).

Partindo da análise da saúde, Duarte (2014) discorre que a temática de diversidade sexual se mostra de forma transversal nesse contexto, e como aspecto da Política Nacional de Saúde LGBT (2013). O surgimento organizado desse grupo usuário do SUS, desde 1980

até os dias atuais, ficou restrito a divisão da HIV/AIDS, em primeiro momento, com a necessidade de organização desses movimentos sociais, com resposta para a epidemias que estava acontecendo na época. Em segundo momento, pela ocupação a gestão, como forma de controle e participação social, com programas que visam atender essa demanda, todos entendidos como espaços de militância e intervenção.

O Ministério da Saúde (2013) complementa que o embasamento político está nos princípios que são assegurados na Constituição Federal de 1988 (CF/88), que visam garantir a dignidade da pessoa humana e sua cidadania (art. 1.º, inc. II e III), reforçando o propósito 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).

De acordo com Buss e Pellegrini Filho (2006), não existe contraposição ao acesso a políticas que se baseiam em evidências, e ampliam a participação social em sua definição. Ora, para a consolidação real dessas políticas, como formas estáveis de políticas públicas, que sejam focadas ao atendimento de interesse público para a promoção da equidade, torna-se indispensável a consolidação de um processo democrático, que defina essas políticas com intuito de multiplicar os agentes envolvidos, a oportunidade e o espaço para envolvimento entre eles.

Os autores ainda destacam que, estudos vêm comprovando que a principal forma pela qual as diferenças de receita derivam a um resultado negativo na saúde é o chamado capital social – as ligações sociais solidárias, e a confiança entre os grupos e seus membros. Isso explicaria por que temos uma situação de saúde não tão bem desenvolvida, portanto, inferior comparada com sociedades onde há solidariedade entre os grupos. Esse problema, junto com os baixos níveis de renda e a pouca participação política, ocasionam a debilidade do movimento. Países com baixa renda per capita, com pouca participação política, são os que menos aplicam em capital humano e em fontes de promoção e efetivação dos direitos de saúde, forma de garantir a proteção da saúde do indivíduo e do grupo.

Como salientam Buss e Pellegrini Filho (2006), no Brasil o problema é duas vezes maior, diante das graves diferenças de distribuição de renda, onde vemos parte da

população vivendo em condições que não correspondem ao mínimo existencial e aos bens essenciais para saúde. Essa escassez significa falta de oportunidade e de escolhas entre alternativas possíveis, não apenas a falta de recursos materiais. É a falta de voz frente a sociedade, Estado e suas instituições. Com isso, diminuiu drasticamente capacidade dos pobres em atuar em prol dos seus próprios direitos (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2006).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo Bittencourt e Fonseca (2014), é relevante admitir o protagonismo de comunidades e frentes LGBT no confronto pelo direito à saúde. Contudo, os autores ressaltam que, embates na aceitação da população LGBT nos serviços de saúde têm sido pauta do movimento e das ONG LGBT em fóruns e reuniões com responsáveis da saúde pública. Entre os problemas apresentados pelo movimento e pelas ONG, estão elementos de homofobia, lesbofobia, transfobia, estigmatização desta população, e a falta de informação em relação as particularidades e direitos desses cidadãos. Destarte, a desinformação e o preconceito se mostram em questões como a inexistência no atendimento integral, a inexistência no reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos, a culpa imposta por contrair alguma doença, desconsideração do nome social para atendimento, dentre outras problemáticas.

Segundo Lionço (2009), em grande medida, os danos à saúde das parcelas de travestis, lésbicas, bissexuais, gays e transexuais, são estipulados socialmente, em consequência do desrespeito de direitos no qual estão retratados esses indivíduos. Nesse sentido, tais violações são símbolos de ilustração e sentidos formados pela sociedade a respeito das orientações sexuais tidas como divergentes, diante da conduta marcada pela heterossexualidade. Ainda assim, a existência da homossexualidade e a demonstração de gênero em incompatibilidade com o sexo biológico são determinadas por meio de ofensas, desqualificando-se essas expectativas de aparição com vistas à garantia dos modelos morais dominantes na esfera da sexualidade.

Ferraz e Kraiczyk (2010) dissertam que se as atividades desenvolvidas à volta do confronto da multiplicação dos casos de Aids foram essenciais para a composição da ação social, como a conexão com o campo da saúde, o confronto a desonra e o êxito da explicação brasileira à epidemia, também é relevante ponderar que durante muito tempo, as únicas respostas para acolher às necessidades em saúde da população LGBT foram esses programas e estruturas.

Duarte (2014) completa que a concepção de saúde, ainda assim, está intrinsecamente estruturada à formação de subjetividade, sendo pertencente e indivisível ao estabelecimento do processo saúde-doença, seja historicamente, no ponto de vista restrito acima, seja no seu significado contemporâneo desenvolvido. Portanto, pensar aquele processo requer situá-lo como “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde”. Dessa forma, é particularmente consequência dos moldes de arranjo social, de produção, nos quais é capaz de criar enormes diferenças nos níveis de vida (BRASIL, 1986, p. 4).

Nesse sentido, apesar de que são poucos dados que expõe o impacto das relações entre homo, lesbo e transfobia e estados de saúde, os conhecimentos das ciências sociais e humanas são eficazes a suportar a imprescindibilidade de políticas de saúde exclusivas para a população LGBT (FERRAZ; KRAICZYK, 2010). Ora, sendo assim, como apontam Cardoso e Ferro (2012), os agentes que trabalham no campo da saúde, contendo terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes sociais e outros profissionais da área, precisam permanecer em alerta ao comportamento em conjunto que afeta no processo de instabilidade acarretando o adoecimento dessa população, assim como às políticas públicas que auxiliam o ingresso ao sistema de saúde.

CONCLUSÃO

O movimento de reivindicações pautadas nos interesses dos grupos LGBT asseguraram a efetivação e a mudança na saúde oferecida a esses indivíduos, que por

muitas vezes, eram a eles negado acesso básico, e mínimo, ao SUS. Políticas essas, que contribuem para o melhor atendimento a esses casos, e a superação de desigualdade de gênero, por parte de diversas técnicas utilizadas no atendimento, e na formação do profissional de saúde.

A construção e efetivação dessas políticas é um processo que só se solidifica a partir da atuação de diversos atores sociais. Atores esses, que fomentam a participação social, que é fundamental para esses pequenos, porém essenciais, avanços nas condições de saúde para todos os brasileiros.

O reconhecimento das necessidades de saúde desta parcela da população é um marco no sentido de reconhecer os quão complexos e diversos são os problemas de saúde que os afetam, e como o nosso sistema de saúde não está preparado para esse atendimento. Muitos ainda são os embates que entoam a política de saúde direcionada a este segmento.

REFERÊNCIAS

BITTENCOURT, Danielle; FONSECA, Vanessa; SEGUNDO, Márcio. Acesso da população LGBT moradora de favelas aos serviços públicos de saúde: entraves, silêncios e perspectivas. In: **Revista Conexões Psi**, v. 2, n. 2, p. 60-85, jul.-dez., 2014. Disponível em: <http://apl.unisuam.edu.br/revistas/_index.php/conexoespsi/article/view/542>. Acesso em: 24 mar. 2019.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral das Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2019.

BUSS, Paulo; PELLEGRINI FILHO, Alberto. Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. In: **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, set., 2006. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000900033>.
Acesso em: 26 mar. 2019.

CARDOSO, Michelle; FERRO, Luís Felipe. Saúde e População LGBT: Demandas e Especificidades em Questão. *In: Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 32, n. 3, p. 552-563, 2012. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo_=6133775>.
Acesso em: 24 mar. 2019.

DUARTE, Marco José de Oliveira. Diversidade sexual, políticas públicas e direitos humanos: saúde e cidadania LGBT em cena. *In: Temporalis*, Brasília, v. 14, n. 27, p. 77-98, jan./jun., 2014. Disponível em: <<http://portaldepublicacoes.ufes.br/temporalis/article/view/7209>>. Acesso em: 24 mar. 2019.

FERRAZ, Dulce; KRAICZYK, Juny. Gênero e Políticas Públicas de Saúde – construindo respostas para o enfrentamento das desigualdades no âmbito do SUS. *In: Revista de Psicologia da UNESP*, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 70-82, 2010. Disponível em: <<http://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/download/428/406>>. Acesso em: 24 mar. 2019.

LIONÇO, Tatiana. Atenção integral à saúde e diversidade sexual no processo transexualizador do SUS: avanços, impasses e desafios. *In: Physis – Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 43-63, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v19n1/v19n1a04.pdf>>. Acesso em: 03 abr. 2019.

PERES, W. S. Travestis, Cuidado de Si e Serviços de Saúde: Algumas reflexões. *In: COSTA, H. et. al. (Org.). Retratos do Brasil Homossexual: fronteiras, subjetividades e desejos*. São Paulo: Edusp, 2010. p. 303-319. Disponível em: <<https://pt.scribd.com/document/93705108/Retratos-Do-Brasil>>. Acesso em 03 abr. 2019.