

UNIVERSIDADE SANTA CECÍLIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO DA SAÚDE: DIMENSÕES
INDIVIDUAIS E COLETIVAS

LISSA CARON SARRAF E SILVA

O DEVER FUNDAMENTAL À SAÚDE
POR PARTE DO CIDADÃO NAS PRINCIPAIS CAUSAS
DE MORTALIDADE DO MUNDO

SANTOS/SP

2020

LISSA CARON SARRAF E SILVA

**O DEVER FUNDAMENTAL À SAÚDE
POR PARTE DO CIDADÃO NAS PRINCIPAIS CAUSAS
DE MORTALIDADE DO MUNDO**

Dissertação apresentada à Universidade Santa Cecília como parte dos requisitos para obtenção de título de mestre no Programa de Pós Graduação *stricto sensu* em Direito da Saúde, sob orientação do Prof. Dr. Renato Braz Mehanna Khamis.

**SANTOS/SP
2020**

Autorizo a reprodução parcial deste trabalho, por qualquer que seja o processo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que citada a fonte.

344.04 Silva, Lissa Caron Sarraf

S581d O dever fundamental à saúde por parte do cidadão nas principais causas de mortalidade do mundo. /

Lissa Caron Sarraf e Silva

2020.

141 f.

Orientador: Prof. Dr. Renato Braz Mehanna Khamis

Dissertação (Mestrado)-- Universidade Santa Cecília,
Programa de Pós-Graduação em Direito da Saúde, Santos,
SP, 2020.

1.Direito à saúde. 2. Dever à saúde. 3. Deveres fundamentais.
4. Dever à saúde por parte do cidadão. I. Khamis, Renato Braz
Mehanna. II. Silva, Lissa Caron Sarraf. III. O dever
fundamental à saúde por parte do cidadão nas principais causas
de mortalidade do mundo.

LISSA CARON SARRAF E SILVA

***“O DEVER FUNDAMENTAL À SAÚDE POR PARTE DO CIDADÃO NAS
PRINCIPAIS CAUSAS DE MORTALIDADE DO MUNDO”***

Dissertação apresentada à Universidade Santa Cecília, como parte dos requisitos para obtenção do título de mestre em Direito da Saúde: Dimensões Individuais e Coletivas.

Aprovado(a) com média _____

Santos, ____ de _____ 2020.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Renato Braz Mehanna Khamis (orientador)

Profa. Dra. Verônica Scriptore Freire e Almeida

Prof. Gilberto Passos de Freitas

Dedico o presente trabalho especialmente à minha melhor amiga e mãe Maria Aparecida Sarraf, que me ensinou o valor dos estudos e me apoiou do início ao fim do curso, com muito amor, companheirismo e paciência, assim como fez por toda a vida. Sem ela, tal caminho não teria sido trilhado da forma incrível como foi até agora.

E, também, à minha amada filha Lissa Marie, que com sua forma doce e ingênua me motiva a conquistar o mundo, a ser uma pessoa cada dia melhor e a ser um bom exemplo a ser seguido; e aos demais familiares e amigos que participaram e/ou ajudaram direta ou indiretamente este projeto.

*“Se cada um varrer a calçada de sua
casa, logo teremos uma rua limpa.”
Provérbio Judaico*

RESUMO

O direito à saúde foi reconhecido como um direito humano desde a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, todavia no Brasil tem sido tratado efetivamente como um direito tutelado pelo Estado somente a partir da Constituição de 1988. Esta traz em seu bojo os direitos, mas não versa expressamente sobre os deveres oriundos deste direito. Considerando que todo direito pressupõe um dever, sendo ambos duas faces de uma mesma moeda, todo sujeito é detentor de direitos e deveres relacionados à saúde. Outrossim, para que as políticas públicas obtenham alto grau de efetividade, é necessário que todos os atores envolvidos cumpram seus deveres na mesma proporção que exigem seus direitos, sob pena de ineficácia dos esforços em saúde. Frise-se que as partes governo, sociedade e indivíduo não são adversas, mas sim parceiras na persecução da saúde. Não há a pretensão de excluir a responsabilidade do Estado, mas tão somente a de acrescentar deveres dos cidadãos às ações governamentais em saúde, com o desenvolvimento de uma nova ótica que permite uma evolução do direito à saúde.

Considerando o método dedutivo empregado, por meio de revisão de referencial bibliográfico, artigos, estudos, leis, normas e diretrizes nacionais e internacionais, busca-se comprovar a existência do dever à saúde por parte do cidadão nas principais causas de mortalidade do mundo, conforme levantamentos como os da Organização das Nações Unidas, tendo como corte para o estudo as Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DCNTs –, responsáveis por mais de 70% das mortes no mundo. Estas doenças comprovadamente precisam da participação direta da pessoa no combate, sendo atitude essencial para a eficácia das políticas públicas. O presente estudo destaca também posturas mandatárias por parte do cidadão frente a estes males e normas e dispositivos legais que abarcam o dever à saúde por parte do indivíduo, que serão apontados como forma de legitimar o dever à saúde.

Palavras-chave: direito à saúde; dever à saúde; deveres fundamentais; dever à saúde por parte do cidadão.

ABSTRACT

The right to health has been recognized as a human right since the Universal Declaration of Human Rights of 1948, however in Brazil it has been effectively treated as a state-protected right only from the Constitution of 1988. The Constitution does not expressly address the duties arising from this right. Considering that every right presupposes a duty, both being two sides of the same coin, every person has rights and duties related to health. Moreover, for public policies to be highly effective, all actors involved must perform their duties to the same extent that they demand their rights, under penalty of ineffective health efforts. It should be noted that the government, society and individual parties are not adverse, but partners in the pursuit of health. There is no intention to exclude the responsibility of the State, but only to add duties of citizens to government actions in health, with the development of a new perspective that allows an evolution of the right to health.

Considering the deductive method employed, by reviewing the bibliographic reference, articles, studies, laws, norms and national and international guidelines, there is the purpose to prove the existence of duty to health by the citizen in the main causes of mortality in the world, as surveys such as those of the United Nations, with a cut to the study in chronic non-communicable diseases (NCDs), which account for more than 70% of deaths worldwide. These diseases require the direct participation of the person in combat, being essential attitude for the effectiveness of public policies. The present study also highlights mandatory attitudes by citizens regarding these diseases, and rules and legal provisions that cover the duty to health by the individual, which will be pointed as a way to legitimize the duty to health.

Key-words: right to health; duty to health; fundamental duties; duty to health by the citizen.

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Quadro 1 – Doenças que mais mataram no mundo em 2016.....	20
Quadro 2 – Gasto <i>per capita</i> em Saúde (2015).....	41

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACNUR	–	Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados, UNHCR em inglês
ANVISA	–	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CC	–	Código Civil
CF	–	Constituição Federal
CFM	–	Conselho Federal de Medicina
COFEN	–	Conselho Federal de Enfermagem
CONASEMS	–	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	–	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
CONTRAN	–	Conselho Nacional de Trânsito
CP	–	Código Penal
CPC	–	Código de Processo Civil
CREMESP	–	Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
DCNT	–	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DH	–	Direitos Humanos
DPVAT	–	Seguro de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres
DUDH	–	Declaração Universal dos Direitos Humanos
FIOCRUZ	–	Fundação Oswaldo Cruz
IBGE	–	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	–	Instituto Nacional do Câncer
IPEA	–	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MS	–	Ministério da Saúde
OMS	–	Organização Mundial da Saúde, WHO em inglês
ONU	–	Organização das Nações Unidas, UN em inglês
OPAS	–	Organização Pan-Americana de Saúde
PL	–	Projeto de Lei
PROCON	–	Programa de Proteção e Defesa do Consumidor
SBEM	–	Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia
SISTEL	–	Fundação Sistel de Seguridade Social
STF	–	Supremo Tribunal Federal
STJ	–	Superior Tribunal de Justiça

SUS	–	Sistema Único de Saúde
SUSEP	–	Superintendência de Seguros Privados
UNRIC	–	Centro Regional de Informação das Nações Unidas (ONU)
VIGITEL	–	Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	14
1. PANORAMA ATUAL DA SAÚDE.....	19
1.1. Das doenças que mais matam no mundo, principais ameaças em saúde, e mortes prematuras e evitáveis.....	19
1.2. Do papel essencial do cidadão frente às doenças e mortes prematuras e evitáveis.....	25
1.3. A essencial conduta preventiva do cidadão no combate às DCNTs.....	27
1.4. Gastos financeiros e as DCNTs.....	36
1.5. SUS e investimentos em saúde.....	40
1.6. A percepção do cidadão sobre sua responsabilidade pessoal diante das diretrizes em saúde e da adoção de hábitos saudáveis e preventivos.....	46
2. PRESSUPOSTOS PARA COMPREENSÃO DO DEVER À SAÚDE.....	48
2.1. Breve histórico do direito à saúde.....	48
2.2. O Estado como ente prestacional.....	52
2.3. Das Teorias de Concepção do Estado e sua Personalidade Jurídica.....	53
2.4. Da Constituição e da concepção preliminar de direitos e deveres.....	56
2.5. Saúde e sua concepção ampla.....	59
2.6. Direito à liberdade e direito à saúde.....	63
2.7. O indivíduo e a saúde pública.....	72
2.8. A Justiça distributiva.....	73
2.9. O ponto de vista social.....	77
2.10. Viés Principiológico de conduta.....	79
2.11. Obrigatoriedade das diretrizes em saúde, modelo preventivo e os problemas e danos oriundos de escolhas pessoais.....	81
3. OS DEVERES FUNDAMENTAIS E A SAÚDE COMO UM DEVER DO CIDADÃO.....	92
3.1. Os deveres fundamentais oriundos dos direitos fundamentais.....	92
3.2. Do Dever à Saúde oriundo da estrutura dos direitos fundamentais na Carta Magna e a Sociedade como titular do Direito à Saúde.....	94
3.3. Das demais normas expressas de onde decorre o Dever à Saúde por parte do cidadão.....	98
3.4. Do Dever à Saúde sob a ótica da responsabilidade social.....	102

3.5. Do dever de comprometimento pessoal como fator essencial à persecução do direito à saúde.....	105
3.6. Do dever do cidadão como fonte do direito à Saúde.....	108
CONCLUSÃO.....	110
REFERÊNCIAS.....	113

INTRODUÇÃO

Atualmente, o direito à saúde é percebido pela população somente como um dever do Estado, sem que esta considere a sua parcela de atribuições nesta equação e os deveres fundamentais que se originam na concessão de tal direito. Sendo um direito social tutelado pelo Estado, de interesse da sociedade e não somente do indivíduo, seu exercício subjetivo possui regras mínimas de conduta e limites.

Todo direito pressupõe um dever, sendo ambos duas faces de uma mesma moeda (BOBBIO, 2000, p.477). Logo, todo sujeito de direito é também detentor de deveres para com este mesmo direito, principalmente no tocante à sua preservação, de forma coerente e ética. A conduta do cidadão deve ser norteadada pelo Princípio da boa-fé, sendo este um modelo de conduta ou padrão ético (MARTINS, F. A.; 2000, p.21) que todo usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) deve possuir, conforme artigo 8º, inciso I, da Lei nº13460/2017, de Participação, proteção e defesa do usuário dos serviços públicos da administração pública, conduta que será melhor abordada em item específico.

Consoante a Lei de Introdução às normas do Direito Brasileiro, em seu artigo 3º, ninguém pode se escusar de cumprir a Lei alegando que não a conhece. Conforme o presente ensaio, há deveres do cidadão para com sua própria saúde não somente principiológicos, mas também específicos e dispostos em Leis e normas, como os previstos na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (BRASIL, 2009) e na Carta dos Direitos e Deveres das Pessoas Usuárias da Saúde (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2017). De antemão, cumpre informar que nesta última, na Quinta Diretriz, incisos XI e XIII, há expressamente o dever de adoção de “medidas preventivas para situações de sua vida cotidiana que coloquem em risco a sua saúde e da comunidade” e de desenvolvimento de “hábitos, práticas e atividades que melhorem a sua saúde e qualidade de vida”.

Sendo a saúde um direito social fundamental, intrínseco ao direito humano principal, que é o direito à vida, é indisponível e inalienável. O ser humano não pode abrir mão de seus direitos humanos, tampouco adotar condutas que venham a prejudica-los, conforme o artigo 29, 3, da Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) de 1948. A DUDH preleciona também que o indivíduo possui deveres para

com a comunidade, com conduta adequada, e deve obedecer as disposições legais e diretrizes governamentais que visem o bem estar de toda a coletividade, conteúdo que será melhor abordado em item específico.

Como se verá no decorrer do trabalho, o indivíduo possui seus direitos de personalidade e pode usufruir plenamente de sua liberdade, nos limites existentes em lei. Este pode exercer seu poder de escolha livremente, desde que não venha a prejudicar a si, ao próximo, à sociedade e ao Estado, de forma direta ou indireta.

Isto posto, o presente trabalho visa demonstrar que a adoção de posturas omissas, reativas e nocivas deve ser combatida, de modo a desenvolver no inconsciente coletivo a cidadania e noção de responsabilidade social individual, onde as escolhas de cada um refletem diretamente na sociedade.

Não basta exigir melhorias governamentais, fazer o que deve ser feito também é exercer democracia e participação política (IOSCHPE, 2015). Conforme o “Índice de Democracia 2018: Eu Também? – Participação Política, Protesto e Democracia”¹, pesquisa mundial internacional que já ocorre há mais de 10 anos baseada em 60 indicadores e que mede a força da democracia nos países, o Brasil possui uma democracia falha, em que o povo luta por democracia, vota, mas não a exerce efetivamente após as urnas, estando em 50ª posição, atrás de países como Suriname, Trinidad & Tobago, Argentina, Botswana, África do Sul, Eslovênia, Lituânia, Índia, Taiwan, Israel, dentre outros (THE ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT, c2019).

Se cada um fizer o seu papel, ocorrerá uma aproximação cada vez maior do objetivo mundial de desenvolvimento sustentável (ONU, 2015). Há que se ter em mente que uma sociedade perfeita é utópica, mas não é porque há falhas na prestação estatal ou porque o outro deixa de fazer sua parte, que isto é justificativa para não cumprir seu papel, se houver meios de como fazê-lo.

Frise-se que os direitos humanos devem ser protegidos por todos, inclusive pelo próprio titular do direito.

Trazer a autorresponsabilidade do cidadão e seus deveres frente à sua saúde não é algo negativo, mas sim um passo para a evolução do direito à saúde. A autorresponsabilidade nada mais é que a capacidade de atribuir para si a responsabilidade pessoal sobre aquilo que acontece em sua vida que está sob seu controle. Embora o indivíduo não possa dominar fatores externos, terceiros e

¹ Nome original: *Democracy Index 2018: Me too? Political Participation, protest and democracy.*

ambiente, ele tem a gestão direta de suas ações, escolhas e estilo de vida, e do que pode fazer diante do que se apresenta a ele.

Quando você chama a pessoa para a responsabilidade pessoal, parando de tratá-la somente como hipossuficiente que não possui controle sobre o que lhe acontece, ajuda o indivíduo a controlar os eventos e a desenvolver uma postura construtiva, colaborativa e proativa.

Apesar de, à primeira vista, os deveres do cidadão parecer um tema um pouco antipático (MARTINS, F. R.; 2014, p.225) e pouquíssimo abordado na literatura, o presente estudo é de suma relevância para o sucesso na persecução do Direito à Saúde, pois a ótica apresentada é a de somente definir e acrescentar a participação ativa da sociedade e do indivíduo nas políticas públicas, sem que no entanto haja a pretensão de subtrair qualquer obrigação do Estado, tampouco a de responsabilizar e punir objetivamente o cidadão pelos problemas atuais existentes em saúde.

Considera-se, para compreensão do tema, que os direitos sociais possuem duas dimensões igualmente relevantes: a primeira de cunho objetivo, onde é dever do Estado prover os meios para que haja um completo bem-estar do cidadão, e a segunda de cunho subjetivo, que considera as responsabilidades do indivíduo perante este direito para que possa ser efetivado e preservado, até porque a saúde reside no corpo do ser humano, sendo bem intrínseco ao da vida.

Ademais, para que as políticas públicas atinjam satisfatoriamente seus objetivos, é necessário que todos os atores envolvidos cumpram com seus deveres existentes, inclusive os próprios sujeitos de direito, sob pena de ineficácia dos esforços em saúde. De forma racional, em sua maioria, para que as políticas públicas e a atuação do governo sejam eficazes, normalmente demandam alguma contrapartida do indivíduo, nem que seja a adesão à medida a ser implementada.

A relevância do problema é justificada quando se avalia o objetivo comum a ser perseguido: para a efetivação das políticas públicas, os deveres de todos os atores devem ter o mesmo grau de importância dos direitos, objetivando o sucesso das metas estabelecidas. As partes Estado, sociedade e indivíduo não são adversas, mas sim parceiras na persecução da saúde, até porque a coletividade e o sujeito, por integrarem a população, são partes do próprio Estado – que é composto dos elementos população, território e governo –.

O presente trabalho busca demonstrar a existência do dever à saúde por parte do cidadão, identificar que existem deveres à saúde usando como meio de

validar a questão de forma prática as principais causas de óbito do mundo e grandes ameaças em saúde listadas por estudos, principalmente nos da Organização das Nações Unidas (ONU).

O corte se dará de modo específico nas principais doenças e ameaças à saúde que, conforme diretrizes e estudos da Organização Mundial de Saúde (OMS), precisam da atuação direta do indivíduo para combate efetivo, e não somente da atuação do Estado, definindo-as como ponto de partida para o desenvolvimento desta nova ótica. Em especial, nas Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs), responsáveis por mais de 70% das mortes no mundo.

Enxergar a relevância do aspecto subjetivo do direito à saúde permitirá alto grau de eficácia às políticas públicas e melhor resultado no combate dos principais problemas de saúde. Neste diapasão, são igualmente importantes os aspectos do direito à saúde em suas dimensões objetiva e subjetiva, além da responsabilidade social do indivíduo perante este direito social.

Com uma análise da problemática que gira em torno do dever à saúde por parte do indivíduo no combate às principais causas de mortalidade e ameaças em saúde, uma nova perspectiva será apresentada, de modo a equalizar direitos e deveres do cidadão brasileiro, demonstrando que existe o dever reflexo do cidadão de zelar pela sua saúde e também pela do próximo, de modo ativo, preventivo e reparativo.

O método a ser empregado será o dedutivo, considerando a premissa de que todo direito pressupõe um dever, com análise hermenêutica de princípios, leis, normas, notícias, e fontes bibliográficas nacionais e internacionais.

Será lançada mão de estudos, diretrizes e normas que já abarcam a questão e que serão apontados como forma de legitimar o dever à saúde.

O desenvolvimento do presente ensaio se dará, no primeiro capítulo, com a apresentação de um ponto de partida para analisar o dever à saúde por parte do cidadão, considerando o panorama atual sobre as principais causas de morte no mundo e as ameaças atuais em saúde que tenham como forma de combate a atuação direta do indivíduo.

No segundo capítulo, haverá uma abordagem propedêutica dos conceitos jurídicos e filosóficos elementares de direito, com uma espécie de “entrelaçamento

transnormativo”²(MARTINS, F. R.; 2014, p.217) considerando a multidisciplinariedade de normas, princípios e fatos correlatos em diversas esferas do direito, como forma de elencar direitos e deveres existentes que estão diretamente ligados à saúde, cruciais para a compreensão do dever à saúde por parte do cidadão.

Por fim, no terceiro capítulo, será enfrentada a questão principal do trabalho, que é o dever à saúde por parte do cidadão e como o seu reconhecimento por parte do indivíduo poderá influenciar diretamente o resultado das políticas públicas, principalmente com a adoção do autocuidado no combate às principais causas de óbito no mundo.

² Técnica que reúne, de diversas áreas, leis, normas, princípios, regulamentos, etc., relacionados ao mesmo assunto.

1. PANORAMA ATUAL DA SAÚDE

Em que pese o papel do Estado como provedor dos direitos sociais, diante das revoluções tecnológicas, globalização e facilidade de acesso à informação, mudanças no sistema produtivo, novas modalidades de trabalho, grande mutabilidade das demandas em saúde, o aumento exponencial da população, a vastidão territorial e as constantes crises financeiras, há a necessidade premente de conjugação de esforços mútuos dos atores indivíduo, Sociedade e Estado (AGNES *et al.*, 2010, p.83), que não são adversários, mas sim parceiros na persecução dos interesses comuns em saúde.

Neste sentido, como ponto de partida para o presente estudo, é interessante apontar os principais problemas mortais de saúde do mundo e as grandes ameaças em saúde.

1.1. Das doenças que mais matam no mundo, principais ameaças em saúde, e mortes prematuras e evitáveis

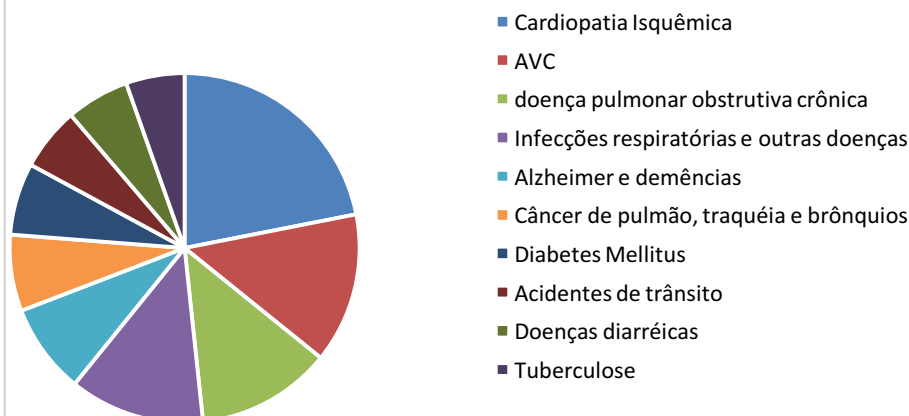
Conforme estudo publicado pela OMS (2018c), as dez principais causas de morte no mundo³ são: 1) Cardiopatia isquêmica e 2) acidente vascular cerebral (AVC) – Juntas⁴, estas duas causas mataram mais de 15,2 milhões de pessoas em 2016, 26,95% do total de mortes –; 3) doença pulmonar obstrutiva crônica (3 milhões de mortes, ou 5,31%); 4) Infecções respiratórias⁵ e outras doenças consideradas como “Condições do Grupo I” (3 milhões de mortes, ou 5,31%); 5) Alzheimer e demências (3,54%); 6) Câncer de pulmão, traquéia e brônquios (1,7 milhões de mortes, ou 3%); 7) Diabetes mellitus (1,6 milhões de óbitos, ou 2,83%); 8) Acidentes de trânsito (1,4 milhões de mortes, ou 2,48%); 9) Doenças diarreicas (1,4 milhões de mortes, ou 2,48%); 10) Tuberculose (1,3 milhões de mortes, ou 2,3%).

³ Dados considerados para o estudo foram do ano de 2016. Em 2016, Das 56,4 milhões de mortes registradas no mundo, mais da metade (54%) foram resultado das 10 causas indicadas.

⁴ São as principais causas de mortalidade nos últimos 15 anos.

⁵ Condições do “Grupo I” incluem doenças transmissíveis, causas maternas, condições que surgem durante a gravidez e o parto e deficiências nutricionais. Infecções respiratórias inferiores estavam entre as principais causas de morte, por isso esta titulação.

Figura 1:
TOP 10 - Doenças que mais mataram no mundo em
2016



Outros estudos (RITCHIE, 2019) apontam que mais de 70% das pessoas que morreram em 2017 faleceram em decorrência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), que significa um grupo de enfermidades que não passam de pessoa para pessoa e progridem lentamente, reunindo os males como diabetes, hipertensão, câncer, doença pulmonar obstrutiva crônica e transtornos mentais.

São doenças que em sua maioria podem e devem ser detectadas no início, e, se efetuando o tratamento adequado, permitem alto grau de cura e controle, com tratamentos de baixa complexidade e custo reduzido, além de melhor preservação da qualidade de vida do doente. Por isso, o óbito por estas doenças é tido como morte evitável. Já mortes prematuras são aquelas de pessoas abaixo dos 70 anos.

As DCNTs são grande perigo à humanidade e ao bem estar social. Costumam ser de longa duração e são multifatoriais, resultado de uma combinação de fatores genéticos e hereditários, fisiológicos, ambientais e comportamentais.

Conforme o Ministério da Saúde, alguns dos fatores determinantes das doenças crônicas são “a poluição e a escassez da água potável, o baixo acesso ao saneamento básico e ao tratamento de resíduos, a contaminação dos solos, a falta de planejamento urbano e os ambientes insalubres de trabalho” (2011, p. 64).

Todavia, de acordo com a OMS e a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), agência especializada subordinada à Organização das Nações Unidas (ONU), (2017, digital), os quatro principais fatores de risco para o desenvolvimento das DCNTs são na verdade o tabagismo, a dieta não saudável, a inatividade física e

o uso nocivo do álcool, sendo que estes geram fatores secundários altamente nocivos, como sobrepeso e obesidade, mudança na pressão sanguínea e aumento do colesterol.

Desta forma, os hábitos (PRADO, 2014) e estilo de vida adotados pelo indivíduo são determinantes fundamentais na prevenção das DCNTs. Cigarro, sedentarismo, sobrepeso, consumo excessivo de álcool e dietas pouco saudáveis aumentam exponencialmente o risco de morte por uma DCNT.

Segundo o Relatório de Progresso das DCNTs 2017⁶ (OMS, 2017), que aponta ações para estabelecer metas, implementar políticas e criar forças para reduzir e tratar as DCNTs, o progresso mundial tem sido desigual e insuficiente.

A realidade nos países de baixa e média renda, como o Brasil, é ainda pior, onde na lista dos 10 principais motivos, há maior taxa de mortalidade devido a acidentes de trânsito, o HIV aparece, e mais da metade de todas as mortes foram causadas por DCNTs do Grupo I (OMS, 2018c), em contraponto a menos de 6% das mortes nos países de alta renda por essas causas (OMS, 2018c):

As doenças não transmissíveis (DNTs) causaram 71% das mortes em todo o mundo, variando de 37% em países de baixa renda a 88% em países de alta renda. Todas, exceto uma das 10 principais causas de morte em países de alta renda, foram as DNTs. Em termos de número absoluto de mortes, no entanto, 78% das mortes globais por DNT ocorreram em países de baixa e média renda.

O maior fator causador de mortes da atualidade continua sendo o de doenças cardiovasculares, que afetam o coração e as artérias. As mortes decorrentes de terrorismo, guerra e desastres naturais representam menos de 0,5% do total de mortes. Houve diminuição expressiva nas últimas décadas quanto às mortes oriundas de doenças infecciosas. O número de pessoas que morreram em suicídios ou homicídios cresceu. O dado alarmante de que no Reino Unido o suicídio é a principal causa de morte de homens entre 20 e 40 anos demonstra uma necessidade urgente do crescimento de ações em prol da saúde mental. (RITCHIE, 2019)

De acordo com a lista das grandes ameaças à saúde para 2019 publicada recentemente pela OMS/OPAS (2019a), os problemas relacionados à saúde que precisam ser combatidos pelos países com afincos são: 1) poluição do ar e mudança climática; 2) DCNTs; 3) pandemia global de gripe *influenza*; 4) locais em crise ou com fragilidade social (consideradas uma combinação de fatores como seca, fome,

⁶ Título original da publicação: *Noncommunicable Diseases Progress Monitor 2017*.

conflitos e deslocamento populacional, onde as causas de óbitos costumam ser diarreia, infecções preveníveis e violência (REVISTA SAÚDE, 2019); 5) resistência bacteriana pelo uso excessivo de antibióticos, com alto índice de óbitos, por pneumonia e tuberculose por exemplo, sendo que esta última está cada vez mais resistente ao principal remédio; 6) Ebola e outros agentes infecciosos letais; 7) atendimento primário de saúde deficiente (primeiro contato do cidadão com o setor de saúde. Se prestado atendimento eficaz, pode-se afastar, curar e identificar a grande maioria das doenças); 8) Medo de vacina; 9) Dengue; 10) HIV.

Em que pese as massivas orientações públicas para o combate das DCNTs, conforme análises periódicas da OMS/OPAS, o número global de mortes por DCNTs continua a aumentar com o tempo, com milhões de mortes prematuras anuais.

Em 2015, “Das 38 milhões de vidas perdidas em 2012 por DCNT, 16 milhões, ou seja, 42% eram prematuras e evitáveis (um aumento de 14,6 milhões mortes em relação a 2000)” (OMS/OPAS, 2015b, digital).

Em 2016, as DCNTs foram responsáveis por mais de 70% das mortes no mundo, ou 41 milhões de pessoas, continuando com mais de 15 milhões de mortes prematuras, onde acima de 85% delas ocorreram em países de baixa e média renda (OMS/OPAS, 2019a, digital).

Desde setembro de 2015, entre os 193 Estados Membros da ONU, da qual o Brasil faz parte, há o compromisso de combater todos estes problemas por meio do plano de ação “Transformando o nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável” (UNRIC, 2016), em especial na meta 26:

26. Para promover a saúde física e mental e o bem-estar, e para aumentar a expectativa de vida para todos, temos de alcançar a cobertura universal de saúde e acesso a cuidados de saúde de qualidade. Ninguém deve ser deixado para trás. Comprometemo-nos a acelerar os progressos alcançados até o momento na redução da mortalidade neonatal, infantil e materna, dando um fim a todas essas mortes evitáveis antes de 2030.

Estamos empenhados em garantir o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, inclusive para o planejamento familiar, para a informação e para a educação. Iremos igualmente acelerar o ritmo dos progressos realizados na luta contra a malária, HIV/AIDS, tuberculose, hepatite, ebola e outras doenças e epidemias transmissíveis, incluindo a abordagem em relação à crescente resistência antimicrobiana e o problema das doenças negligenciadas que afetam os países em desenvolvimento. **Estamos comprometidos com a prevenção e o tratamento de doenças não transmissíveis, incluindo distúrbios de comportamento, de desenvolvimento e neurológicas, que constituem um grande desafio para o desenvolvimento sustentável.** (NAÇÕES UNIDAS Brasil, 2015, digital) (g.n.)

Ademais, “em outubro de 2018, todos os países-membro se comprometeram a renovar seu compromisso com a atenção primária de saúde, oficializado na declaração de Alma-Ata em 1978” (LABOISSIÈRE, 2019, digital).

No Brasil, no levantamento da incidência de DCNTs na “Pesquisa Nacional de Saúde 2013” (FLORIANO, 2017), realizada pelo Ministério da Saúde em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 44,5% da população do sexo feminino era portadora de enfermidades crônicas, ou 34,4 milhões de mulheres, e 33,4% da população do sexo masculino também era portadora, ou 23 milhões de homens.

Frise-se que, conforme próprias conclusões do referido estudo do IBGE, a maior incidência de casos no grupo feminino se deu pelo fato de que as mulheres são mais proativas e cuidam mais da saúde do que os homens, facilitando a detecção de doenças e, conseqüentemente, refletindo nos dados apurados:

Em todas as regiões as mulheres tiveram maior prevalência quando comparadas aos homens. Isso ocorre pelo fato delas procurarem atendimento em saúde de forma espontânea com mais frequência do que os homens, facilitando assim o diagnóstico de alguma possível doença crônica. (FLORIANO, 2017, digital)

O levantamento detectou também a presença das doenças crônicas na população brasileira por região, onde o Sudeste obteve o maior índice (47,7%, ou 25,4 milhões de habitantes), seguido pelo Sul (com 39,8%, ou 10,3 milhões de habitantes), Centro-oeste (com 37,5%, ou 4 milhões de pessoas), Nordeste (com 36,3%, ou 14 milhões de pessoas) e o Norte (com 32%, ou 3,4 milhões de habitantes).

O estudo concluiu que, em 2013, de 10 brasileiros, quatro morreram por causa das DCNTs, e listou as 11 DCNTs mais impactantes para o povo brasileiro: 1) Hipertensão arterial; 2) Diabetes; 3) Colesterol alto; 4) Asma; 5) Doenças cardiovasculares; 6) AVC; 7) Problemas crônicos de coluna; 8) Distúrbios osteomoleculares relacionados ao trabalho; 9) Depressão; 10) Insuficiência renal crônica; 11) Câncer.

Outros ensaios sobre dados de 2013 (MALTA, 2015) apontaram incidências como hipertensão arterial com prevalência de 21,4% na população, seguida por problema crônico de coluna em 18,5%, depressão em 7,6%, artrite em 6,4% e diabetes em 6,2%, além de outras doenças mentais em 37,6% e acidente vascular cerebral (AVC) em 25,5%.

Em 2015, o governo brasileiro constatou que “as doenças cardiovasculares, os cânceres, as doenças respiratórias crônicas e o diabetes *mellitus*” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, [s.d.]) são as principais DCNTs brasileiras, responsáveis por 51,6% do total de óbitos na população de 30 a 69 anos no país. Quase 70% da demanda atual de doenças no País são DCNTs ou são provocadas por fatores externos, como acidentes de trânsito e violências (GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO, [s.d.]b).

Atualmente⁷, as DCNTs no Brasil são responsáveis por 74% do total de mortes, sendo 24% por doenças cardiovasculares, 18% por neoplasias, 6% por doenças respiratórias e 5% por diabetes (OMS, 2018a).

Acompanhando as estatísticas, foi constatado em 2017 que as doenças do aparelho circulatório são a principal causa de óbitos na região da Baixada Santista (informação verbal)⁸, conforme Paula Covas B. Calipo⁹.

Paula ainda listou os principais problemas do Sistema Único de Saúde (doravante denominado SUS) na atualidade: Financiamento, Gestão (com pontos como Formas de contratualização/contratação, Recursos financeiros, materiais, RH, equipamentos e tecnologias, Processo de trabalho/clínica) e Judicialização (informação verbal, p.3).

Outro problema grave da saúde pública são os óbitos oriundos de acidentes de trânsito, que em sua maioria se dão por motivos totalmente evitáveis e advindos de escolhas humanas. De acordo com a ONU/OPAS (c2006), os principais fatores de risco no trânsito são reconhecidamente fatores humanos que podem ser evitados.

Em resumo, no presente item houve a apresentação do panorama atual em saúde, as principais causas de morte no mundo, ameaças globais em saúde, o que é o grupo mortal de DCNTs, e dados brasileiros que corroboram os levantamentos internacionais, demonstrando o alto índice de mortes evitáveis.

⁷ Dados de 2016.

⁸ CALIPO, Paula Covas B. Palesrtra “**O SUS na região da Baixada Santista**”, ocorrida na reunião do Conselho de Desenvolvimento da Região Metropolitana da Baixada Santista – CONDESB, Praia Grande/SP, em 29 de junho de 2017, P. 68 dos slides.

⁹ Diretora do Departamento Regional de Saúde IV da Baixada Santista e Coordenadora da Câmara Temática da Saúde do CONDESB/AGEM – Conselho de Desenvolvimento da Região Metropolitana da Baixada Santista / Agência Metropolitana da Baixada Santista.

1.2. Do papel essencial do cidadão frente às doenças e mortes prematuras e evitáveis

Considerando o aumento crescente das DCNTs, o seu combate enfrenta uma série de desafios. A dificuldade de acesso e utilização dos serviços de saúde constitui a principal barreira (MALTA, 2017) para combater as DCNTs e tratar os doentes, mesmo havendo diversas ações governamentais e políticas públicas para prevenir, monitorar e reduzir os fatores de risco, garantir o acesso aos cuidados de saúde, além de corrigir determinantes sociais como pobreza e desigualdade social.

O Brasil ficou em último de 48 países no ranking de eficiência dos serviços de saúde elaborado pela Bloomberg (FUENTES, 2017). Em qualidade e acesso à saúde, o Brasil ficou em 89º de 195 países, conforme índice que se baseia na mortalidade relacionada a doenças que poderiam ser prevenidas e tratadas, de acordo com estudo publicado no periódico médico “The Lancet” (ALVIM, 2017).

Todavia, boa parte dos problemas em saúde atuais podem ser evitados ou mitigados pelo próprio indivíduo, diante do seu dever subjetivo à saúde, com base no autocuidado. O conceito de autocuidado é complexo, não se resume à ideia de cuidar de si, mas de se educar e de fazer escolhas conscientes, visando seu bem-estar a longo prazo. Em resumo, “autocuidado é um conceito abrangente relacionado com as ações que as pessoas realizam individualmente com o objetivo de preservar a saúde e/ou prevenir a doença.” (GALVÃO; JANEIRO, 2013).

Nas doenças crônicas, o autocuidado possui papel fundamental, principalmente após a segunda metade do século XX. Houve mais atenção à responsabilização do indivíduo no controle da sua própria saúde, diante da mudança do padrão de doença, de aguda para crônica, sendo que tal “autorresponsabilização deu origem a vários conceitos que possuem diferenças e semelhanças - autocuidado, autogestão, automonitorização, gestão de sintomas e autoeficácia” (GALVÃO; JANEIRO, 2013). Neste diapasão:

O autocuidado é considerado um componente integral da gestão das doenças crônicas e da preservação de um nível aceitável de funcionalidade. Permite à pessoa observar-se, reconhecer sintomas, determinar a agressividade da sintomatologia e escolher estratégias apropriadas para debelar esses sintomas, minimizando-os e maximizando a saúde. Assim, o autocuidado integra a capacidade de cuidar de si próprio, mas também o desempenho de atividades indispensáveis para alcançar, manter ou promover uma saúde ótima. (GALVÃO; JANEIRO, 2013).

Conforme as orientações da OMS/OPAS (2018b), para que haja efetivo combate às DCNTs é necessária a postura adequada e proativa do cidadão frente à sua própria saúde, com a escolha de hábitos mais saudáveis, como evitar consumo excessivo de álcool, tabagismo, sedentarismo e alimentação inadequada, o que comprovadamente reduz drasticamente a incidência das DCNTs.

Faz parte da cura querer ser curado. Neste sentido é que foi criado um movimento internacional chamado “Espectro de saúde 4P” (ou Medicina 4P) – preditivo, preventivo, personalizado e participativo –, em que os quatro “P” apontam uma mudança de paradigma e, no próprio nome, as posturas que o cidadão deve possuir frente à sua saúde.

De acordo com SAGNER *et al.* (2017), em estudo sobre a Medicina 4P elaborado com diversos pesquisadores e centros de pesquisa em saúde do mundo¹⁰, considerando a evolução e estágios das DCNTs, deve haver uma mudança de perspectiva da saúde, doença e combate, a ser considerada por todos.

Tais doenças, por serem gradativas e desenvolvidas normalmente em longo espaço de tempo – muitas vezes décadas –, possuem 4 etapas principais altamente relevantes que devem ser observadas no *continuum* saúde-doença:

- a) A pessoa possui estado de saúde e pode lidar com fatores estressores, como fisiológicos e psicológicos;
- b) Com o acúmulo de exposição a fatores como má alimentação, sedentarismo e hábitos nocivos, ocorrem alterações sutis que apontam sinais precoces de DCNTs, como pressão, glicemia e níveis de gordura no sangue alterados. Por serem sutis, o indivíduo não entende/percebe os sintomas e a gravidade destes;
- c) Começam a aparecer sintomas mais graves, como falta de ar e dor no peito. Geralmente é quando começam o cuidado tradicional em saúde, de forma reativa em essência;
- d) Mesmo com o início dos tratamentos, as DCNTs aparecem, com desfechos gravíssimos como isquemias, infarto, derrame e outros.

¹⁰ Endossado oficialmente por: Sociedade Europeia de Medicina Preventiva (Reino Unido); Instituto Europeu de Biologia e Medicina de Sistemas (França); Centro de Biomedicina de Sistemas do Luxemburgo (Luxemburgo); Instituto de Biologia de Sistemas (EUA); Centro de Biomedicina de Sistemas de Xangai, Shanghai Jiao Tong University (China).

Pelo fato do cidadão possuir uma postura normalmente reativa, o seu foco de combate das DCNTs acaba sendo focado nas doenças já existentes, e não na prevenção, que deve ser preponderante à sua saúde.

Sob o novo ponto de vista da Medicina 4P, o método de tratamento por parte do cidadão deve ser alterado, do modelo reativo para o preventivo (modelo proativo), com cidadãos bastante informados sobre o seu papel fundamental na prevenção e cura, participando ativamente deste processo.

Prevenir é melhor do que remediar, e a prevenção continua sendo o melhor remédio. Desta forma, com base nas pesquisas e levantamentos apontados no capítulo 1, é importante analisar o dever à saúde por parte do cidadão frente a problemas relacionados à morte prematura e evitável, considerando para o presente estudo principalmente o combate às DCNTs, pois a atuação do indivíduo reflete diretamente na incidência destas doenças.

1.3. A essencial conduta preventiva do cidadão no combate às DCNTs

De acordo com entendimentos governamentais (CALIPO, 2017, p.3) acerca das DCNTs, há cada vez mais o objetivo de novos investimentos em diagnóstico precoce e prevenção na atenção básica, bem como o fomento a programas de combate ao tabagismo, estímulo à alimentação saudável e atividade física, tratamentos adequados para doenças do aparelho circulatório, colesterol, hipertensão, e desdobramentos como obesidade, depressão, infarto e AVC. Foram definidos, portanto, estímulos para cuidados preventivos essenciais, que devem ser seguidos pela população em benefício próprio.

O governo realiza uma série de políticas voltadas à prevenção e combate das DCNTs, bem como monitoramento dos fatores principais de risco, incidência de algumas doenças como diabetes, e a prática de exames preventivos como mamografia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Realiza também o monitoramento das DCNTs na população. Uma das principais formas de coleta de dados sobre DCNTs é a por meio da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, c2018b), mas há outros tão relevantes quanto, como o Inquérito de Saúde de São Paulo – ISA CAPITAL –, a Pesquisa Nacional de

Saúde, e o PeNSE – Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, que fazem levantamento de dados periódicos relacionados também às DCNTs.

Todavia, a despeito das diversas políticas públicas, após a verificação dos dados apontados, é fato que as DCNTs só aumentam.

Assim sendo, além da realização de exames preventivos periódicos para detecção, rastreio e tratamento de doenças, é essencial também a adoção dos corretos cuidados prescritos, fundamentais para o efetivo combate das DCNTs. Quanto antes detectadas por meio de exames preventivos por meio da Atenção Primária em Saúde e tratadas, maior a chance de controle e cura das DCNTs e menores os gastos financeiros e perda em qualidade de vida.

Outrossim, como dito, as DCNTs costumam ser de longa duração e são multifatoriais, resultado de uma combinação de fatores genéticos e hereditários, fisiológicos, ambientais e comportamentais, onde os quatro principais fatores de risco para o desenvolvimento das DCNTs são o tabagismo, a dieta não saudável, a inatividade física e o uso nocivo do álcool (ONU/OPAS, 2017). Ou seja, os hábitos e estilo de vida adotados pela pessoa são determinantes fundamentais na prevenção e combate das DCNTs.

Considerando que as DCNTs são a principal causa de morte no mundo e sendo conhecidos os principais fatores que ocasionam e progridem as DCNTs, é importante analisá-los para saber como combatê-los.

O primeiro fator é a predisposição genética por meio da hereditariedade. Estudos apontam que variações não genéticas – chamadas de epigenética – podem mudar e influenciar substancialmente os genes e a expressão¹¹ do DNA¹², nosso repositório de informação biológica útil (JOAQUIM; EL-HANI, 2010).

Duas pessoas podem apresentar respostas metabólicas e genéticas bastante diferentes. Por mais que características individuais como os genes e o microbioma intestinal (conjunto de micro-organismos que vive no aparelho digestivo) sejam fatores de risco para o desenvolvimento de DCNTs (SAGNER, *et al.*, 2017), os hábitos da vida, ambiente e ações do ser humano podem alterar substancialmente a expressão genética e a resposta metabólica.

¹¹ A forma como as informações contidas no DNA atuam nas células.

¹² Ácido desoxirribonucleico, presente no núcleo das células que contém as instruções genéticas que coordenam o desenvolvimento e funcionamento das células e que transmitem as características hereditárias.

Um dos fatores de mudança mais importantes é a alimentação adequada. Pesquisas, como de nutrigenética¹³ (SCHUCH, *et al.*, 2010) e nutrigenômica¹⁴ (CONTI; MORENO; ONG, 2010), constataram que mudanças como hábitos alimentares saudáveis e o consumo de alimentos ricos em nutrientes e bioativos¹⁵ podem alterar de forma relevante a expressão gênica, alterando a química do nosso DNA e influenciando diretamente o funcionamento dos genes, podendo cabalmente evitar o aparecimento de DCNTs. Neste diapasão:

A partir de dados do sequenciamento do DNA humano, constatou-se [...], genomas [de todos os seres humanos] apresentam similaridade de cerca de 99,9%. A pequena variação interindividual de 0,1% se dá, principalmente, por meio de alterações discretas na sequência do DNA conhecidas como polimorfismos de nucleotídeo único (SNP, pronunciam-se "snips"), que existem aos milhões no genoma humano. Muitas vezes, os SNPs podem levar a mudanças na estrutura, função, quantidade ou localização das proteínas codificadas, alterando inúmeros processos fisiológicos. Além de interferirem em características físicas, os SNPs também podem influenciar o risco para doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT), necessidades de nutrientes e resposta aos alimentos. [...]

A capacidade de nutrientes e CBA modular a expressão gênica deverá ser considerada na escolha de alimentos específicos com a finalidade de se evitar a ocorrência de DCNT. Diferentemente de fármacos, que foram desenhados para atuar em vias específicas, os componentes dos alimentos apresentam múltiplos alvos moleculares. Apesar de sua menor potência quando comparados a moléculas sintéticas, nutrientes e CBA podem atuar de forma sinérgica por se encontrarem em diferentes combinações nos alimentos. (CONTI; MORENO; ONG, 2010).

Principalmente nos estágios iniciais das DCNTs, a alimentação adequada, rica em frutas, verduras, nutrientes e bioativos, pode normalizar as alterações metabólicas, celulares, bioquímicas e genômicas (SAGNER, *et al.*, 2017). Ou seja, antes mesmo das DCNTs se apresentarem efetivamente, a conduta pessoal preventiva do cidadão é essencial para o seu combate.

Neste sentido há diversos esforços e orientações em saúde. A OMS, em conjunto com a Organização das Nações Unidas para a Agricultura e Alimentação (FAO), lançou em 2004 a Estratégia Global em Dieta, Atividade Física e Saúde¹⁶, com o intuito de diminuir a incidência das DCNTs, que periodicamente produz relatórios de progresso. Conforme a OMS (2002):

¹³ Interação entre nutrição e genética, com o desenvolvimento de dietas voltadas ao perfil genético da pessoa e suas predisposições biológicas.

¹⁴ Influência de fatores dietéticos sobre o genoma humano.

¹⁵ Substâncias como o resveratrol e antocianinas, presentes nas uvas escuras, que comprovadamente combatem e evitam doenças como o câncer e ajudam a modelar fenômenos epigenéticos.

¹⁶ Nome original: *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*.

Estima-se que o baixo consumo de frutas e verduras cause cerca de 31% das isquemias cardíacas e 11% dos acidentes cardiovasculares em todo o mundo. A Agência Internacional de Pesquisa sobre Câncer (IARC) da OMS estima que a proporção de câncer prevenível devido ao baixo consumo de frutas e verduras é de 5-12% para todos os casos de câncer e entre 20-30% nos casos de câncer gastro-intestinal.

A versão atual do Guia alimentar para a população brasileira, após analisar os costumes da sociedade, condições econômicas e outros fatores existentes, trouxe alternativas acessíveis e adequadas ao povo. Sobre a escolha individual, o Guia pondera que, na verdade, “muitos fatores – de natureza física, econômica, política, cultural ou social – podem influenciar positiva ou negativamente a alimentação das pessoas” (BRASIL, 2014).

A alimentação adequada e saudável é considerada um direito humano básico, consistente no acesso à prática alimentar adequada aos aspectos sociais e biológicos de cada um. Tal direito concede ao indivíduo um sentimento de pertencimento social, com sensação de autonomia, sentindo que está atuando diretamente em seu bem estar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

No país, a alimentação adequada é fomentada pela Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS), que integra a Promoção da Saúde, institucionalizada pelo SUS em 2006 por meio da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), sendo eixo estratégico da PNPS e uma das diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN).

A adoção de uma alimentação correta consiste na ingestão variada de alimentos que possuam nutrientes balanceados de acordo com a necessidade individual, além da combinação dos alimentos, o preparo, a forma de ingestão, e a adoção de práticas alimentares adequadas. Conforme o portal SAÚDE BRASIL (2017), projeto do Ministério da Saúde para auxiliar o indivíduo a desenvolver uma vida mais saudável, há dez passos para considerar uma alimentação adequada e saudável:

- 1 – Fazer de alimentos *in natura* ou minimamente processados a base da alimentação;
- 2 – Utilizar óleos, gorduras, sal e açúcar em pequenas quantidades ao temperar e cozinhar alimentos e criar preparações culinárias;
- 3 – Limitar o consumo de alimentos processados;
- 4 – Evitar o consumo de alimentos ultraprocessados;
- 5 – Comer com regularidade e atenção em ambientes apropriados e sempre que possível, com companhia;
- 6 – Fazer compras em locais que ofertem variedades de alimentos *in natura* ou minimamente processados;
- 7 – Desenvolver, exercitar e partilhar habilidades culinárias;

- 8 – Planejar o uso do tempo para dar à alimentação o espaço que ela merece;
- 9 – Dar preferência, quando fora de casa, a locais que servem refeições feitas na hora;
- 10 – Ser crítico quanto a informações, orientações e mensagens sobre alimentação veiculadas em propagandas comerciais.

É comprovado que os alimentos influenciam não somente nos aspectos epigenéticos, mas também na própria imunidade do indivíduo, diminuindo chances de ficar doente e acelerando a resposta e recuperação, posto que aumentam a eficiência das células de defesa (SAÚDE BRASIL, 2017, digital).

O consumo diário de água potável também deve ser frequente e adequado à idade e peso do indivíduo. Considerando as adversidades que muitos brasileiros possuem de acesso à água potável e não contaminada, o ideal é que a água obtida seja sempre “filtrada (com filtro doméstico, coador de papel ou pano limpo), e, posteriormente, fervida por 5 minutos a contar do início da fervura”, pois fervê-la “elimina bactérias, vírus e parasitas; por isso, é o método preferencial para tratamento da água de consumo humano” (PREFEITURA DE SÃO PAULO, 2011, p.5; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018a).

Doenças crônicas podem ser evitadas também com a adoção de hábitos como exercícios físicos, onde atividades aeróbicas simples e baratas, a título de exemplo caminhada (OMS, c2011), trazem resultados excelentes e queda no risco de DCNTs, além de melhora na qualidade de vida.

Além da alimentação adequada, alterar o estilo de vida e adotar a prática de exercícios aeróbicos também podem modular a expressão gênica. Um exemplo é o estudo realizado nos Estados Unidos da América, por pesquisadores da Universidade da Califórnia (ORNISH; *et al.*, 2008), em pacientes com câncer de próstata, que demonstrou os benefícios que correções no plano alimentar e intervenção nos hábitos, com adoção de dieta saudável intensiva, caminhada e técnicas de controle de estresse, pode causar em apenas três meses.

De um modo geral, os pacientes que realizaram as mudanças obtiveram o resultado incrível de alteração da atividade de aproximadamente 500 genes, com redução dos níveis de PSA¹⁷, mesmo sem o consumo de medicamento, ao passo que os pacientes que não adotaram tais hábitos apresentaram progressão da doença e aumento dos níveis de PSA.

¹⁷ Antígeno Prostático Específico (PSA), usado para auxiliar a detecção de câncer de próstata. Valores altos indicam menos controle da doença e grandes chances de disseminação da enfermidade.

Outros benefícios das atividades físicas são comprovados por diversos estudos nacionais e internacionais, sendo a prática de exercícios considerada forma de tratamento alternativo para combate ao tabagismo, alcoolismo e narcodependência, e inclusive na recuperação dos efeitos nocivos pelo uso destas substâncias. Diversos estudos comprovam que atividades físicas ajudam a reduzir o desejo de consumir cigarro, álcool e drogas, por atuar junto à neuroplasticidade e à neurotransmissão dopaminérgica (USSHER, *et al.*, 2001; TAYLOR; KATOMERI, 2007; SCERBO *et al.*, 2010; SILVA, R.S. *et al.*, 2010; PENNA, 2014; KEYWORTH *et al.*, 2018).

Eliminação do sedentarismo combinada com alimentação equilibrada são fatores essenciais para saúde e qualidade de vida, além de prevenir eficazmente as DCNTs. Outrossim, tais condutas combatem também a obesidade.

A obesidade, doença crônica que vem crescendo exponencialmente nos últimos anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, c2018), é objeto de políticas públicas nas últimas duas décadas. Desde 2013, há uma linha de cuidado para obesidade como parte da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (DIAS, 2017).

No Brasil, “dados de 2016 do Ministério da Saúde indicam que 7% da população brasileira está desnutrida e 20% sofre de obesidade” (IDOETA, 2017, digital). Tais dados demonstram que, no geral, o problema não é a falta de alimentos, mas sim a escolha dos alimentos.

Em 2010, em discurso alarmante de Margaret Chan – diretora-geral da OMS à época –, houve alerta sobre a nossa geração atual de crianças poder ser a primeira a ter, em muito tempo, expectativa de vida menor que a de seus genitores, resultado que está ligado às escolhas alimentares destinadas às crianças e à ausência de educação alimentar adequada dada pelos pais:

[...] das 35 milhões de mortes anuais por doenças não contagiosas, cerca de 40% são mortes prematuras causadas por infarto, diabetes e asma. Ela lembrou que a incidência dessas doenças é cada vez maior em jovens e crianças -que atualmente desenvolvem hipertensão e diabetes, doenças comumente associadas ao envelhecimento.

"No Brasil, estamos vendo crianças e adolescentes com hipertensão e diabetes tipo 2, algo que não imaginávamos há uma ou duas gerações. Esta geração está desenvolvendo mais fatores de risco, e um dos mais importantes é o aumento de obesidade e sobrepeso em crianças", diz a endocrinologista Claudia Cozer, diretora da Abeso (Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica).

"Temos um problema. Um grande problema que parece destinado a crescer ainda mais. As doenças não contagiosas, por muito tempo consideradas companheiras próximas das sociedades ricas, mudaram de lugar. Doenças cardiovasculares, câncer, diabetes, doenças respiratórias

crônicas e distúrbios mentais agora impõem o seu alto ônus aos países de renda média e baixa. Doenças antes associadas com abundância agora estão fortemente concentradas em grupos pobres e desfavorecidos", afirmou Margaret Chan em seu discurso na abertura da reunião.

Segundo Cozer, cerca de 24% das crianças brasileiras estão acima do peso. A diretora-geral da OMS também alertou para o problema, apontando que, no mundo todo, 43 milhões de crianças em idade pré-escolar são obesas ou apresentam sobrepeso. "Pensem no que isso significa no decorrer da vida em termos de riscos para sua saúde e de custos com os cuidados durante toda a vida", disse.

Cozer diz que 80% dos obesos obesidade têm a síndrome metabólica, conjunto de sintomas que levam ao desenvolvimento de diabetes, hipertensão, colesterol alto etc. "Isso aumenta diretamente o risco de infartos, derrames, trombozes e outras doenças cardiovasculares. Além disso, a obesidade está associada ao aumento do risco para alguns tipos de câncer, como o de mama e o de próstata, e de depressão, entre outros problemas." (BIDERMAN, 2010, digital)

No Brasil, quase 1/4 das crianças é obesa, com as escolhas atuais comprometendo inclusive o direito das futuras gerações. Como dito acima, dados apontam que o problema não é a falta de alimentos, ou a pobreza (CARREIRO, 2016), mas sim a escolha (LISBOA, 2015) dos alimentos e hábitos:

O monitoramento destes indicadores se faz importante também na população adolescente, considerando ser esta uma fase importante para formação e manutenção de hábitos alimentares. Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) de 2015, a prevalência de marcadores de alimentação não saudável entre estudantes do 9º ano do ensino fundamental foi de 41,6% para guloseimas (como doces, balas, chocolates, chicletes, bombons ou pirulitos), 26,7% para refrigerantes e 31,3% para alimentos ultraprocessados salgados (como hambúrguer, presunto, mortadela, salame, macarrão instantâneo e salgadinho de pacote).

Para a população infantil, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2013 trouxe alguns resultados sobre alimentação entre crianças menores de 2 anos, apontando que os hábitos alimentares não saudáveis estão presentes desde cedo entre os brasileiros. A prevalência de crianças que comeram biscoitos ou bolachas ou bolos desde o dia anterior à entrevista foi de 60,8% no Brasil. Em relação a refrigerante ou suco artificial, a prevalência de crianças que consumiram essas bebidas desde o dia anterior à entrevista foi de 32,3% no país. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, [s.d.]b)

Um dos maiores problemas se dá por conta da neofobia alimentar (IDOETA, 2017), dificuldade de ingestão de novos alimentos, posto que crianças tem sido pouco expostas a eles, com uma dieta monótona e pobre, e da fome oculta (GÖDECKE; STEIN; QAIM; 2018), problema crônico mundial, em que a OMS, já em 2006, estimava afetar uma em cada quatro pessoas no mundo, e que está cada vez pior.

A fome oculta é consequência da carência não explícita ou do baixo consumo de micronutrientes (vitaminas e minerais), que ocasionam alterações fisiológicas mínimas, não perceptíveis em exames de rotina. Este *déficit* é fator

predisponente/agravante a muitas doenças crônicas, como “doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, dislipidemia, obesidade, alguns tipos de câncer e osteoporose, etc” (PRÊMIO..., 2015).

Frise-se que promover a educação alimentar e a proteção de filhos e semelhantes é dever dos pais e da família, e não somente obrigação da sociedade e do Estado, conforme artigo 205 e 227 da Constituição brasileira.

Quanto à alimentação adequada e as futuras gerações, apesar da expectativa ser de cada vez mais povos idosos e longevos¹⁸, “com taxas de fertilidade diminuindo, a expectativa de proporção de pessoas com mais de 60 anos ao menos duplicando entre 2007 e 2050, e, na maioria dos países, indivíduos acima de 80 anos quadruplicando” (OMS, 2012), é estimado que a atual geração de crianças “possa viver menos que os pais porque não sabe comer” (IDOETA, 2017) corretamente, alterando o curso atual de “revolução da longevidade” (KALACHE; 2014).

Neste sentido, a alimentação adequada (ONU/OPAS, 2015), o consumo consciente e o descarte adequado de lixo são essenciais, uma vez que a sociedade e as futuras gerações têm direito ao desenvolvimento sustentável e ao meio ambiente equilibrado, conforme artigo 225 da Carta Magna.

Outro fator que merece atenção é o tabagismo no Brasil. Este tem sido reduzido nas últimas décadas, com uma diminuição de 34,8% de adultos em 1989 para 14,7% em 2013, em função das diversas ações realizadas pela Política Nacional de Controle do Tabaco (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2019).

Os dados de 2018 da VIGITEL (MINISTÉRIO DA SAÚDE, c2018b, p.30-103) demonstram que a diminuição geral do tabagismo na população continua, com a porcentagem de adultos fumantes em 9,3%. Infelizmente, indo na contramão de todos os esforços em saúde, há na publicação dados comparativos com os anos anteriores da pesquisa que apontam um aumento significativo de fumantes jovens, de 18 a 24 anos e de 35 a 44 anos. O consumo excessivo de álcool também aumentou expressivamente na última década, principalmente no grupo feminino, fruto da mudança de hábitos e inserção das mulheres no mercado de trabalho.

A saúde mental também deve ser considerada, até porque influencia diretamente na saúde corporal, na qualidade de vida e nas percepções sobre si mesmo e seu estado atual. Estudos (BORDIGNON, 2019) apontam que enfermos com

¹⁸ O que pode acarretar sérios riscos à saúde pública, já que os gastos com idosos é alto e desgastante.

DCNT, como câncer, doenças respiratórias e diabetes *mellitus*, têm de duas a três vezes mais depressão do que a população geral, ao mesmo tempo que a depressão em si gera maior risco de desenvolver doenças cardiovasculares e maior taxa de mortalidade, sendo a principal causa de suicídios.

A depressão, além de ser considerada uma grave epidemia e uma das principais DCNTs do Brasil, é estimada pela OMS para ser a doença mais comum do mundo até 2030, afetando mais pessoas do que AIDS, câncer e doenças cardíacas (BBC NEWS BRASIL, 2009). Além de ser uma DCNT, esta gera outras DCNTs e pode ser originada por outras DCNTs, alimentando um ciclo vicioso de doença, de forma bidirecional (SILVA, Amanda, *et al.*, 2017).

A despeito de ser um problema reconhecido mundialmente, a depressão possui diversos obstáculos para tratamento, como diagnóstico errado, falta de recursos, falta de profissionais treinados e o estigma social associado aos transtornos mentais. A OMS/OPAS (2018) estima que menos de 10% dos enfermos tenha tratamento adequado.

Como diz o ditado popular, “mente sã, corpo sã”. Logo, o cuidado com a saúde mental, como o combate à depressão, ansiedade, estresse, suicídio, esquizofrenia e psicoses, síndromes (como do Pensamento Acelerado, de Burnout, etc), transtornos (como bipolares, TDAH, alimentares, obsessivo-compulsivo, etc), é essencial para haver saúde, qualidade de vida e o próprio combate das DCNTs, e deve ser cada vez mais alvo de políticas públicas para promoção da saúde.

Mais uma vez, para tanto, a alimentação é crucial. Cientistas vêm obtendo resultados robustos que indicam que o que se come pode influenciar positiva ou negativamente a sanidade mental, sendo a alimentação o “determinante central” tanto da saúde física quanto da mental (SARRIS, *et al.*, 2015).

Atividade física também é tida como ótima ferramenta terapêutica em saúde mental e em qualidade de vida (OLIVEIRA, E.N. *et al.*, 2010; SILVA, R.S. *et al.*, 2010; LOURENÇO *et al.*, 2017; ABREU; DIAS, 2017), resultando em benefícios tanto psicológicos quanto no rendimento acadêmico (RASMUSSEN; LAUMANN, 2012).

Além de tais cuidados, procurar ajuda especializada e adotar procedimentos de autocuidado, como sono adequado, meditação ou uma das 29 práticas integrativas e complementares ofertadas pelo SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, [2019?]), contato com a natureza (BRATMAN, *et al.*, 2015; CAPALDI, *et al.*, 2014; MORITA, *et al.*, 2007; PEARSON, CRAIG, 2014), manter seus ambientes de

convívio organizados e arrumados (VARTANIAN, L.R., *et al.*, 2017), são fatores que comprovadamente influenciam muito positivamente na saúde mental.

Conclui-se que todos os principais cuidados em saúde recomendados pelos organismos nacionais e internacionais em saúde voltados à prevenção e combate das DCNTs apontam escolhas e estilo de vida a serem adotados pelo próprio cidadão, de seara pessoal. Assim sendo, a dimensão subjetiva do direito à saúde é altamente relevante ao sucesso das políticas públicas em saúde, portanto, a conduta preventiva e ativa do indivíduo é essencial para a erradicação das principais doenças e ameaças em saúde existentes na atualidade.

1.4. Gastos financeiros e as DCNTs

Quanto aos interesses da saúde pública, estes são intimamente ligados à saúde econômica e administrativa da sociedade. Um dos principais problemas do SUS é o financiamento e seus recursos financeiros (CALIPO, 2017), e o custo com a saúde pública é altíssimo.

Além de matar, as DCNTs são responsáveis pelos maiores gastos no SUS. Conforme dados levantados já em 2005, dos gastos com pagamento de Autorizações de Internação Hospitalar (exceto partos), 58% foram atribuídos às doenças crônicas (FLORIANO, 2017).

Conforme pesquisas internacionais de RASMUSSEN, SWEENEY e SHEEHAN (2015; 2016), a incidência das DCNTs vem causando ao longo dos anos um impacto negativo no Produto Interno Bruto (PIB) brasileiro. Considerando que todos os estudos apresentados apontam que a incidência de DCNTs só aumenta, o gastos do SUS tendem a crescer cada vez mais com estas enfermidades. Segundo tais pesquisas, no Brasil, estima-se que em 2030 as perdas ultrapassem 8% do PIB, alcançando a cifra de 8,7% do PIB por conta das doenças crônicas.

Recusar-se a realizar cuidados preventivos, exames de rotina e tratamentos de doença, seja ela qual for, gera um passivo para a sociedade como um todo, uma vez que quanto mais avançada a doença, mais complexo e caro é o tratamento.

Frise-se que o dano, portanto, não se restringe ao indivíduo, pois quem paga a conta do SUS é toda a sociedade. Se a saúde é tutelada pelo Estado e a atitude omissa do indivíduo gera prejuízos posteriores ao erário, indo contra as

diretrizes públicas de saúde e normas existentes nacionais e internacionais, o Estado e a sociedade têm o condão de exigir do sujeito a adoção de condutas mínimas em saúde, como forma de diminuir o risco e os detrimentos.

De acordo com o relatório “Salvando vidas, gastando menos: uma resposta estratégica às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs)”¹⁹, publicado pela OMS (c2018b), é comprovado que investir no controle de doenças crônicas e tratamento preventivo e/ou no início da doença gera grande economia, retornos financeiros e de saúde:

[...] para cada US\$ 1 investido na ampliação de ações para tratar as DCNTs em países de baixa e baixa-média renda, haverá um retorno à sociedade de pelo menos US\$ 7 em aumento de empregos, produtividade e longevidade. "A mensagem abrangente deste novo e poderoso relatório da OMS é otimista", diz o diretor-geral da OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus. "Combater as DCNTs é uma oportunidade para melhorar a saúde e as economias". (ONU/OPAS, 2018c).

O retorno financeiro na adoção das práticas preventivas nos países é evidente, uma vez que os gastos são altos e plenamente evitáveis:

Nos EUA, os doentes crônicos são responsáveis por 75% dos 2 bilhões de dólares gastos com saúde no país. O custo anual com obesidade é de US\$ 100 milhões, com o sedentarismo US\$ 76 milhões e com o uso do tabaco US\$ 50 milhões.

Na Austrália, o AVC é responsável por cerca de 2% dos custos com saúde e um estudo canadense mostrou que a redução de 10% no sedentarismo no país reduziria as despesas médicas em US\$ 124 milhões, por ano. (ARANTES, 2016).

São vários os exemplos internacionais de gastos públicos com doenças crônicas. Estudos apontam que no Canadá, 2,5% do gasto médico total com as doenças crônicas no ano de 1999 foram atribuídos à inatividade física, no Reino Unido, para meados da década de 1990, foi estimado que, 16% de 6,5 bilhões de libras gastos no sistema de saúde, (ou 1,06 bilhão de libras) seriam gastos com inatividade física. Na China, a falta de atividade física contribuiu com mais de 15% dos gastos associados às principais doenças crônicas do país. (BIELEMANN *et al.*, 2015).

BIELEMANN *et al.* (2015) estima que a diminuição de 10% da prevalência do sedentarismo no povo brasileiro representa um ótimo benefício econômico, resultando na de redução de cerca de 1,3% do custo total das internações realizadas pelo SUS, o que corresponde a milhões de reais de economia.

¹⁹ Nome original do documento: “**Saving lives, spending less: A strategic response to noncommunicable diseases**”. Tradução nossa.

Outro estudo de BIELEMANN *et al.* (2010) indica que, caso a população – o estudo foi feito em 2007 com base na cidade de Pelotas/RS²⁰, que possui índices em saúde semelhantes aos nacionais – eliminasse o sedentarismo, haveria redução de custos de 50% das internações por doenças do aparelho circulatório e de 13% das internações por diabetes. O ensaio trouxe também dados de gastos com doenças cardiovasculares, o que demonstra o alto impacto financeiro da mudança de hábitos. Em 2004, foram gastos cerca de R\$ 2,8 bilhões só com internações por doenças cardiovasculares, sendo R\$2 bilhões custos diretos ao SUS.

O viés econômico, portanto, é um forte argumento para que o cidadão adote as medidas preventivas.

Os resultados são excelentes para todos os envolvidos, proporcionando, além de economia, qualidade de vida e redução em mortes. Traçando um paralelo com os gastos feitos pela saúde suplementar, conforme estudos, há expressiva economia ao aderir um comportamento adequado no combate às DCNTs:

Em estudo, Costa e Hyeda analisaram, pelo período de 20 meses, dois grupos com DCNT: aqueles que optaram por participar de um programa com plano de cuidado multidisciplinar e aqueles que não optaram por participar. O grupo que participou contribuiu para redução absoluta de 31,94% no total dos custos de saúde em relação ao grupo não participante do programa. (RESENDE *et al.*, 2019, p. 27).

Neste sentido, a saúde suplementar vem implementando medidas cada vez maiores para fomentar a adesão às práticas preventivas. Um exemplo de sucesso é o plano de saúde da Fundação dos telefônicos SISTEL (2019b), plano de coparticipação atualmente administrado pela Bradesco Saúde.

Há 10 anos realizam uma programação anual para os usuários acima de 40 anos fazerem determinados (SISTEL, 2019a) exames periódicos preventivos, como hemograma, PSA Livre, sangue oculto nas fezes, próstata, colo de útero e mamografia (SISTEL, 2019c):

Pacote de Exames Preventivos 2019

Em 2019, o Pacote de Exames Preventivos comemora 10 anos. Há 10 anos a Sistel está ao seu lado levando mais saúde e qualidade de vida para você e seus beneficiários. Nesse tempo, mais de 103 mil pacotes preventivos foram concluídos, permitindo que muitos usuários se prevenissem ou identificassem precocemente doenças ligadas a diabetes, hipertensão, câncer de útero, mama, próstata e intestino. Além desse cuidado, o Pacote trouxe economia ao bolso daqueles que ao longo desses 10 anos usufruíram do desconto da coparticipação, decorrente da conclusão do Pacote Preventivo. [...]

²⁰ É evidenciado em fls. 13 que o quadro de morbimortalidade de Pelotas é altamente semelhante ao do Brasil como um todo, o que demonstra a relevância do estudo.

O Pacote Preventivo é composto de exames simples e não invasivos que auxiliam o médico a identificar doenças em estágio inicial, viabilizando o tratamento adequado e, na maioria das vezes, a cura.

O próprio plano subsidia exames, realiza ampla divulgação para seus usuários não perderem o prazo, concedendo inclusive descontos (SISTEL, 2019c) nas coparticipações no ano seguinte para quem realizá-los corretamente e no prazo previsto, considerando que quanto antes forem detectados os problemas, maiores as chances de cura e menor a oneração da carteira e do próprio usuário, já que é um plano de coparticipação.

O SUS não pode se recusar a tratar um paciente, seja em qual estágio de doença for. Entretanto, a atitude concorrente do paciente deve ser para a cura, e não ao dano, sendo a postura ativa e de autocuidado do indivíduo fator fundamental para preservação do bem tutelado, gerando economia procedimental e, principalmente, financeira.

A economia em gastos evitáveis permitirá o uso dos recursos de forma mais inteligente pelo governo em outras necessidades importantes da área da saúde, culminando na melhora do sistema como um todo.

A assertiva de que a saúde é somente dever do Estado, da forma como é feita popularmente, é perigosa, e deve ser ponderada, posto que sua persecução muitas vezes vai de encontro às próprias possibilidades do Estado e do Princípio da Reserva do Possível, que deve reger as relações entre Estado e população.

O Princípio da Reserva do Possível ou Princípio da Reserva de Consistência (LIMA; MELO; 2011) é uma construção jurídica germânica, que versa que nas ocasiões em que o Estado se depara com um direito fundamental que possui respaldo do mínimo existencial, no Brasil elencado no artigo 7º da Constituição, ele indica que os recursos que ele tem disponível deverão ser observados, e que o Estado tem a obrigação de realizar somente aquilo que está dentro de seus limites orçamentários.

Saliente-se que nas bases do nosso Direito à Saúde admite-se tal Princípio. A ONU, inclusive, reconhece e prescreve em seus textos tal entendimento.

O Estado não é uma entidade independente e onipotente. Não há Estado sem povo. Uma vez que o Estado só existe pela contribuição dos cidadãos – seja por cessão de poder pessoal primário, por concessão de fração considerável de poder

pecuniário, ou por reconhecimento do poder do Estado e respeito a esse sistema –, sua responsabilidade pessoal precisa ser melhor delimitada.

Outrossim, por ser um bem descritivo subjetivo e à primeira vista intangível, é de difícil contabilização e expressão numérica para que haja responsabilização ilimitada. Da mesma forma, exigir que um cidadão tenha saúde – algo pessoal e imprevisível –, colocando-a como um dever objetivo do Estado e sem parâmetros, é utópico.

O poder pecuniário é limitado (SIMON, 2015, p.5-6), e o serviço de saúde é caro, devendo este fator ser considerado para a efetiva prestação Estatal, posto que os sujeitos de direito são muitos. Considerando as limitações Estatais é que foi estruturado o SUS, e suas definições e normas devem ser observadas para concessão de prestação de tratamentos de saúde, seja pela rede de atenção, seja de modo coercitivo pelo sistema judiciário.

Um direito descritivo não necessariamente gera um direito efetivo pleno e irrestrito. Por exemplo, o direito de propriedade. Ser permitido que o cidadão tenha uma propriedade, e proteger a propriedade do cidadão, não é o mesmo que obrigar o Estado a conceder uma propriedade.

Obrigações Estatais não devem ser confundidas com caridade ou justiça em sentido pessoal, mas sim considerar a perspectiva social e o que está definido como possível pelo Estado, justificando a concessão com base em leis e protocolos que prevejam tais benesses.

1.5. SUS e investimentos em saúde

Sobre os limites orçamentários, há uma ideia de que as falhas prestacionais do SUS estão vinculadas a suposto subfinanciamento ou defasagem com relação à inflação. Dados apontam que em dez anos (2008-2017), o gasto em saúde teve defasagem de 42% (PAULA, 2018) em comparação com a inflação (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018). Em breve análise:

No período de 2008 a 2017, o que a gestão pública – em suas três esferas – dispôs com a conta da saúde por habitante no País não teve reajustes que superassem os valores de reposição previstos no Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), o principal indicador da inflação no Brasil e que, no período, subiu cerca de 80%. Mesmo tendo ganhos médios de 3% ano, nesse intervalo de dez anos, resultando em um acumulado de 26%, a perda do gasto per capita comparado ao medidor inflacionário chega a quase 42%.

Significa dizer, por exemplo, que se os valores fossem corrigidos pelo IPCA a partir de 2008, o gasto por pessoa, que no ano passado foi de R\$ 1.271,35, seria ampliado para, pelo menos, R\$ 1.800. Além do IPCA, o CFM também comparou a evolução do gasto per capita com ações e serviços de saúde com Índice Nacional de Preços ao Consumidor (INPC), que também acumulou aumento de 80% no período. Já o Índice do Custo de Vida, do Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (ICV-DIEESE), subiu quase 83%. (PAULA, 2018).

Assim, com o suposto subfinanciamento do SUS e a necessidade de reavaliação dos investimentos e tomada de decisões, compreende-se as disparidades nos investimentos dos países nos dados abaixo apresentados por CALIPO (2017) representando a Saúde do Governo do Estado de São Paulo, muito similares com os dados divulgados pelo CFM:

Os gastos totais com Saúde no Brasil: cerca 8,4% do PIB (45% público e 55% privado). O SUS conta com 45% dos recursos totais gastos na saúde para atender 75% da população e o restante é gasto pelo sistema privado de planos de saúde e gastos diretos do cidadão.

Em 2015:

gasto per capita do SUS = R\$ 1.158,00 (três esferas somadas) - US\$ 354,00*
gasto per capita na S. Suplementar = R\$ 2.802,00 (receita/beneficiários)- US\$ 836,42*

Outros per capitas governamentais - públicos (US\$) – 2012:

Reino Unido – 3.019

Espanha – 1.883

EUA – 4.153

Canadá – 4.037

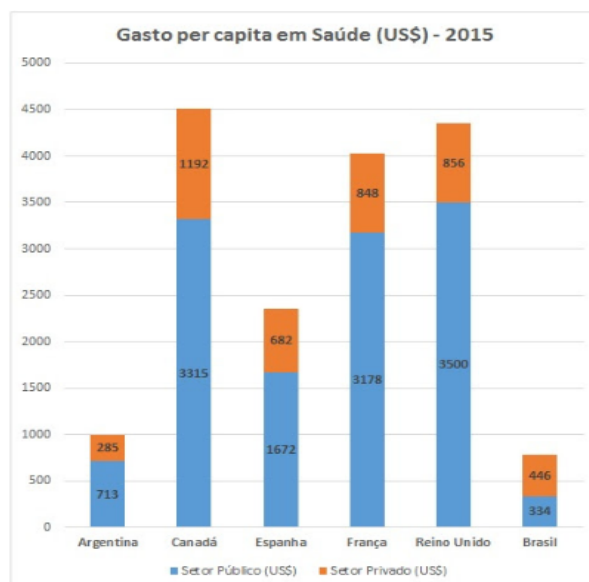
Portugal – 1.280

Alemanha – 3.618

França – 3.592

Brasil – 512

Os dados sobre investimentos efetuados pelos países foram atualizados pela OMS (c2018d). Conforme gráfico de PAULA (2018):



Em um primeiro momento, há a ideia de que a efetividade (NOGUEIRA, 2011) do direito à saúde se relaciona com a dimensão dos investimentos e despesas públicas realizadas no setor.

KINNEY e CLARK (2004) constataram que 67,5% das constituições nacionais do planeta registram expressamente alguma provisão relacionada a saúde ou serviços de saúde, normalmente países com menor grau de desenvolvimento e democracias menos consolidadas, e normalmente possuem provisões amplas de direito à saúde.

Considerando o suporte financeiro como indicador de efetividade, nos países com o maior grau de comprometimento, conforme noções de obrigação e/ou de direito na Constituição, tais países tinham metade do gasto público *per capita* com saúde em comparação com os gastos *per capita* de países que não tinham qualquer provisão constitucional a esse respeito, como Dinamarca, Noruega, Suécia, Alemanha, Canadá e Estados Unidos.

Segundo a pesquisa, em 2000, tais países sem definição expressa tiveram gasto público *per capita* acima de US\$ 1,8 mil, já o Brasil teve o gasto *per capita* de US\$350,00, e, segundo o gráfico acima, a discrepância de gastos *per capita* só aumentou.

Comparando os gastos em 2000, quando o dólar²¹ possuía a cotação média de R\$1,82²² (e o Brasil investia por volta de USD350,00 *per capita*), após 17 anos a saúde pública do Brasil praticamente manteve o valor de investimentos que tinha no início do século. Pois em 2017, quando o dólar teve o valor médio de R\$3,18²³, o prognóstico do gasto médio *per capita* com saúde foi de R\$1.271,65 (hum mil, duzentos e setenta e um reais e sessenta e cinco centavos) realizado pelo SUS (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018b), ou USD399,88.

Em breve análise, o Brasil obteve a estimativa de um aumento médio de 50 dólares *per capita* após 17 anos, muito diferente dos aumentos expressivos dos países

²¹ Dados extraídos do Banco Central do Brasil. Disponível em: <<https://www.bcb.gov.br/acessoinformacao/legado?url=https:%2F%2Fwww4.bcb.gov.br%2Fpec%2Ftaxas%2Fport%2Ftaxnpesq.asp%3Fid%3Dtxcotacao>>. Acesso em 25 jun 2019.

²² Média ponderada dos valores constantes no site eletrônico do Banco Central do Brasil = todos os valores médios mensais de 2000 somados e após divididos pelo número de meses (12).

²³ Média ponderada dos valores constantes no site eletrônico do Banco Central do Brasil = todos os valores médios mensais de 2017 somados e após divididos pelo número de meses (12).

de primeiro mundo. O Canadá, por exemplo, passou de cerca de USD1,8 mil em 2000 para um gasto público *per capita* médio de quase USD3500 em 2015.

Um dos motivos pode ser atribuído ao fato de que a economia brasileira vem enfrentando sérias crises, e a moeda vem desvalorizando com o passar dos anos. Para hoje²⁴, a cotação de 1 dólar americano está em R\$3,88 (três reais e oitenta e oito centavos), praticamente 1:4. Ressalte-se inclusive que o Euro é, historicamente, mais valioso que o dólar, o que gera maior discrepância ante países europeus.

O poder de compra da moeda brasileira é proporcionalmente inferior às moedas dos países de primeiro mundo, o que reflete diretamente nos investimentos e retornos na área da saúde. Comparar os valores investidos em dólar, realizados por países de primeiro mundo, diante da atual conjuntura, obviamente demonstrará grande disparidade.

Ademais, nosso *know-how*, o (pouco) investimento em pesquisa e desenvolvimento (P&D) (GADELHA; BRAGA; 2016), e a problemática da incorporação de tecnologias e produtos de tecnologia, como os remédios (GUIMARÃES, 2014), enfrentam enormes desafios. Estes quesitos são absolutamente essenciais para o desenvolvimento do setor de saúde, mas os estímulos brasileiros são bem inferiores aos dos países de primeiro mundo, o que faz com que o setor de saúde brasileiro demande muito mais esforços e gastos.

Em contrapartida às breves críticas acima e os gastos *per capita* explorados, o Brasil vem constataadamente apresentando excelentes conquistas na área da saúde, como a drástica diminuição da mortalidade infantil e o aumento da expectativa de vida (SALDIVA; VERAS, 2018).

Especificamente sobre os recursos destinados à saúde, há fortes dados que demonstram que o subfinanciamento não é o problema, mas sim falhas na gestão adequada dos recursos e na eficiência dos serviços, uma vez que a nação realiza investimentos percentuais do PIB em proporção semelhante aos de países de primeiro mundo:

Primeiramente, é preciso ressaltar que os recursos destinados à saúde no Brasil, embora não ideais, não diferem de países que lograram obter melhor assistência à população do que aquela que hoje, em média, é fornecida aos brasileiros (Piola *et al.*, 2013). Presentemente, o financiamento à saúde no Brasil vem oscilando nos últimos anos ao redor de 8% do PIB. À guisa de comparação, países que oferecem acesso universal à saúde de boa

²⁴ Dados extraídos do Banco Central do Brasil. Disponível em: <<https://www.bcb.gov.br/acesoinformacao/legado?url=https:%2F%2Fwww4.bcb.gov.br%2Fpec%2Ftaxas%2Fport%2Fptaxnpesq.asp%3Fid%3Dtxcotacao>>. Acesso em 08 jun 2019.

qualidade despendem recursos pouco superiores aos do Brasil, como o Canadá (10,4% do PIB) e o Reino Unido (9,9% do PIB) (Piola *et al.*, 2013b; Giovanella; Stegmüller, 2014). Uma leitura simples pode indicar que haja ineficiência dos gastos e não um problema de subfinanciamento em nosso caso.

No entanto, uma análise mais detalhada indica que o cenário é um pouco mais complexo. Por exemplo, gastar maiores frações do PIB com financiamento do sistema de saúde não significa melhores condições de saúde para a população. Os cinco países que mais gastam proporcionalmente com saúde são (dados de 2015, OMS2), por ordem decrescente, Libéria (15,2% do PIB), Serra Leoa (18,3% do PIB), Estados Unidos da América (16,8% do PIB), Tuvalu (15% do PIB) e Ilhas Marshall (22,1% do PIB). Mesmo com as expressivas proporções de dispêndio em saúde em relação ao total de riquezas produzidas pelos países acima mencionados, não seria temerário afirmar que nenhum deles possui equidade de acesso à saúde comparável às do Canadá e do Reino Unido, que gastam muito menos para o mesmo fim. Os países mais pobres da relação acima apresentam problemas de saúde tão graves que fazem que os recursos alocados sejam insuficientes, ao passo que os Estados Unidos, por optarem por um sistema predominantemente mercantilista, excluam dos recursos alocados aqueles menos favorecidos.

O conjunto de informações acima indica que a solução para o adequado funcionamento do sistema de saúde de um país depende de dois fatores: financiamento suficiente e gestão adequada dos recursos obtidos. O Brasil precisa melhorar nesses dois quesitos. (SALDIVA; VERAS, 2018).

O total dos gastos com saúde no Brasil é tão alto quanto nos países da OCDE²⁵ e os pares regionais e econômicos, e muito próximo do investimento total em saúde, considerando o valor em porcentagem do PIB, em comparação com a França, Itália, Espanha, Reino Unido e Portugal (FIGUEIREDO, 2018).

Assim, sobre as DCNTs e a área da Saúde, Carlos Vital, presidente do CFM, aduz posicionamento semelhante no que tange à má gestão dos recursos orçamentários disponíveis, trazendo dados alarmantes sobre saúde pública, gastos públicos e DCNTs:

[...] aspectos como a maior incidência de doenças crônicas, o envelhecimento da população e o impacto crescente das causas externas (acidentes, violência, etc.) têm gerado maior procura por produtos e serviços de média e alta complexidade. Por outro lado, o aumento da população de desempregados, que fez com que quase três milhões de brasileiros abandonassem os planos de saúde nos últimos anos, repercutiu na procura por atendimento em cuidados básicos e ambulatoriais”, afirmou o presidente do CFM.

Vital reitera posicionamento da autarquia segundo o qual o combate à recessão, cumprimento das metas fiscais, reequilíbrio das contas públicas e retomada do crescimento econômico não podem ser justificativas para medidas de restrição orçamentárias à saúde pública, o que compromete a assistência da população por conta de impactos negativos nas condições de atendimento em termos de infraestrutura e recursos humanos.

Além do subfinanciamento, outro ponto destacado por ele é a má gestão dos recursos orçamentários disponíveis. Entre 2003 e 2017, o Ministério da Saúde deixou de aplicar quase R\$ 174 bilhões do que havia

²⁵ Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico, da qual o Brasil faz parte.

previsto. “Os caminhos da reconstrução do Brasil e de seu desenvolvimento sustentável não podem ter, como preço a ser pago, mais sequelas e mortes evitáveis de milhares de cidadãos. É imperativo ético e moral, na pior das hipóteses, o adequado proveito do orçamento liberado para a área da saúde pela União”, ressaltou o presidente. (PAULA; 2018).

Em análise feita pelo BANCO ECONÔMICO MUNDIAL (2017), na verdade, o problema no Brasil reside na falha da eficiência dos serviços de saúde, onde o Brasil poderia produzir mais com o mesmo nível de recursos:

2. Embora os resultados de saúde tenham melhorado, ineficiências persistem

- A análise entre países mostra que o Brasil poderia aumentar os resultados de saúde em 10% com o mesmo nível de gastos; ou poderia economizar 34% de seus gastos para produzir os mesmos resultados;

- A análise dentro do país aponta para 37% de ineficiência na atenção primária (potencial para reduzir gastos em R\$ 9 bilhões) e 71% nos cuidados de saúde secundários e terciários (potencial para reduzir gastos em R\$ 12 bilhões)

- As ineficiências advêm, principalmente, da: escala inadequada, escassez de mão-de-obra, falta de incentivos para os prestadores e pacientes, aquisição inadequada e uso de drogas.

[...]

A despeito da limitação de recursos, o SUS poderia produzir mais serviços de saúde e obter melhores resultados de saúde com o mesmo nível de recursos se fosse mais eficiente

- O SUS enfrenta desafios que exigem o aprofundamento da reforma do sistema - Novas reformas terão de preparar o sistema para abordar os desafios remanescentes (qualidade, eficácia e ineficiências) e futuros (envelhecimento da população e carga crescente de doenças crônicas)

1. Racionalização da Rede de Prestação de Serviços - Redes de assistência à saúde (rede hospitalar)

2. Reforma do Sistema de Pagamento & Contratação dos Provedores - Incentivos a contenção de custos e foco em resultados de saúde - Pagamento que reflita a estrutura de custos

3. **Fortalecimento da APS (aumento da resolutividade) - Porta de entrada ('gate keeping').** (g.n.) (BANCO ECONÔMICO MUNDIAL, 2017, P. 2 e 26).

As informações apresentadas neste item demonstram novamente o papel fundamental do indivíduo para a saúde pública, para a economia do país e para o combate às DCNTs, considerando a postura ativa e preventiva a ser adotada pelo indivíduo, além de trazer entre as soluções a racionalização dos recursos e o fortalecimento da Atenção Básica em Saúde como fundamentais para melhorar o nível de eficiência das políticas públicas.

1.6. A percepção do cidadão sobre sua responsabilidade pessoal diante das diretrizes em saúde e da adoção de hábitos saudáveis e preventivos

Apesar de a grande maioria dos tratamentos depender da adoção de hábitos preventivos e saudáveis por parte do cidadão, este aparentemente não compreende a sua enorme parcela de atuação na tutela do direito à saúde. Considerando a interpretação objetiva e literal da Constituição, é costume argumentar que o dever de cuidar da saúde é do Estado, como se não tivesse nenhuma obrigação diante desse direito.

Um termômetro que pode ser utilizado para verificar a visão da população com relação à sua responsabilidade ao direito à saúde é a repercussão negativa da assertiva do renomado médico Dr. Drauzio Varella, ao dizer, no 5º Congresso Brasileiro Todos Juntos Contra o Câncer, que "*Cuidar da sua saúde é dever seu, e não do Estado*" (GRANCHI, 2018), notícia reportada pelo UOL, sítio eletrônico considerado grande veículo de comunicação e com amplo conhecimento pelo povo. Conforme entendimento exarado pelo médico,

[...] o sobrecarregamento do sistema público de saúde poderia ser evitado com medidas básicas que qualquer um pode tomar em seu dia a dia.

Estudos científicos e especialistas do mundo todo dizem que fatores como uma alimentação saudável e a prática regular de exercícios são essenciais para manter as enfermidades longe; enquanto o tabagismo, o excesso de bebida alcoólica e sobrepeso devem ser evitados, pois são associados a uma maior incidência de doenças - incluindo vários tipos de câncer.

"Além de gastar o dinheiro público e lotar os prontos-socorros, os pacientes também mobilizam suas famílias por doenças que poderiam ser evitadas com essas atitudes".

O médico ainda fez uma comparação com os Estados Unidos: mesmo direcionando 17% do PIB (produto interno bruto) --que soma quase US\$ 19 trilhões, mais de 10 vezes maior que o brasileiro -- para a saúde, o índice de longevidade da população americana sofreu queda nos últimos anos.

De acordo com um estudo feito pela Universidade de Princeton com homens brancos norte-americanos, as principais causas do aumento das mortes no país são a obesidade, overdoses, cirrose - causada pela ingestão excessiva de álcool em longo prazo - e suicídios -o que aponta também a importância da saúde mental como prevenção para fatalidades. E muitos desses problemas poderiam ser evitados com os hábitos já citados. (GRANCHI, 2018).

A reportagem supracitada permitia comentários. Dos comentários ²⁶ principais exarados até então ²⁷, há três tipos de posicionamento principais: a favor do

²⁶ Um total de 96 comentários até 08 de junho de 2019, sendo 62 principais e 34 comentários em resposta aos principais. Para a análise de posição, foram considerados somente os 62 principais.

²⁷ Análise efetuada em 08 de junho de 2019.

raciocínio, contra, e neutro/reflexivo (que não deixa claro o posicionamento), totalizando: (a) Contra: 27 comentários; (b) Neutros/reflexivos: 14 comentários; (c) A favor: 21 comentários.

Desta forma, é possível constatar que somente 33% dos opinadores concordam que sua rotina, atos diários, escolhas pessoais comedidas e a ponderação com base nas influências diretas na saúde pessoal são deveres do indivíduo e não do Estado.

Os esforços empreendidos pelo governo para o combate das doenças que mais matam, por si só, não estão surtindo o efeito esperado. Em breve análise (OMS, 2018c), conforme a OMS, a grande maioria das principais causas de morte no Brasil e no mundo poderia ter sido evitada ou mitigada pelo próprio ser humano (RITCHIE, 2019).

Em que pese esta percepção de livre adesão às políticas públicas de saúde, uma vez que o cidadão cede a tutela de sua saúde para o Estado, tem o dever de observar as regras comuns, havendo embasamento legal e legítimo para tanto, como se verá a seguir.

Dito isto, o presente capítulo demonstrou um panorama nacional e internacional sobre as DCNTs, evidenciando a relevância do seu combate para a saúde pública e as orientações da OMS para participação do cidadão na prevenção, detecção e cura destas doenças, posto que suas escolhas e condutas pessoais causam desdobramentos diretos nos principais problemas do SUS da atualidade. Trouxe também breves linhas sobre a conduta omissa do indivíduo e o que isso vem acarretando à saúde pública e à sociedade.

2. PRESSUPOSTOS PARA COMPREENSÃO DO DEVER À SAÚDE

2.1. Breve histórico do direito à saúde

O Direito à Saúde passou a ser reconhecido com a definição dos direitos humanos como fator inerente ao homem, considerado direito intrínseco ao da vida com o surgimento do Estado Social (BONAVIDES, 1993, p. 173) logo após os problemas ocasionados pelas Grandes Guerras Mundiais, quando no pós-guerra se “buscou qualidade de vida e bem-estar, com redução nas desigualdades sociais” (REZENDE, 2010, p. 223), abandonando o modelo biomédico “que abordava a doença e não a saúde desde o final do século XIX” (REZENDE, 2010, p. 223).

Entretanto, a defesa da saúde nem sempre foi assim. O direito à saúde não era objetivamente dever do Estado, mas sim algo a ser conquistado e adquirido pela população, até porque até o século XX a medicina não exprimia avanços consideráveis (SILVA, M. E. DE A, 2017).

Morrer por doenças era algo comum, aceitável, posto que o conhecimento, remédios e tratamentos eram escassos. A falta de estrutura, higiene e saneamento era comum em todos os lugares. Muito se atribuía à religião como forma de justificar as enfermidades (SILVA, M. E. DE A, 2017). Aliás, até hoje, muitas religiões, como a Mórmon e a Rastafari, ainda não aceitam os remédios modernos e tratamentos médicos como possíveis, justificando serem as doenças expressões da vontade de Deus.

Direitos fundamentais, em essência, eram inicialmente descritivos, apresentando ideais e objetivos a serem perseguidos, mas sem que gerassem reais consequências no caso de descumprimento. Todavia, com a evolução dos direitos humanos, os direitos fundamentais passaram a ser essenciais à condição humana e agora são dotados de coercibilidade.

Considerado um direito social de 2ª geração (SIMON, 2015, p.3), integrante da categoria dos direitos sociais, econômicos e culturais, que precisam da intervenção do Estado para sua tutela, o direito à saúde é vislumbrado pelos cidadãos brasileiros como um direito à ação positiva, ou seja, um direito prestacional, de perseguir e entregar algo, como determinado objetivo, acesso, uso, tarefa, serviço, organização, etc.

Importante compreender as separações dos direitos e gerações. Sobre os direitos humanos principais, de primeira geração, estes são os mais elementares, abstratos e gerais, como o direito à vida, à liberdade e à igualdade, nomeados como “direitos humanos principais”. Diferem dos direitos que operam e concretizam os principais, como o direito à saúde, chamados de direitos humanos “operacionais” (BARCELLOS, 2015, p. 59).

Neste ponto, é interessante discorrer brevemente sobre os atributos dos direitos humanos, principalmente sobre as características de inviolabilidade, inalienabilidade, indisponibilidade e indivisibilidade dos direitos fundamentais.

A inviolabilidade versa sobre a garantia ao respeito e integridade dos direitos humanos da pessoa titular perante terceiros, inclusive Estado.

Inalienabilidade é oriunda do preâmbulo e do artigo 30 da DUDH. Considerado por todo o ordenamento jurídico uma valoração dos bens fundamentais, nem o Estado, nem o próprio indivíduo, pode abrir mão dos direitos humanos, principalmente se for para destruí-los. Tal concepção inclui, portanto, uma carga de responsabilidade pessoal de preservação deste direito.

Sendo o direito à vida o direito humano principal, e os demais direitos humanos reconhecidos com o intuito de preservar o bem maior, expressamente não há como usar outro direito humano, como a liberdade, para agir em detrimento do direito à vida. Sendo a saúde um direito fundamental intrínseco à vida, é também indisponível e inalienável para a própria preservação da vida.

A indisponibilidade denota que os direitos humanos não são barganháveis, não há como renunciar, vender, doar ou emprestar por vontade própria. Pressupõe ingerência estatal, uma vez que ao demandar a tutela da saúde ao Estado, este passa a ter o condão de determinar regras mínimas a serem seguidas para a efetivação do direito e o tutelado possui o dever de segui-las.

Indivisibilidade traduz o conceito de que não há como exercer um direito e abrir mão de outro, pois são interdependentes e interrelacionados, um não sobrevive sem o outro, devendo ser tratados de forma equânime.

Considerando que, por força de Lei, o indivíduo deve zelar pela sua saúde, escolher por não cuidar da própria saúde pode ser considerada uma forma de ferir os direitos humanos, algo proibido pela própria DUDH.

Neste ponto, muitos divergem sobre a liberdade do indivíduo e o direito de personalidade perante sua própria saúde. O cidadão pode sim dispor da sua saúde,

todavia nos limites legais estabelecidos por lei, e desde que não venha a prejudicar a sua própria integridade e a ordem e saúde públicas.

Decorre da DUDH, da Constituição e da Lei, a obrigação de cuidar da própria saúde, sendo que o indivíduo concorre para a cura. À medida que o tempo passa, a inércia do cidadão gera grandes riscos de agravar as doenças, dificultando o tratamento, prejudicando a qualidade de vida do próprio indivíduo, sobrecarregando o sistema público e gerando um passivo pecuniário cada vez maior ao erário.

Os direitos fundamentais são considerados direitos a prestações, vinculados às funções do Estado Social, que existem com o intuito de diminuir as desigualdades na sociedade (CASSIMIRO, 2018).

No Brasil, o direito à saúde foi disseminado como demanda da classe proletariada, que por muitos anos sofreu pela desigualdade social cumulada com a escassez de direitos trabalhistas e sociais resguardados, inserido no país como fundamental e universal pela Carta Magna de 1988 (CARVALHO, G., 2013). O SUS – Sistema Único de Saúde – foi então criado (BRASIL, 1990) como forma vanguardista de tutelar a saúde no país, de modo amplo e visionário, aberto a todos os cidadãos brasileiros.

A resposta à demanda populacional gerou uma exacerbação na concessão de direitos constitucionalmente protegidos no país, resultando em um desequilíbrio (REALE, 2003, p.109) desenfreado de prestações estatais e uma confusão de conceitos quanto à responsabilidade do Estado diante da incolumidade do cidadão e dos eventuais danos que ocorrerem à sua saúde.

Como direito prestacional, o dever do Estado em tutelar a saúde tem sido interpretado como uma obrigatoriedade de caráter absoluto e ilimitado, como se o Estado fosse um grande patriarca autoritário (LOPES, 2014, p.358) responsável objetivamente por toda e qualquer ocorrência relacionada à saúde.

À esta visão de tutela integral do Estado com responsabilidade objetiva traça-se um paralelo com a Teoria do Risco Integral – que determina uma responsabilização direta do Estado pela sua própria natureza e atividade –, apenas pela existência das partes e da obrigação expressa da prestação estatal, replicando ao povo a errônea premissa de que não haveriam condições para reconhecimento e concessão do direito. De acordo com o teor do artigo 37, §6º da Constituição:

[...] a pessoa jurídica de direito público responde pelos danos que os seus agentes causarem a terceiros, independentemente de terem eles agido ou não com culpa. A perquirição desta somente há de ser feita em ação de regresso, em que o Estado, após reparar os prejuízos causados pelo seu agente, o responsabilizará, provada a sua culpa ou dolo. (ALONSO, 2000, p. 122-123).

Para Sergio Cavalhieri Filho (WIRTI, 2010), a teoria do risco integral é a que se mostra como “modalidade extremada da doutrina do risco para justificar o dever de indenizar mesmo nos casos de culpa exclusiva da vítima, fato de terceiro, caso fortuito ou de força maior”.

Em contraponto, alguns juristas trazem a concepção de Teoria do Risco Administrativo para a atividade Estatal e retiram do bojo administrativo o Risco Integral, como modalidade de atividade moderada, equilibrando essa responsabilização desenfreada.

Hely Lopes Meirelles defende que a teoria do risco administrativo faz surgir a obrigação de indenizar o dano só do ato lesivo e injusto causado à vítima pela Administração, e aduz que “Embora se dispense a prova da culpa da Administração, permite-se que o Poder Público demonstre a culpa da vítima para excluir ou atenuar a indenização” (WIRTI, 2010).

Há que se ter em mente que a relação cidadão-Estado é de cooperação mútua, em que ambos são igualmente importantes (SILVA, D., 2015, p. 82) para a obtenção do resultado. O direito à saúde do cidadão possui, portanto, duplo aspecto que deve ser sempre considerado: interesse individual e interesse social coletivo. Ambos possuem uma relação em que cada elo da rede contribui para fortalecimento da estrutura.

E mais, a saúde como direito em si é colocada inicialmente pela interpretação geral da população como um direito amplo e absoluto ao cidadão, e não como um objeto-fim a ser perseguido, que nem sempre poderá ser alcançado.

Frise-se que a prestação jurisdicional à saúde, via de regra, é de meio, e não de resultado. Logo, é impossível responsabilizar total e plenamente o Estado pela saúde de alguém, até porque a saúde existe e é guardada, de forma contínua e direta, pelo próprio corpo e mente do cidadão que a possui.

Considerando este histórico, importante compreender os sujeitos e pressupostos à persecução do Direito à Saúde.

2.2. O Estado como ente prestacional

A Constituição de 1988 conferiu ao Estado o papel de ente prestacional, onde tem o dever de tutelar uma série de direitos individuais e coletivos, dentre eles o direito à saúde. Todavia, não traz de forma objetiva a participação do cidadão na sua tutela direta para a efetivação dos direitos garantidos constitucionalmente.

Neste sentido, a população costuma exigir sistematicamente a prestação jurisdicional do Estado no que concerne à saúde, mas deixa de considerar a sua parcela de responsabilidade (REALE, 2003, p.109) como obrigatória na preservação e persecução do bem tutelado, qual seja, a saúde da população e do próprio indivíduo, esquecendo-se que a população é parte essencial da formação do Estado (MALUF, 2013, p. 37).

O Estado nada mais é do que a composição dos fatores (MALUF, 2013, p. 37) população, território e governo, este último como sinônimo da própria soberania posta em ação (MALUF, 2013, p. 41). O próprio cidadão é elemento fundamental no funcionamento desta estrutura jurídica criada, conforme fragmentos das primeiras linhas da Carta Magna brasileira.

Saliente-se que a soberania popular é a doutrina pela qual o Estado é criado, e este é sujeito à vontade das pessoas, que são a fonte de todo o poder político, com o Estado governado pelo próprio povo por meio dos representantes eleitos democraticamente por voto (NETTO, 1988, p. 108).

Conforme as sociedades foram se desenvolvendo, diversas teorias surgiram para explicar a concepção de Estado, a formação de sua personalidade jurídica e as atribuições decorrentes de acordo com a sua natureza. Assim, devem ser consideradas para compreensão da concepção de Estado e compreensão das responsabilidades de cada parte existente, considerando o próprio Estado, a sociedade, os grupos sociais e os próprios indivíduos.

Diante de uma vastidão incontável de correntes e a sua complexidade, apontar um único conceito de Estado que satisfaça todas as correntes doutrinárias é impossível (DALLARI, 2013, p. 119). Dito isto, é interessante avaliar os principais conceitos de Estado para a adotar as concepções mais adequadas à realidade jurídica atual.

2.3. Das Teorias de Concepção do Estado e sua Personalidade Jurídica

O Estado é considerado uma pessoa jurídica para fins de acesso e existência formal, permitindo a conciliação do político com o jurídico (DALLARI, 2013, p. 123). Considerando esta premissa, há diversas teorias que visam explicar a natureza da personalidade jurídica. As principais teses e vertentes a se considerar para análise são, em resumo, teorias que visam explicar a formação elementar e a existência – ou não – da personalidade jurídica do Estado.

Há diversas correntes de formação das sociedades, como as baseadas em concepções religiosas e de natureza. Todavia, o direito evoluiu muito nos últimos três séculos, e as Teorias de formação da sociedade com base em contratos sociais são consideradas precursoras da ideia moderna de Estado como pessoa jurídica, sendo as mais adotadas atualmente para explicar a formação das sociedades modernas, pois desenvolvem a concepção de povo como unidade, com a composição de interesses comuns que não necessariamente reflete a vontade de cada membro.

Estas teorias contratualistas visam explicar as bases de formação elementar e inicial do Estado segundo fenômenos naturais e sociais, bem como os vínculos gerados, onde a sociedade é elaborada por meio de um contrato social. Seus principais defensores são Thomas Hobbes, John Locke e Jean-Jacques Rousseau.

Thomas Hobbes (1963, p. 137) aduz perspectivas partindo das leis de natureza, “tais como as de justiça, equidade, modéstia, piedade, e a de que ‘faz aos outros o que queiras que outros façam para ti’”, e a “introdução de restrições sobre si mesmos (no que vimos a formar Estados)” para “conservação e abandono da miserável condição de guerra”.

Assevera que a República ou Estado é um grande Leviatã (p. 3-4), um enorme homem artificial criado para defesa e proteção, comandado por um soberano, defendendo o absolutismo. Este corpo é dotado de soberania, a alma que dá movimento ao corpo político. Coloca recompensas e castigos como os nervos deste corpo, a equidade e as leis como razão e vontade artificiais, a concórdia como saúde, o levante como doença, e a guerra civil como a morte.

A lei fundamental da natureza de Hobbes (p.XXV) implica na obrigação de primeiramente procurar a paz, seguida da renúncia a todas as coisas, mandatária somente caso todas as pessoas o façam, gerando a limitação geral de liberdade.

Desta forma, asseguram uma vontade coletiva, formando a teoria da representação jurídica, sendo o “direito” das gentes explicado pela situação de guerra eterna entre seus titulares e o desejo, também interesse próprio, de acabar com a guerra, formando sociedades através do contrato social, algo que não se assemelha muito com o pensamento jurídico atual.

Pai do liberalismo, John Locke (2005) desenvolveu o contratualismo em bases liberais (MALUF, 2013, p. 99), interpretando o governo como troca de serviços e interesses. A soberania reside na população e não no Estado, há a supremacia do Estado, mas este deve respeitar as leis natural e civil, uma vez que as liberdades fundamentais são anteriores e superiores ao Estado, sendo indelegáveis. Foi defensor também da escravidão, o que vai de encontro aos princípios fundamentais protegidos na atualidade.

A Teoria do Contrato Social de Rousseau (2006) traz uma perspectiva mais atual de contrato social, onde há direitos e deveres fundamentais dos cidadãos a serem tutelados, bem como a problemática da liberdade de escolha. Ao contrário dos conceitos e premissas de Hobbes e Locke, Rousseau acredita que todo poder se forma a partir do povo e deve ser governado por ele, bem como a liberdade política, se enquadrando na perspectiva atual adotada pelo Brasil como Estado Democrático de Direito (BRASIL, 1988).

Neste diapasão, esta teoria de formação social, mesmo desenvolvida em meados do século XVIII, após a grande influência do socialismo de Marx (MASCARO, 2013, p.11) nas concepções de deveres do Estado, é considerada a mais adequada (BONAVIDES, 1993, p.173) ao conceito atual de Estado social democrático.

Há também outras atribuições a serem consideradas, principalmente para o entendimento da natureza jurídica do Estado, como:

a) Teorias negacionistas ou de realismo jurídico (DALLARI, 2013, p. 126) – em resumo, negam a existência da personalidade jurídica do Estado, alegando que é mera entidade representante da personalidade individual de cada um ou atribuindo a vontade do Estado à dos seus governantes. Seus principais defensores são Seydel, Donati e Duguit;

b) Teorias ficcionistas (DALLARI, 2013, p.123-124) – defendem que o Estado é uma invenção do Direito por não existir de fato, sendo mero ente abstrato. A partir destas Teorias, o Estado possui personalidade jurídica, todavia consideram-na como ficção, pois apenas os indivíduos dotados de vontade e

consciência é que são sujeitos de direito. Há duas escolas principais, a Escola Histórica de Savigny, e a Escola Normativista do Direito de Kelsen;

c) Teorias Realistas (DALLARI, 2013, p. 124-126) – mais atuais, defendem que o Estado possui personalidade jurídica, sob diversas óticas. As principais são a Teoria do Organicismo Ético de Gerber, que defende o Estado como organismo moral; a Teoria do Órgão de Gierke, onde o Estado é um organismo que se externa por meio das pessoas físicas; a Teoria da Unidade Organizada de Laband, que diz que o Estado possui vontades distintas das dos cidadãos; Teoria da abstração de Groppali, em que ideia de abstração permite enxergar os elementos reais que existem no Estado; e a Teoria da Unidade Coletiva de Jellinek, que desenvolveu um dos principais fundamentos do direito público. Conforme Jellinek (*Apud* DALLARI, 2013, p. 125):

Se o Estado é uma unidade coletiva, uma associação, e esta unidade não é uma ficção, mas uma forma necessária de síntese de nossa nossa consciência que, como todos os fatos desta, forma a base de nossas instituições, então tais unidades coletivas não são menos capazes de adquirir subjetividade jurídica que os indivíduos humanos.

Maria Helena Diniz (2007, p. 230) e Maurice Hauriou defendem a Teoria da realidade das instituições jurídicas, onde a pessoa jurídica possui personalidade que depende da manifestação de vontade de uma pessoa para existir e para alcançar fins comuns ou de interesse social.

Flavio Tartuce (2011, p. 114-115) defende que a Teoria utilizada pelo ordenamento jurídico brasileiro é a Teoria da realidade técnica, onde a personalidade jurídica é existente e real, mas numa realidade que não se equipara às pessoas naturais, sendo parte da ciência jurídica. Sua personalidade não é criada, mas sim atribuída a grupamentos. Seus principais defensores são Francesco Ferrara, Raymond Saleilles e François Geny (VALERA, 2016).

Como comprovação, aduzem o disposto no artigo 40 e seguintes do Código Civil de 2002, que dispõe que as pessoas jurídicas são de direito público, interno ou externo, e de direito privado, e, em especial, o teor do artigo 45:

Art. 45. Começa a existência legal das pessoas jurídicas de direito privado com a inscrição do ato constitutivo no respectivo registro, precedida, quando necessário, de autorização ou aprovação do Poder Executivo, averbando-se no registro todas as alterações por que passar o ato constitutivo.

Independentemente das Teorias que versam sobre a natureza jurídica do Estado, é certo que ele é uma pessoa jurídica dotada personalidade jurídica com

vontade estatal (DALLARI, 2013, p. 127), sendo este um pressuposto da capacidade jurídica do Estado, principalmente para se poder admitir que possui direitos e deveres, e para permitir o tratamento jurídico dos interesses coletivos.

2.4. Da Constituição e da concepção preliminar de direitos e deveres

Em breve análise, o Estado, com base na realidade fática brasileira atual, de acordo com a própria letra da lei e nos próprios recursos financeiros que possui, não é um ente ficcional, independente, onipotente e ilimitado (REALE, 2003, p.110), mas sim uma estrutura concreta e composta de vários atores, inclusive e principalmente pelo povo, que o limita e concede legitimidade a ele por meio da democracia (NETTO, 1988, p. 95).

Para que ocorra o correto funcionamento da máquina estatal, existem ações básicas, como o próprio funcionalismo público, as ações por parte dos governantes, a prestação de serviços efetivos e a existência de políticas públicas eficientes. Todavia, ao se analisar questão, é comum desconsiderar um dos fatores mais importantes para que a proteção da saúde seja eficiente, que seria a ação pelo próprio objeto principal do Estado, qual seja, o povo brasileiro, sendo este um dos atores fundamentais para existência e funcionamento da máquina estatal e o sucesso das políticas públicas.

Há que se ter em mente que o contrato social amplamente abordado no capítulo anterior é “o verdadeiro fundamento da sociedade” (ROUSSEAU, 2006, p. 28), determinando as relações atribuídas à existência do Estado constituído de forma ulterior, sendo a própria formação do Estado uma evidência do contrato social.

Sob a ótica da Natureza Tridimensional do Estado, em qualquer hipótese de Estado possível há sempre três elementos conjugados, onde nenhum deles pode ser compreendido plenamente sem os outros dois:

- a) O *fato* de existir uma relação permanente de Poder, com uma discriminação entre governantes e governados;
- b) Um *valor* ou um complexo de *valores*, em virtude do qual o Poder se exerce;
- c) Um complexo de *normas* que expressa a mediação do Poder na atualização dos valores de convivência. (REALE, 2000, p.374).

Considerando tais premissas é que se considera a Constituição de um país o instrumento formal que valida o pacto social existente e que determina o papel de

cada parte formadora do Estado, seu poder, valores e normas fundamentais. Conforme Kelsen (*Apud* DINIZ, 2006, p. 11), “a Constituição representa o escalão do direito positivo mais elevado”.

Os Princípios Constitucionais consubstanciam-se em valores constitucionais genéricos em torno dos quais gravita todo o conjunto de regras que incidirão sobre todo o sistema normativo, que representam o consenso e expressam um sentimento comum a toda a sociedade (BASTOS, 2014, p.171), possuindo transcendência, impedindo que a Constituição seja “um corpo sem alma” (BASTOS, 2014, p.121). Fornecem, assim, a ótica pela qual a Constituição será manuseada e os objetivos que devem pautar as condutas dos cidadãos.

O Brasil é um Estado Democrático de Direito (BRASIL, 1988)²⁸, e pressupõe a determinação de uma ordem de valores (BONAVIDES, 2007, p. 320) cujos Princípios guiarão a vida pública em sociedade e garantirão a liberdade e igualdade dos cidadãos, o bem comum e a justiça social (DANTAS, 2010, p.13-14).

Leonardo Marcelo Tavares aduz que o Brasil é, na verdade, um Estado Social de Direito, conceituando-o como “um modelo de Estado surgido do pensamento liberal, tendo por princípios a divisão dos poderes, a garantia de direitos individuais, a subordinação da Administração à lei e o controle das leis pelo Judiciário” (*Apud* STRINGARI, 2009, p. 104).

Com o advento da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, sob a visão de Estado prestacional e a aceção de acesso universal aos direitos sociais fundamentais, o inconsciente coletivo brasileiro passou continuamente a reivindicar “direitos e prerrogativas sem o reconhecimento dos correspondentes deveres e obrigações” (REALE, 2003, p. 109), transferindo toda a responsabilidade para o Estado e adotando uma postura “contra o próprio Estado” (BOBBIO, 2000, p.485), se eximindo de responsabilidades.

A concepção de Estado Social (BONAVIDES, 1993, p. 207) trouxe força à classe trabalhadora e a ideia do Estado com o dever de tutelar os direitos dos indivíduos visando uma igualdade social.

Pela evolução histórica do direito no Brasil, a introdução de um pensamento social em 1988 após longo período autoritário fez com que “intervenções do Estado, embora se reconheça às vezes que são necessárias para garantir alguma ordem

²⁸ Conforme Preâmbulo.

social, são associadas no imaginário jurídico com o autoritarismo puro e simples” (LOPES, 2014, p. 358).

Como dito, há uma confusão de conceitos. O fantasma do autoritarismo faz com que a obediência aos preceitos do Estado seja confundida com coação, que supostamente não gera deveres em contrapartida, concepção da participação social, protegendo o ideal em que tudo é de todos, e, por conseguinte, a um paternalismo sem limites.

Na sociedade atual, com o fomento do capitalismo, o sentimento de coletividade se perdeu, e com ele houve a perda também do reconhecimento da importância da solidariedade social (AGNES, 2010, p.93) e do sentimento republicano “de não se preocupar só com os seus, mas também com o próximo” (DANTAS, 2010, p.11).

Em que pese o papel do Estado como provedor dos direitos sociais, a participação da sociedade e do indivíduo faz parte do conceito de Estado Democrático. Assim, há a necessidade urgente de conjugação de esforços mútuos dos atores Sociedade e Estado (AGNES, 2010, p.83), onde o cidadão precisa adotar uma postura ativa (VIEIRA, 1991, p.5,6,8) para assumir seu papel na persecução de interesses comuns.

Todo direito pressupõe um dever, sendo o direito e o dever duas faces de uma mesma moeda (BOBBIO, 2000, p. 477). E mais, todo direito pessoal encontra correspondência nos direitos de seus semelhantes, devendo haver respeito pelo direito alheio, premissa que traz consigo uma proteção dos direitos de outrem, pois o direito de um termina onde começa o do outro (SPENCER *Apud* REALE, 2003, p. 109).

Desta forma, o indivíduo poderá abrir mão de seu direito e/ou de exercê-lo somente se não vier a prejudicar outrem. No caso da saúde, todos os sujeitos encontram-se intimamente ligados, seja pelo risco potencial às pessoas e à sociedade, seja pelo fato de que a saúde do indivíduo reflete diretamente na saúde pública.

A ordem social pressupõe a observância destas premissas. Como forma de garantir o direito à saúde, ao poder público é incumbido formular e implementar políticas sociais e econômicas que visem a garantir aos cidadãos o acesso universal e igualitário à assistência médico-hospitalar. Todavia, ao se pensar em visão macro, esbarra-se na visão micro das divergências individuais.

2.5. Saúde e sua concepção ampla

No ordenamento jurídico brasileiro há abordagens amplas, que geram uma gama enorme de possibilidades. A estrutura jurídica do país é baseada no sistema *civil law* (BRAGA, 2012), em que todo direito advém das leis escritas, mas que tudo é relativo se puder haver entendimento diverso na leitura, compreensão e hermenêutica das normas.

O direito à saúde está previsto na Constituição Federal (BRASIL, 1988), em seus artigos 6º e 196, descrito como um direito social de todos. O artigo 196 dispõe que tal direito é “de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação”.

Drauzio Varella (ALMEIDA; MARCOLIN, 2019) discorda do *slogan* “direito de todos e dever do Estado”:

Em 1988, colocaram na Constituição: “A saúde é direito de todos e dever do Estado”. Embora eu não goste muito desse slogan.

Por quê?

Primeiro, não diz de onde vem o dinheiro. Segundo, infantiliza a pessoa. Cuidar da própria saúde é um dever do cidadão, em primeiro lugar. É preciso atribuir essa responsabilidade. Quando adoece e não tem condições de se tratar, o paciente pode ser atendido pelo Estado. No Brasil, todos têm esse direito. O sistema é híbrido porque temos também uma saúde suplementar, paga. Esse sistema atende mais ou menos 47 milhões de pessoas. O resto, cerca de 160 milhões de pessoas, depende do SUS. O investimento do sistema privado e do público é quase da mesma ordem. A diferença é que um atende 47 milhões e outro 160 milhões. Mesmo tendo plano de saúde privado posso ser atendido pelo sistema público. [...] O SUS é o maior programa de distribuição de renda da história do Brasil. O bolsa família é um projeto tímido se comparado ao SUS. O cidadão pode estar embaixo da ponte e, se precisar de um transplante de fígado, vai fazer no HC gratuitamente. Quanto ele gastaria em um hospital privado? É um sistema de redução de desigualdade social. Ninguém vê esse outro lado do SUS.

Claramente, é responsabilidade do Estado e da sociedade o “desenvolvimento econômico e social equilibrado, devendo contemplar a qualidade de vida como um dos meios de garantia do direito de não adoecer” (SANTOS, L., 2012, p.43). Já os serviços a serem abrangidos por este conceito geram muitas discussões, se tudo para todos, ou somente aquilo que o Estado e a sociedade pactuarem como um padrão de integralidade justo (SANTOS, L., 2012, p.44).

Além da abordagem direta do tema, a saúde tem conexões primárias com o direito à vida e a outros aspectos da Constituição, “como políticas públicas (sociais

e econômicas); bem-estar social; e os princípios da igualdade, universalidade e solidariedade; todos ligados à busca pela efetivação do direito à saúde” (SILVA, M. E. DE A., 2017, p. 12). Ademais:

Cumpra sublinhar que os princípios da igualdade, universalidade, solidariedade e até mesmo liberdade (pois sem saúde física e psíquica, o indivíduo não é verdadeiramente livre para agir), também podem ser vislumbrados nos dispositivos constitucionais que cuidam do sistema público (Sistema Único de Saúde - SUS) e privado de saúde (artigos 198 a 200), sendo notória a preocupação do constituinte em conferir o direito à saúde a todos os seres humanos, sem privilégios ou distinções de qualquer natureza. (SILVA, M. E. DE A., 2017, p. 12-13).

Quanto a conexões secundárias, há a ampliação de direitos e garantias oriundas de tratados internacionais ratificados em que haja previsão expressa – ou não – do direito à saúde, e de forma objetiva ou relacionada a outros direitos, conforme o §2º, do artigo 5º, da Constituição.

Já a Lei que institui o Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1990), prescreve a garantia ao bem estar físico, mental e social como escopo das ações relacionadas à saúde e políticas públicas:

Art. 3º. A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.
Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

A saúde coletiva no país é centrada, em primeira análise, na doença e em estudos epidemiológicos (SILVA; KHAMIS, 2018b, p. 346), onde a epidemiologia nada mais é que “o estudo de fatores, que determinam a frequência e a distribuição das doenças em dada população, para o controle dos problemas de saúde e o processo saúde-doença”(ANDRADE; SOARES; JUNIOR, 2001), e provê meios para “prevenção, controle, erradicação das doenças, e fornecendo indicadores para planejamento, implementação, administração e avaliação das políticas e ações de saúde” (BRASIL, 2016).

A saúde não é uma área independente. Outras áreas compõem o núcleo do conceito de saúde e refletem diretamente no objetivo final, que é a saúde do indivíduo, mesmo que se trate do conceito estrito de saúde como ausência de doença.

A criação de legislação da Saúde no Brasil costuma ter origem com base em resoluções, declarações e convenções internacionais.

A definição de saúde mais conhecida e citada atualmente é a da OMS, que enxerga a saúde “não só como enfermidade ou doença, mas sim um perfeito estado de bem estar físico, mental e social, sendo este um conceito amplo de saúde”(SCLIAR, 2007). Sendo o Brasil signatário da ONU-OMS, deve adotar o conceito amplo de saúde no território nacional e nas suas políticas públicas.

Segundo alguns autores, a definição de saúde da OMS, “avançada para a época em que foi realizada, é, no momento, irreal, ultrapassada e unilateral” (SEGRE; FERRAZ, 1997), porque visa uma perfeição inatingível pelas próprias características da personalidade, gerando parâmetros utópicos quando menciona a perfeição como base.

O conceito está positivado também no artigo 12 do Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais da ONU (BRASIL, 1992b), além de abordado em outros documentos internacionais como a Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU, 1948), em seu artigo 25, parágrafo 1, que traz como direito um padrão de vida capaz de assegurar a saúde e bem estar próprio e de sua família.

A ONU e a OMS, após a publicação e entrada em vigor dos diplomas que versam sobre saúde, criaram forças de trabalho para implementar, fiscalizar e assegurar esse direito como um todo. Nem todo o trabalho do Sistema das Nações Unidas de apoio à saúde global é realizado diretamente através da OMS.

A saúde é desdobrada e abordada com questões de maior relevância relacionadas ao tema, como forma de assegurar o objeto-fim, que é a própria saúde.

Muitas questões de saúde são abordadas pela Assembleia Geral e pelo Conselho Econômico e Social, bem como através dos esforços específicos, como o Programa das Nações Unidas para HIV/AIDS (UNAIDS), o trabalho do Fundo das Nações Unidas para a População (UNFPA) em apoio à saúde do adolescente, reprodutiva e materna e as atividades relacionadas à saúde do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF).

Importante considerar os aspectos que existem nos diplomas e fundamentam essa definição internacional, tanto no que se refere às evidências sobre a melhor forma de promover a saúde, como os valores que a inspiram e que podem servir para interpretar o sentido amplo do direito à saúde (SILVA; KHAMIS, 2018a, p. 126).

Na 8ª Conferência Nacional de Saúde (SILVA; KHAMIS, 2018b, p.347), em 1986, houve a definição do conceito conforme o da ONU-OMS, conceito este que

“inclui alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e o acesso a serviços de saúde como condições necessárias para se garantir a saúde” (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2011).

A concepção ampliada de saúde decorre da determinação social (SILVA; KHAMIS, 2018b, 347-348) sobre o processo de saúde e doença. Assim, as abordagens devem ser feitas sobre a saúde em conceito estrito, relacionado à medicina, doença e mortalidade, junto das demais áreas correlatas, já que elas também refletem a saúde dos brasileiros, aproximando todo o universo que compõe a saúde, “permitindo uma análise da grande influência dos determinantes sociais e condicionantes” (CONILL, *et al.*, 2018), “das interações das ações de saúde em outros níveis da sociedade e com outros setores” (SILVA; KHAMIS, 2018b, p. 347-348).

Ou seja, mais uma vez comprova-se a atuação direta da sociedade e do indivíduo no direito à saúde.

Neste sentido foi criada a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) em 2005, “que reconhece que a saúde é um bem público a ser construído com a participação solidária de todos os setores da sociedade brasileira” (BUSS; PELEGRINI FILHO, 2007), e busca reunir os diferentes aspectos advindos de determinantes sociais do conceito de saúde.

É responsabilidade da própria sociedade brasileira e de seus membros a construção do bem público da saúde.

A saúde então passou a ser um direito público, bem jurídico fundamental constitucionalmente tutelado, tanto sob o ponto de vista individual quanto coletivo, portanto é muito difícil de ser atribuído a todos os indivíduos igualmente por uma qualquer decisão político-jurídica.

Esta é um bem que deve ser realizado de forma subjetiva por todos, em proveito de cada um, posto que “O ‘direito à saúde’ refere-se à legitimidade da reivindicação de cada indivíduo possuir condições mínimas de existência propícias à manutenção da saúde, e à obrigatoriedade de todos as promoverem” (NEVES, M. C. P., 2009, p.2).

Sendo a saúde relacionada à qualidade de vida, e a sua promoção dever do Estado, “é dever do Estado se responsabilizar não somente pela saúde, como também pela recuperação e prevenção de danos físicos ou mentais dos usuários do sistema público” (BARCELLOS, 2015, p. 110), além da fiscalização e controle de

peças físicas e jurídicas que prestem serviços de saúde nas esferas complementar ou complementar.

2.6. Direito à liberdade e direito à saúde

O contrato social busca o equilíbrio entre a força da vontade geral inalienável e o interesse individual. Sendo o contrato social regido pela vontade geral, havendo o correto desenvolvimento de regras que venham a refletir o desejo da maioria, o cumprimento de suas regras garantem liberdade civil e política.

A vontade do povo é o fundamento da autoridade dos poderes públicos, conforme a Declaração Universal dos Direitos Humanos²⁹ em seu artigo 21 (ONU, 1948). Sendo tal premissa definida expressamente em um documento que norteia a grande maioria das nações, esta teoria não mais reside somente no campo do imaginário como ideal de pensamento filosófico, mas sim comprovadamente resta como fundamento à realidade atual aplicada no país.

A liberdade existente consiste, portanto, em encontrar um ponto comum onde a vontade do indivíduo não prejudique os direitos dos demais, bem como que não venha a ferir o compromisso pessoal que possui junto à sociedade.

Bizelli (2007, p. 145) atribui à sociedade

“um primado ontológico [...] que envolve a todos. As consciências individuais seriam os suportes de normas e valores instituídos coletivamente que a elas se impõem como “força imperativa e coercitiva” que, geralmente, é “imperceptível” (pois vem da educação socializadora) e “determina maneiras de ser, sentir e agir independentemente de sua vontade”.

Toda pessoa que faz parte de uma sociedade se torna cidadão dela e adquire uma série de direitos e deveres. Além dos direitos, todo cidadão tem deveres a cumprir junto ao Estado, ao próximo e ao meio ambiente em que vive, e a observância de tais obrigações é item indispensável à consolidação de um Estado de Direito.

Exercer a cidadania, portanto, é ter consciência de suas obrigações e lutar para que o que é justo e o correto sejam colocados em prática, participando ativamente das decisões políticas e sociais que têm consequências na vida de todos.

²⁹ Proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em Paris, em 10 de dezembro de 1948, por meio da Resolução 217 A (III), é uma norma comum a ser alcançada por todos os povos e nações, que estabelece, pela primeira vez, a proteção universal dos direitos humanos.

Os direitos e deveres constitucionais básicos devem ser observados no exercício da liberdade individual, usufruindo dos direitos e cumprindo as regras estabelecidas em lei.

Frise-se que a Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU, 1948) se posicionou sobre a questão. Conforme seu artigo 2º, definiu o livre exercício especificamente das liberdades que foram listadas de forma objetiva na Declaração, quais sejam:

- a) Liberdade de vida (artigo 3º), como antônimo de: escravidão ou servidão (artigo 4º), tortura e tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes (artigo 5º), arbitrariamente preso, detido ou exilado (artigo 9º);
- b) Liberdade de morar, ir e vir (artigo 13º), de asilo (artigo 14º), de nacionalidade (artigo 15º, 2);
- c) Liberdade de casar com quem quiser (artigo 16º, 2);
- d) Liberdade de acesso à sua propriedade (artigo 17º);
- e) Liberdade de pensamento, consciência e religião, bem como de sua manifestação (artigo 18º);
- f) Liberdade de opinião e de expressão (artigo 19º);
- g) Liberdade de reunião e de associações pacíficas (artigo 20º);
- h) Liberdade de acesso à administração pública do país (artigo 21º);
- i) Liberdade de escolha do trabalho e de sindicato (artigo 23º, 1, 4);
- j) Liberdade de escolha do gênero de educação escolar (artigo 26º, 4);
- k) Liberdade de fazer parte da vida cultural da comunidade (artigo 27º, 1).

As liberdades tuteladas, portanto, são declaradamente limitadas. A própria Declaração (ONU, 1948), em seus artigos 29º e 30º, condicionou as liberdades, elencando deveres dos cidadãos, não permitindo que as liberdades sejam evocadas para destruir os próprios direitos e liberdades enunciados, em especial o direito fundamental à vida:

Artigo 29º 1. O indivíduo tem deveres para com a comunidade, fora da qual não é possível o livre e pleno desenvolvimento da sua personalidade.

2. No exercício deste direito e no gozo destas liberdades ninguém está sujeito senão às limitações estabelecidas pela lei com vista exclusivamente a promover o reconhecimento e o respeito dos direitos e liberdades dos outros e a fim de satisfazer as justas exigências da moral, da ordem pública e do bem-estar numa sociedade democrática.

3. Em caso algum estes direitos e liberdades poderão ser exercidos contrariamente e aos fins e aos princípios das Nações Unidas.

Artigo 30º Nenhuma disposição da presente Declaração pode ser interpretada de maneira a envolver para qualquer Estado, agrupamento ou indivíduo o direito de se entregar a alguma actividade ou de praticar algum acto destinado a destruir os direitos e liberdades aqui enunciados. (g.n.)

Tendo o indivíduo deveres para com a comunidade, tem o direito a exercer sua liberdade nos limites da lei, sempre objetivando satisfazer a moral, a segurança da ordem pública e o bem estar social.

A Teoria do Garantismo Integral, de Luigi Ferrajoli, segue por esta linha de raciocínio. O Estado de direito é um Sistema Garantista ou “sistema de metarregras de limites que configuram um conjunto de garantias liberais e sociais, no sentido social e substancial da democracia, em contraponto ao Estado Absoluto” (MARQUES, 2018, p. 8).

Conforme Ferrajoli, a democracia demonstra, além da vontade da maioria, os interesses primordiais da coletividade:

O Estado de direito equivale à democracia, no sentido que reflete, além da vontade da maioria, os interesses vitais de todos. Neste sentido, o garantismo, como técnica de limitação e disciplina dos poderes públicos, voltado a determinar o que estes não devem e o que devem decidir, pode bem ser concebido como a conotação (não formal, mas) estrutural e substancial da democracia: as garantias, sejam liberais ou sociais, exprimem de fato os direitos fundamentais dos cidadãos contra os poderes do Estado, os interesses dos fracos respectivamente aos dos fortes, a tutela das minorias marginalizadas ou dissociadas em relação às majorias integradas, as razões de baixo relativamente às razões do alto. (2014, p. 797, *Apud* MARQUES, 2018, p. 8).

E, ainda:

Garantismo designa uma filosofia política que requer do direito e do estado o ônus da justificação externa com base nos bens e nos interesses dos quais a tutela ou a garantia constituem a finalidade. Neste último sentido o garantismo pressupõe a doutrina laica da separação entre o direito e a moral, entre a validade e justiça, entre ponto de vista interno e ponto de vista externo na valoração do ordenamento, ou mesmo entre o ‘ser’ e o ‘dever ser’ do direito. E equivale à assunção, para os fins da legitimação e da perda de legitimação ético-política do direito e do estado, do ponto de vista exclusivamente externo (2014, 787, *Apud* LIMA, 2018).

De acordo com a essência (MARQUES, 2018, p.2) da Teoria, agir de acordo com os preceitos do Estado Democrático de Direito significa assumir responsabilidade por sua preservação, protegendo os direitos e garantias individuais em conjunto com instrumentos que tragam estabilidade e segurança ao meio coletivo, harmonizando os interesses.

Neste ponto, vale um parêntese: a segurança pública não se resume apenas às medidas contra violência, mas sim versa sobre todas as medidas para garantir a preservação da ordem pública e da incolumidade das pessoas, sendo expressamente responsabilidade de todos, conforme o artigo 144 da Constituição Federal:

Art. 144. A segurança pública, dever do Estado, direito e responsabilidade de todos, é exercida para a preservação da ordem pública e da incolumidade das pessoas e do patrimônio, através dos seguintes órgãos. (BRASIL, 1988)

Não pode a pessoa, portanto, optar por algo que venha a prejudicar a sociedade ou o seu próprio direito à vida e à sua qualidade de vida, sob o pretexto de possuir liberdade para isso.

No âmbito da ONU, está definido também no Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos (BRASIL, 1992c), que “toda a pessoa tem direito à liberdade de pensamento, consciência e religião (...) e de manifestar a sua religião ou crença”, sendo que o acordo possui amplitude mundial.

A Constituição Federal (BRASIL, 1988), em seu artigo 5º, assegura que “ninguém será privado de direitos por motivo de crença religiosa ou de convicção filosófica ou política” e que “ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei”.

Sob o pretexto das duas assertivas acima, muitos cidadãos se negam a obedecer normas emanadas pelo Estado quando entendem que a determinação fere sua liberdade de opinião ou autonomia.

Acabam por explorar argumentos como os da visão da Teoria oriunda de uma interpretação deturpada da Teoria do Garantismo, intitulada Garantismo Hiperbólico Monocular, onde há proteção exagerada e desproporcional do indivíduo, em uma supervalorização dos direitos individuais e repressão da proteção dos interesses coletivos e sociais, o que abala a justiça e deixa a “segurança jurídica à margem de dúvidas e instabilidade” (MARQUES, 2018, p. 2).

No âmbito da saúde, aduzem seara pessoal e inviolável, e que nenhuma contrapartida é tida como obrigatória, sob o pretexto de que a liberdade de decisão pessoal é ilimitada. Todavia, o próprio artigo 5º da Constituição (BRASIL, 1988), em seu inciso VIII, diz que

VIII - ninguém será privado de direitos por motivo de crença religiosa ou de convicção filosófica ou política, salvo se as invocar para eximir-se de

obrigação legal a todos imposta e recusar-se a cumprir prestação alternativa, fixada em lei.

Neste sentido, por mais que haja liberdade de pensamento e de escolha, esta não pode ser invocada para não cumprir obrigação legal imposta a todos. E isto deve ser observado ao cumprimento das ações de saúde determinadas ao povo brasileiro.

Em breve análise, muitos destes conflitos advém da concepção errada de liberdade. A liberdade do cidadão existente na Carta Magna, principalmente no que concerne à escolha de como cuidar da sua saúde, não é a natural³⁰, livre e desimpedida de limites como os animais (ROSS, 2000, p.296-297), mas sim a liberdade política condicionada às normas e orientações governamentais dadas.

Sobre a liberdade política,

É preciso ter em presente o que é independência e o que é liberdade. A liberdade é o direito de fazer tudo o que as leis permitem. Se um cidadão pudesse fazer o que elas proíbem, ele já não teria liberdade, pois os outros teriam igualmente esse poder. (MONTESQUIEU, 1996, p. 162-163).

O exercício do direito da saúde, ao exigir que o Estado provenha este direito de forma universal, concede à ele, de forma reflexa, o dever de observar as regras para conservação e manutenção de tal direito.

Existe na Constituição Federal (BRASIL, 1988) e nas normas atuais uma série de deveres dos cidadãos que norteiam o exercício da liberdade individual e que estão relacionados ao direito à saúde de forma indireta, senão vejamos:

- a) Saber e cumprir as leis (artigo 5º, II, da Constituição, e artigo 3º da Lei de Introdução às normas do Direito Brasileiro – LINDB (BRASIL, 1942);
- b) Colaborar com o poder público e com as autoridades públicas, inclusive reportando falhas no serviço público, necessidades da população e exigindo providências de forma ativa (por exemplo: artigo 8º, III, e 9º do Código de Proteção do Usuário de Serviços Públicos (BRASIL, 2017a); artigo 3º do Código de Defesa do Usuário do Serviço Público Municipal de São Paulo (PREFEITURA DE SÃO PAULO, 2018); artigos 13 e 20 da Carta de Serviços ao Usuário (BRASIL, 2017b));

³⁰ Fala-se hoje em dia em "um direito natural de conteúdo variável", pois a doutrina do direito natural se aproximou de um positivismo histórico-sociológico. Uma vez que o direito natural é positivado, ele perde a sua pureza inicial. O conteúdo ideológico do direito natural deu prosseguimento ao desenvolvimento que começou no século XIX, no contexto de afastar o liberalismo individualista do iluminismo, rumo a uma ideologia social e coletivista.

- c) Respeitar os direitos sociais de outras pessoas (artigo 29 da Declaração Universal do Direitos Humanos (ONU, 1948));
- d) Defender e preservar o meio ambiente (art. 225 da Constituição (BRASIL, 1988));
- e) Votar consciente para escolher seus governantes e representantes nos poderes legislativo e executivo;
- f) Promover a educação de seus filhos (art. 205 e 227 da Constituição (BRASIL, 1988)), educando e protegendo os semelhantes;
- g) Prestar assistência material e emocional a parentes próximos que sejam incapazes de prover seus próprios sustentos;
- h) Cumprir com sua obrigação de pagar tributos;
- i) Cuidar e zelar pelo patrimônio público, seja ele material ou imaterial.

Desta forma, a liberdade de escolha não pode colocar em risco a saúde de terceiros e da sociedade, devendo sempre ser pautada nos deveres acima elencados e nos demais positivados no ordenamento jurídico.

O Princípio da Relatividade ou de Convivência das Liberdades Públicas (MORAES, 2009, p.32-33) preconiza este tipo de entendimento moderado. Conforme este Princípio, os direitos e garantias fundamentais não são ilimitados, pois encontram seus limites nos demais direitos igualmente consagrados pela Constituição.

Não há dúvida quanto à imperatividade das normas, e não segui-las gera grandes riscos à saúde pública. Tais regras refletem a vontade da própria população, por meio do Estado Democrático, e devem ser seguidas por todos os indivíduos.

Outrossim, a obrigatoriedade em seguir as normas e diretrizes do SUS está prevista em Lei, em especial na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (BRASIL, 2009), atualizada pelo Conselho Nacional de Saúde, que publicou a Carta dos Direitos e Deveres das Pessoas Usuárias da Saúde (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2017).

Nesta Carta existe uma série de Princípios e regras que norteiam o dever à saúde por parte dos cidadãos, melhor abordadas em capítulo específico a seguir.

No tocante à liberdade de escolha, cumpre salientar que a Carta determina em sua Terceira Diretriz, §11, III, “d”, que é direito garantido da pessoa, nas consultas, nos procedimentos diagnósticos, preventivos, cirúrgicos, terapêuticos e internações, aos seus valores éticos, culturais, religiosos e espirituais.

A esta previsão junta-se a Quarta Diretriz, inciso V, onde toda pessoa possui o consentimento livre, voluntário e esclarecido, a quaisquer procedimentos diagnósticos, preventivos ou terapêuticos, salvo nos casos que acarretem risco à saúde pública, considerando que o consentimento anteriormente dado poderá ser revogado a qualquer instante, por decisão livre e esclarecida, sem que sejam imputadas à pessoa sanções morais, financeiras ou legais.

O uso do termo “risco à saúde pública” constante na Quarta Diretriz, inciso V, da Carta dos Direitos e Deveres das Pessoas Usuárias da Saúde (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2017) é controverso. Ao limitar a liberdade do indivíduo em suas escolhas de saúde no caso de risco à saúde pública, aparentemente o legislador utiliza o ponto de vista biomédico, e visa a proibição de exposição de doenças e condutas que venham a gerar risco à saúde da sociedade de forma objetiva.

Isto porque há para cada homem que compõe a sociedade um Dever de Cuidado Objetivo (MOLETA, 2015), noção elementar do Direito que consiste em que o cidadão deve praticar os atos da vida com as cautelas necessárias para que seus atos não resultem em danos a bens jurídicos dos demais.

Todavia, a saúde pública é intimamente ligada à sociedade, aos interesses da coletividade e da ordem pública. A ordem pública, por sua vez, não possui definição expressa na legislação pátria, o que traz bastante subjetividade ao termo.

Conforme MARTINS, F.R. (2014, p.232), ela “também representa o escopo teleológico dos deveres fundamentais”:

[...] Incipiente junto ao direito romano, garantia que os pactos privados não derrogassem o direito público (*privatorum pactio juri publico non derogat*). Posteriormente, aproveitada no *Code Napoleon*, a partir de seu art. 6º., que fez questão de constar a denominação “ordem pública”, a fim de que não houvesse confusão com o “direito público”, justamente para preservar as relações sociais.

Tornou-se técnica legislativa para solução de questões privadas ou públicas que estivessem diretamente ligadas a pontos sociais estratégicos acima de interesses privados ou de interesses públicos secundários.

Como forma de elucidar melhor o conceito, bem como de validá-lo de forma segura, é interessante verificar o que os tribunais superiores ponderam sobre a questão, como no acórdão do *Habeas Corpus* de nº111244 SP, julgado pelo SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL (2012), que teve como relator o Ministro Ayres Britto.

Em resumo, ordem pública pode ser definida como um contexto que visa o acautelamento do meio social, com o veto de qualquer coisa que possa prejudicar a

sociedade de forma relevante e os seus valores fundamentais constitucionalmente tutelados, tanto do ponto de vista coletivo quanto individual.

Ademais, a “ordem pública constitucional manifesta-se através de princípios que estruturam o poder e emolduram o projeto de vida da sociedade civil” (MARTINS, F.R., 2014, p. 233-234). Havendo conflito de leis, a ordem pública é invocada para proteger os valores essenciais do país e o bem comum (BRASIL, 1942).

No âmbito coletivo, o bem comum³¹, “que a todos pertence, pode ser entendido como a preservação do sistema jurídico (ou o ordenamento)” (MARTINS, F.R., 2014, p.236). Outrossim, “[...] o bem comum pode ser observado como consenso geral e, a partir disso, como ferramenta de legitimidade (atracada à legalidade) que sustenta determinada sociedade.” (MARTINS, F.R., 2014, p.236).

Neste diapasão, “Se o Direito no âmbito interno sistêmico fragmenta-se em diversas disciplinas que se complementam em ampla interação, também assim caminha na cognoscibilidade e permissibilidade às demais ciências” (MARTINS, F.R., 2014, p.218).

Conforme Nietzsche, “todos os conceitos, nos quais se colige semioticamente um processo inteiro, esquivam-se à definição: definível é somente aquilo que não tem história” (*Apud* FREZATTI JR., 2003, p.437).

Não zelar pela própria saúde sob o pretexto de uso dos direitos de liberdade individual e de personalidade fere o direito fundamental à vida, e por consequência expressamente a DUDH, a saúde pública e o Estado.

Existem, todavia, exceções à regra, como é o caso em que a obrigatoriedade de cuidar da própria saúde venha a denegrir a dignidade da pessoa humana, gerando tanto mal estar a ponto de ferir o próprio direito à vida.

Como exemplo os casos de bebês anencéfalos, ou quando há diretivas antecipadas de vontade em caso de doenças graves altamente debilitantes como o câncer. Nestes casos, o prolongamento da vida não preserva a vida em si, mas sim inflige ao doente uma postergação da dor e sofrimento desnecessários, o que permite à pessoa a escolha em continuar ou não seus tratamentos.

Outro exemplo são religiões como as Testemunhas de Jeová, que banem da comunidade os fiéis que realizarem procedimentos médicos como transfusão de sangue. Forçar o procedimento, neste caso, é impor uma renúncia coercitiva do

³¹ Ou “bem de todos” constante no art. 3º, IV, da Constituição e no artigo 5º da LINDB.

doente à própria concepção pessoal de vida e aos seus valores elementares, assemelhando-se a uma sentença de morte em vida.

A doutrina e jurisprudência para estes casos de escolhas existenciais relacionadas à religião, em que a pessoa é maior e possui plena capacidade de suas faculdades mentais, têm sido favoráveis para o cidadão. BARROSO (2010) aduz no entanto que, “para que o consentimento seja genuíno, ele deve ser válido, inequívoco e produto de uma escolha livre e informada”, e o paciente passa a ser totalmente responsável pelas suas escolhas em saúde e consequências decorrentes dessa escolha.

Na verdade, se não gerar risco à saúde pública, todo e qualquer paciente pode decidir não realizar um procedimento ou tratamento, ou inobservar orientações fornecidas pela equipe de saúde (BRASIL, 2009). Todavia, após cientificado dos riscos, passa a ser “dever do paciente de assumir a responsabilidade pela decisão tomada” (BARROSO, 2010).

O paciente pode se arrepender da sua decisão a qualquer momento, sem que haja imputação de sanções morais, administrativas e legais, podendo retomar imediatamente o tratamento. Todavia, caso o problema tenha se agravado, é importante ponderar o prejuízo que o indivíduo gerou ao erário e à sociedade com sua decisão ou inércia, visto que é responsável por sua decisão de não realizar o tratamento e o autocuidado recomendados.

Sanção como punição é algo vedado pelo ordenamento nestas situações (BRASIL, 2009). Todavia, eventual ressarcimento, neste caso, não é uma penalidade, mas sim uma consequência compensatória, fruto da responsabilização pessoal pela decisão tomada e pelo dever legal oriundo da negativa. Impossível haver recusa de atendimento pelo SUS ou punição pela conduta, todavia o indivíduo deve ser responsável por ressarcir proporcionalmente os danos ocasionados, como prelecionam os Códigos Civil, Processual Civil e Penal em matéria de dano.

Assim, o exercício da liberdade é possível na seara pessoal, de forma ponderada, nos limites estabelecidos em lei e desde que não coloque em risco direto a saúde pública – como no caso de vacinas e epidemias –, devendo ocorrer a abstenção de forma expressa, sendo que a assunção de riscos implica em assumir as eventuais consequências futuras, considerando assim os interesses da coletividade diante das decisões pessoais.

2.7. O indivíduo e a saúde pública

O risco à saúde pública não deve e não pode se restringir a linhas gerais com ponto de vista somente coletivo. Conforme José Cretella Júnior (1991, p.4331), citando Zanobini, o indivíduo é parte intrínseca da saúde pública:

Para o indivíduo, saúde é pressuposto e condição indispensável de toda atividade econômica e especulativa, de todo prazer material ou intelectual. O estado de doença não só constitui a negação de todos estes bens, como também representa perigo, mais ou menos próximo, para a própria existência do indivíduo e, nos casos mais graves, a causa determinante da morte. Para o corpo social, a saúde de seus componentes é condição indispensável de sua conservação, da defesa interna e externa, do bem-estar geral, de todo progresso material, moral e político.

Além de fazer parte integrante da saúde coletiva, optar por não cuidar da saúde é o mesmo que auto-infligir perigo contra a sua própria existência e se colocar em risco, assumindo as consequências negativas da inércia.

Colocar em risco a si, ferindo o direito à vida, principal direito humano tutelado, é algo que não é tolerável pelo própria característica de indisponibilidade dos direitos humanos, além de ferir também, consequentemente, à própria saúde pública e a sociedade, posto que o indivíduo é parte integrante e indissociável da sociedade.

O indivíduo, inclusive, tem plena consciência do que é ser saudável (NOGUEIRA, 2011, p.30), bem como que doenças e deficiências são modos privativos de existir:

Sabendo o que é o homem, também se sabe o que é seu modo de ser saudável. Por sua vez, a doença e a deficiência são modos privativos de existir, tal como a escuridão é a privação da luz.

A doença e a deficiência não constituem simples atributos lógicos de negação, mas denotam uma condição ontológica, porque é o próprio modo de ser característico do homem que sofre privação (HEIDEGGER, 2001a, p. 47). (g.n.)

Sob a ótica da justiça distributiva, a participação individual é mais complexa: “o bolo deve ser distribuído por todos, com equidade; situação que exige a construção negociada de critérios que conduzam a uma divisão justa” (FERNANDES, 2016, p. 141).

Esta perspectiva é importante para ponderar qual é a real função e abrangência do Estado: considerar a máxima *tudo para todos* – utopia, uma vez que os recursos são constataadamente escassos –, ou tudo o que o Estado pode dar a

todos, de forma igualitária e respeitando os princípios constitucionais primários de igualdade?

A essas indagações somam-se outras polêmicas elementares: todos são diferentes, vivem em meios desiguais e possuem oportunidades e acessos díspares, logo demandam auxílios distintos, além do fato de que suas individualidades devem ser respeitadas. Diante disto, até onde vai o sentimento de solidariedade, quando ajudar o outro, de forma desenfreada e desproporcional, lhe prejudica diretamente?

Ademais, até que ponto a saúde é independente dos demais direitos e características humanas? Considerando sua definição ampla, ela deve ser dissociada e tratada de forma singular, ou deve ser um pressuposto anterior para compreensão dos direitos, uma vez que é intrinsecamente ligada ao corpo de cada ser humano?

A tutela coletiva do direito à saúde exige atenção simultânea às demandas individuais e às demandas coletivas, que se caracterizam por serem transindividuais e indivisíveis: “[...] são transindividuais, o eventual benefício, ou prejuízo, atinge a todos e ao meio ambiente, e são indivisíveis, na medida em que produz efeitos que atingem a todos e ao meio ambiente” (FERNANDES, 2016, p. 141-142).

2.8. A Justiça distributiva

Para compreender melhor a saúde contemporânea, é importante compreender a noção de justiça equitativa e distributiva³², invocando o pensamento de justiça liberal (ou “social-democrata” (FREITAS, 2015, p.972)), adequado ao modelo atual de governo aplicado no Brasil (NOGUEIRA, 2011), país capitalista constituído sob a perspectiva de Estado social, democrático e republicano.

A estrutura social baseada em democracia, de acordo com a *Teoria da Justiça* como equidade de John Rawls (2001), traduz uma igualdade democrática que originou os Princípios da Igualdade Equitativa de Oportunidades e da Diferença.

Rawls defende que é irracional para os contratantes insistirem na igualdade se esta os colocar em pior posição. Afirma que os contratantes escolheriam o Princípio da Diferença, que permite a desigualdade desde que esta aconteça em favorecimento, melhorando as perspectivas de vida daqueles que se encontram nas posições mais desfavoráveis da escala de quinhões distributivos.

³² Baseado nos principais autores, como John Rawls, Norman Daniels, Amartya Sen e Michael Walzer.

Sobre justiça e saúde, de acordo com esta teoria:

Os princípios da justiça de Rawls regulam somente a distribuição dos principais determinantes sociais da saúde, incluindo as bases sociais do auto respeito. Não há nada na teoria, ou em sua extensão feita por Daniels, que nos faria focar de maneira mais estreita em serviços médicos. Propriamente entendida, a justiça como equidade nos diz o quê a justiça requer da distribuição de todos os fatores controláveis determinantes da saúde. (NOGUEIRA, 2011).

Mas a ideia de justiça distributiva é muito anterior a esta concepção.

Aristóteles dividiu noções capitais de justiça que se mantêm atuais ainda hoje:

“1) comutativa (corretiva ou retificativa), a qual regula as relações entre os cidadãos, e

2) distributiva, que consiste na distribuição eqüitativa – de honrarias, fortuna e todas as demais coisas – entre os que compõem a sociedade, ou seja, podendo ocorrer participação igual ou desigual na dependência das circunstâncias.

[...]

A partir dessa citação, pode-se perceber, claramente, uma consubstancial tensão entre a justiça como igualdade e como eqüidade, ou seja, em certa medida um tratamento desigual poderá ser deflagrado para corrigir injustiças.” (BATISTA; SCHRAMM, 2005).

Neste diapasão foi desenvolvida a noção de justiça distributiva, que “designa um construto relacionado à maneira como as pessoas avaliam as distribuições de bens positivos (renda, liberdade, cargos políticos) ou negativos (punições, sanções, penalidades) na sociedade” (SAMPAIO; CAMINO; ROAZZI, 2009).

Os indivíduos, ao fazer julgamentos distributivos, se preocupam em avaliar em que medida a distribuição favoreceu ou prejudicou todos os envolvidos, a partir de parâmetros ou princípios que determinam qual método distributivo é mais ou menos justo aplicar no contexto da distribuição.

Isto posto, o critério distributivo da mera “necessidade como fundamento da integralidade deve ser revisto” (NOGUEIRA, 2011, p. 20), como forma de tornar o SUS compatível com a advertência feita por Walzer: “(...) não podemos e não precisamos atender a cada necessidade no mesmo grau ou qualquer necessidade até o último grau” (NOGUEIRA, 2011, p.20).

Segundo Walzer, as escolhas de auxílio devem ser políticas, posto que considera toda a coletividade, sendo imparciais e abrangentes:

A despeito do caráter impositivo da palavra, as necessidades são enganosas. As pessoas não apenas têm necessidades, elas têm idéias sobre suas necessidades; têm prioridades, têm graus de necessidade; e essas prioridades e graus estão relacionados não apenas com sua natureza

humana, mas também com sua história e cultura. Dado que os recursos são sempre escassos, escolhas difíceis têm de ser feitas.

Suspeito que estas têm de ser escolhas políticas. Estão sujeitas a uma elucidação filosófica, mas a idéia de necessidade e de compromisso com a provisão pública não fornecem nenhuma determinação clara de prioridades ou graus. Claramente, não podemos e não precisamos atender a cada necessidade no mesmo grau ou qualquer necessidade até o último grau (1983, p. 66-67). (*Apud* NOGUEIRA, 2011, p. 19-20).

O artigo 196 da Constituição traduz claramente os princípios de universalidade e de igualdade no acesso à saúde, “tendo como pressuposto, inequívoco, a ideia de justiça social capaz de garantir tal direito consubstancial à sociedade” (BATISTA; SCHRAMM, 2005, p.130). Estas balisas, em conjunto com a integralidade da assistência e à descentralização da gestão, representam, em última análise, as normas fundamentais que regem o Sistema Único de Saúde (SUS) (BATISTA; SCHRAMM, 2005, p.130).

Entre o princípio de que a saúde seja um direito de todos e a garantia de seu cumprimento, há uma distância considerável, pois não basta preconizar as mesmas bases sanitárias para toda sociedade, já que as demandas pessoais são deveras abrangentes, e as próprias pessoas vivem e possuem oportunidades de formas diferentes, podendo, neste caso, se produzir um aguçamento das disparidades (BATISTA; SCHRAMM, 2005, p.138).

A articulação filosófica entre a saúde e a segurança social é realizada por meio do conceito de “saúde como habilidade fundamental” (NOGUEIRA, 2011, p. 5-6), com a saúde como sustentáculo das demais habilidades fundamentais humanas, concepção advinda do pensamento de Martin Heidegger e das ideias de Amartya Sen. Neste sentido, é necessário que as políticas do SUS se pautem mais explicitamente pela racionalidade criteriosa da seguridade social (NOGUEIRA, 2011, p.6).

A OMS divulgou em 1986 uma definição de equidade em saúde, esta pautada em questões que sejam iníquas e razoavelmente evitáveis, bem como o proporcionar de oportunidades justas para o alcance do potencial pleno de saúde:

Equidade em saúde implica que idealmente todos devem ter uma oportunidade justa para atingir seu potencial pleno de saúde e, de forma mais pragmática, que ninguém deve ser desfavorecido no alcance desse potencial, se isto puder ser evitado (WHITEHEAD, 1991, p. 220).

Whitehead esclarece que esse conceito propõe não exatamente a eliminação de todas as desigualdades em saúde, mas somente daquelas que não são razoáveis, ou seja, as que simultaneamente são iníquas e evitáveis, de modo que sejam criadas oportunidades iguais para alcançar a saúde e conduzir os diferenciais de saúde ao nível menor possível. (NOGUEIRA, 2011, p.26).

Frise-se que, “não se constituindo em um bem homogêneo similar à renda monetária, a saúde não pode ser distribuída em sentido literal. O que a sociedade pode proporcionar são diferentes oportunidades de saúde” (NOGUEIRA, 2011, p. 27-28).

A desigualdade sócio-econômica atinge todos os setores, inclusive a saúde. Assim, a “OMS e outros organismos têm dedicado uma crescente atenção para as desigualdades no “status de saúde” e na discussão de políticas voltadas para mitigá-las” (DANIELS, 2011, p. 247).

Outrossim, justo e injusto podem ser considerados como o resultado de padrões aceitáveis (DANIELS, 2011, p. 247), sendo variável inclusive de grupo para grupo. Daniels defende que “algum grau de desigualdade socioeconômica não deva ser evitado, e seja inclusive necessário, e portanto, não injusto” (DANIELS, 2011, p.254).

Luiz Virgílio Afonso da Silva (2002) destaca outro ponto relacionado que merece atenção, qual seja a correta definição de “proporcional e razoável”.

O princípio da proporcionalidade, conforme a perspectiva de mandamento de otimização (SILVA, L.V.A., 2002, p.25-26), é enquadrado como regra³³ de subsunção às normas. A proporcionalidade é tida como instrumento de controle contra excesso dos poderes estatais, bem como contra a sua “omissão” ou ação “insuficiente” (*Ibidem*, p.27). Deve considerar três sub-regras, quais sejam a adequação, necessidade e proporcionalidade em sentido estrito.

A exigibilidade desta regra para a solução de colisões entre direitos fundamentais decorre “da própria estrutura dos direitos fundamentais” (*Ibidem*, p.43), baseado estritamente na lógica e não no artigo 5º§2º da Constituição, e possuiria validade ainda que não houvesse posituação no referido artigo.

A proporcionalidade guarda relação na verdade com o “dever de otimização”, ou seja, com “a obrigação de que algo seja realizado na maior medida possível, de acordo com as possibilidades fáticas e jurídicas” (*Ibidem*, p.44). Traduz-se, portanto, como as medidas concretas que podem ser usadas para o fomento e proteção dos direitos fundamentais, desde que haja o correto sopesamento das consequências diante da colisão com os direitos fundamentais das demais pessoas.

³³ Bergmann Ávila nomeia como “dever de proporcionalidade”, atribuindo caráter de norma ao princípio com o uso do termo “dever”, o que gera conflito com a estruturação de regra de Alexy. Considerando a ampla abrangência deste princípio, o mais adequado é considerá-lo como regra. (*In* SILVA, L. V. A., 2002).

Já o construto brasileiro da razoabilidade abarca a ideia de que, “quando do devido processo legal substancial, existe compatibilidade entre o meio empregado pelo legislador e os fins visados, bem como a aferição da legitimidade dos fins” (SILVA, L.V.A., 2002, p.32).

Saliente-se que a “proporcionalidade, em sentido técnico-jurídico, não é sinônimo de razoabilidade” (SILVA, L.V.A., 2002, p.23), pois razoabilidade é a “compatibilidade entre meio e fim e legitimidade dos fins” (SILVA, L.V.A., 2002, p.33). Proporcionalidade é uma técnica que sistematiza metodologicamente a forma de aplicação das normas, visando o sopesamento e solução em caso de conflitos de direitos fundamentais, já razoabilidade é técnica de aplicação do direito para escolher a opção mais racional e “prudente, e que acarrete aceitabilidade social” (KHAMIS, 2013, p.161).

Desta forma, considerando o conceito amplo de saúde, de justiça social e distributiva, de proporcionalidade e de razoabilidade, a “igualdade complexa” (BATISTA; SCHRAMM, 2005, p.138) existente, bem como os interesses da sociedade, qualquer atitude e/ou escolha que potencialmente possa prejudicar de forma desproporcional a saúde da própria pessoa ou de outrem, e, em consequência, a saúde pública, não deve e não pode ser encorajada pelo poder público.

2.9. O ponto de vista social

As leis devem ser aplicadas sempre visando o seu fim social, com sua coercibilidade objetivando a pacificação social, a difusão da cidadania e a transformação dos comportamentos (CREMONEZE, 2011).

Neste diapasão, há o conceito de “agir em comunidade”, como sendo “todas as vezes que a ação humana se refere de maneira subjetivamente provida de sentido ao comportamento de outros homens” (WEBER, 1995, p.323), devendo ser “um relacionamento provido de sentido do agir de uma pessoa ‘com o’ agir de outra pessoa”, não sendo sinônimo a “uniformidade” de comportamento ou uma “ação recíproca” ou de “imitação” (WEBER, 1995, p.333), tampouco um “agir uniforme de massas” (WEBER, 1995, p.334).

Sob esta perspectiva, este agir é a “orientação do indivíduo provida de sentido em expectativas de um determinado comportamento por parte dos outros e

nas possibilidades calculadas (subjetivamente) para o êxito da própria ação” (WEBER, 1995, p.324). Considera que “qualquer agir ‘racional com relação a fins’ se orienta em expectativas”, posto que o ser humano, de forma subjetiva, por ser racional, pode calcular de antemão, “com diversos graus de probabilidade, as suas possibilidades reais como existência objetiva, resultando em um juízo de possibilidade objetiva” (WEBER, 1995, p.324).

A expectativa do agir orientado em terceiros é pautado no “valor” subjetivamente imaginado, do seu conteúdo de sentido como tal (“o dever” ou qualquer coisa semelhante)” (WEBER, 1995, p.324-325), não considerando meras expectativas, mas sim valores, correspondendo a um *agir efetivo*, dispostos na medida que:

- 1) Se orienta, de maneira significativa, por expectativas que são alimentadas com base em regulamentações,
- 2) Na medida em que tal “regulamentação” foi feita de modo puramente racional com relação a fins, tendo em mente o agir esperado dos associados como consequência, e quando
- 3) A orientação provida de sentido se faz, subjetivamente, de maneira racional com relação a fins.

Uma organização com “regulamentos” num sentido puramente empírico – como foi definido aqui provisoriamente – é, ou 1) um convite de uns homens a outros, expresso unilateralmente e, no caso limite, racional explicitamente, ou 2) uma explicação recíproca bilateral, feita de maneira explícita no caso limite, com o conteúdo subjetivamente declarado de que seja previsto e se espere um determinado modo de agir. (WEBER, 1995, p.324-325)

As normas existentes devem guiar, portanto, os atos das pessoas em sociedade, gerando obrigações de obediência recíproca às pessoas a elas sujeitas. De forma objetiva,

“a ação de uma ordem está relacionada de maneira provida de sentido à ação de um outro (“obediência”) e inversamente, de maneira tal que, normalmente, se pode esperar que as expectativas sejam realizadas, expectativas nas quais está orientado o agir por ambas as partes” (WEBER, 1995, p.334-335).

Outrossim, a psicologia social, que estuda as bases psicológicas do comportamento social e, com base nisso, se aproxima do indivíduo, considera absoluta a influência dos grupos sobre a personalidade pessoal, asseverando que “o homem isolado é um mito” (BOCK; GONÇALVES, 2009, p.117). Assim, traz duas concepções importantes a considerar sobre o indivíduo *versus* grupo social:

- 1) a dicotomia “Indivíduo x Grupo” é falsa – desde o seu nascimento (mesmo antes) o homem está inserido num grupo social –;

2) a sua participação, as suas ações, por estar em grupo, dependem fundamentalmente da aquisição da linguagem que preexiste ao indivíduo como código produzido historicamente pela sua sociedade (*langue*), mas que ele apreende na sua relação específica com outros indivíduos (*parole*). Se a língua traz em seu código significados, para o indivíduo as palavras terão um sentido pessoal decorrente da relação entre pensamento e ação, mediadas pelos outros significativos. [...]

Desta forma, a análise do processo grupal nos permite captar a dialética indivíduo-grupo, onde a dupla negação caracteriza a superação da contradição existente e quando o indivíduo e grupo se tornam agentes da história social, membros indissociáveis da totalidade histórica que os produziu e a qual eles transformam por suas atividades também indissociáveis. (LANE; CODO, 2004, p.16-17).

Desta forma, traduz-se a necessidade de se considerar o ponto de vista social nos interesses do direito à saúde.

2.10. Viés Principiológico de conduta

O Princípio da Boa-Fé e melhores esforços é um elemento norteador das relações jurídicas como um todo, não se resumindo somente ao âmbito do direito dos contratos. É tido como um modelo de conduta do cidadão:

O princípio da boa-fé, então, como modelo de conduta ou padrão ético que o agente deve possuir (lealdade, honestidade, etc) informa todo o ordenamento e, por consequência, tem presente em si uma função interpretativa das normas, e, pela mesma razão, uma função controladora de conduta e será critério apto para integrar as declarações de vontade (função integradora). (MARTINS, F.A., 2000, p.21).

A Lei de Participação, proteção e defesa do usuário dos serviços públicos da administração pública nº13460/2017 (BRASIL, 2017a), corrobora a aplicação destes Princípios, conforme conteúdo de seu artigo 8º, I, onde lista como deveres dos cidadãos:

Art. 8º São deveres do usuário:

- I - utilizar adequadamente os serviços, procedendo com urbanidade e boa-fé;
- II - prestar as informações pertinentes ao serviço prestado quando solicitadas;
- III - colaborar para a adequada prestação do serviço; e
- IV - preservar as condições dos bens públicos por meio dos quais lhe são prestados os serviços de que trata esta Lei.

Sendo direito indisponível, não pode o titular do direito exigi-lo e, ao mesmo tempo, agir contrariamente a ele, ferindo o Princípio geral de Boa-fé.

Sobre isso, discorre com propriedade a Doutrina dos atos próprios, preceito que, considerando a boa-fé das partes, proíbe o comportamento contraditório. Neste

sentido, define o Dever de Conduta de cada uma delas de acordo com o objetivo-fim, atribuindo a cada parte uma obrigação assumida e gerando expectativas de direito à contraparte. A proibição de *Venire Contra Factum Proprium*, ou “vedação do comportamento contraditório”, protege a boa-fé e a coerência no atos entre partes:

“a ninguém é lícito fazer valer um direito em contradição com sua anterior conduta, quando essa conduta interpretada objetivamente segundo a lei, os bons costumes ou a boa-fé, justifica a conclusão de que não se fará valer o direito, ou quando o exercício posterior choque contra a lei, os bons costumes ou a boa-fé” (Enneccerus-Nipperdey. Allg. Teil, v. 1, t. II, §228, n. IV, pp. 1392 e ss.).

[...] seria comparável à *Verwirkung* (caducidade, “deseficácia”) do direito alemão (BGB §242) [...] Isto significa dizer que, aquele que praticou determinado ato ou permitiu à contraparte a prática de determinada conduta, não pode, posteriormente, alegar circunstâncias que se contraponha àquelas posturas iniciais a que ele mesmo dera causa.

Impede-se, por outras palavras, “o obrar incoerente que lesiona a confiança suscitada na outra parte da relação e impõe aos sujeitos um comportamento probo nas relações jurídicas” (Rúben Héctor Compagnucci de Caso. *La doctrina de los propios actos y la declaración tácita de la voluntad*).

[...] tem-se afirmado que a *Verwirkung* se assemelha à renúncia tácita do direito brasileiro [...] (NERY JUNIOR; NERY, 2017, p.974-975).

Agir contrariamente ao que se pleiteia pode ser lido como uma renúncia ao próprio direito, o que não é possível pelo ordenamento brasileiro, pois ao cidadão é vedado renunciar a um direito fundamental. Assim, o direito à saúde gera o dever de conduta em prol da saúde e de direitos correlatos, como o meio ambiente:

O interessante de tudo isso é que algumas das pessoas que reclamam que as cidades estão sujas, que os governos não estão fazendo sua parte, são muitas daquelas que jogam o lixo nas ruas. Eles(as) reclamam da sujeira que eles(as) mesmos(as) causam. Isto é ignorância, covardia e ausência total de civilidade.

[...]

É muito comum que algumas pessoas atribuam todos os males das cidades aos seus gestores públicos. Não estou afirmando que estes não tenham parcela de culpa. O que trago à reflexão é que o cidadão tem o dever (e não apenas o gestor público) de se portar de forma adequada e republicana, respeitando os direitos do próximo e agindo de forma a merecer a designação cidadão, ou seja, aquele que cumpre com seus deveres cívicos e políticos em prol da coletividade da qual ele mesmo faz parte. (GURGEL, 2015).

Não é coerente que uma pessoa admita incidir determinada norma ou cláusula para impor situação que lhe seja vantajosa e, quando essa norma possa lhe trazer desvantagem, negue-se a admitir sua incidência (NERY JUNIOR; NERY, 2017, 973-975).

O paciente, portanto, não pode deliberadamente dificultar ou postergar a resolução do problema, devendo se esforçar para evitar prejuízos adicionais a ambas as partes e um passivo sanitário e financeiro à sociedade.

Logo, se uma escolha ferir frontalmente as máximas tuteladas, que são a vida, soberania popular e a dignidade da pessoa humana, conforme artigo 1^a, I, da Constituição, bem como a saúde pública, como dignidade da pessoa humana de forma coletiva, esta escolha não deve ser possível ao cidadão, mesmo que sob o pretexto de liberdade de escolha.

Assim, uma mudança de panorama nas responsabilidades deve ocorrer, não no intuito de diminuir as responsabilidades do Estado, mas sim de acrescentar as responsabilidades do cidadão visando a persecução do bem maior, que é a saúde.

2.11. Obrigatoriedade das diretrizes em saúde, modelo preventivo e os problemas e danos oriundos de escolhas pessoais

O intuito pelo qual uma norma é criada é importante para estudar sua finalidade, uma vez que todas possuem um propósito, e para justificar sua existência, é necessário que haja eficácia, considerada como “o potencial de uma norma constitucional produzir efeitos jurídicos.” (CASSIMIRO, 2018).

No caso, o direito à saúde possui a finalidade de proteção aos direitos humanos, onde é considerado bem social visando a equidade, adquirindo um caráter normativo de conduta esperada, visando a proteção do próprio ser humano. Cumpre salientar que, “Estando a conduta positivada ou não, os direitos fundamentais integram um sistema valorativo que atua como fundamento material de todo o ordenamento jurídico” (DUQUE, 2014, p. 123).

Desta forma, mesmo que não houvesse uma conduta específica expressa em lei, a preservação dos direitos humanos é algo que permeia todas as leis de saúde existentes, com força constitucional, devendo balizar os atos dos cidadãos.

Outrossim, a conduta preventiva, proativa e de autocuidado é a adotada atualmente pelo SUS, e deve nortear a forma como o cidadão se portará diante da própria saúde, uma vez que todo cidadão é usuário do sistema público de saúde e possui o dever de obedecer suas diretrizes para uso.

O modelo de acesso à saúde adotado pelo SUS, acompanhando as tendências mundiais, é o modelo assistencial de Atenção Primária com ênfase em

condutas preventivas (SIMON, 2015, p.4) e na capacidade do doente proceder com o autocuidado das condições crônicas apoiado pelo SUS, baseado no Modelo da Pirâmide de Riscos (MPR), ou Modelo Kaiser Permanente:

O MPR transcendeu a organização que o criou e tem sido utilizado, crescentemente, em países como Austrália, Canadá, Dinamarca, Estados Unidos, Nova Zelândia e Reino Unido. A aplicação desse modelo em diferentes países e em sistemas públicos e privados vem enriquecendo sua utilização na prática social. No Reino Unido, o MPR tem sido extensivamente adotado, com bons resultados, em projetos realizados em várias regiões, num experimento denominado de Kaiser Beacon, conduzido pela Agência de Modernização do Serviço Nacional de Saúde. (MENDES, 2012, p.156).

Isto porque o modelo da pirâmide de riscos (MPR) considera as particularidades dos indivíduos e avanços das doenças, selecionando os riscos da população em níveis de necessidade de cuidados em saúde:

[...] está em consonância com os achados de Leutz. Para esse autor as necessidades das pessoas portadoras de condições crônicas são definidas em termos da duração da condição, da urgência da intervenção, do escopo dos serviços requeridos e da capacidade de autocuidado da pessoa portadora da condição. A aplicação desses critérios permite estratificar as pessoas portadoras de condições crônicas em três grupos. O primeiro grupo seria constituído por portadores de condição leve, mas com forte capacidade de autocuidado e/ou com sólida rede social de apoio. O segundo grupo seria constituído por portadores de condição moderada. O terceiro grupo seria constituído por portadores de condição severa e instável e com baixa capacidade para o autocuidado. (MENDES, 2012, p.156-158)

Em suma, quanto mais cuidados preventivos, mais cedo doenças detectadas e maior o autocuidado, pois são riscos de menor complexidade, menor o custo para o brasileiro e para o país. Quanto menor cuidado com a saúde e ações preventivas, mais tarde é a detecção, e maior o cuidado profissional. Logo, riscos de maior complexidade e mais custos para todos.

São vários os benefícios do modelo preventivo adotado. Ao invés do tipo hospitalocêntrico, onde a porta de entrada seria a Urgência e Emergência, é mais adequado o modelo atual de Atenção Primária, operacionalizada no Brasil por meio da Atenção Básica em Saúde (ABS) (FARIA, *et al.*, 2010, p.35-37), “sendo o programa Estratégia de Saúde da Família (ESF) hoje o principal e mais efetivo modelo de atenção básica e com cobertura da população brasileira em torno de 60% em 2016” (SALDIVA; VERAS, 2018), possuindo muito mais resultados positivos na tutela à saúde.

Além de evitar a perda súbita de qualidade de vida ao ocorrer momentos críticos de urgência e emergência ao cidadão, incorrendo em riscos desnecessários

– inclusive o óbito –, confere muito mais solidez na persecução da cura. E mais, o modelo de ABS é muito mais econômico para a saúde pública.

O modelo adotado foi baseado em estudos (MENDES, 2012, p.158) que constataram que normalmente uma população com condição crônica pode ser dividida nos seguintes níveis de complexidade: 70% a 80% da população está na base da pirâmide (nível 1 – Autocuidado apoiado) e são indivíduos que apresentam condições simples, com doenças de baixa complexidade, custo inferior nos tratamentos, boas chances de cura/controle e preservação da qualidade de vida do doente; 20% a 30% está no meio da pirâmide (nível 2 – Gestão da condição de saúde, onde o autocuidado continua sendo altamente relevante), com pessoas que apresentam condições complexas, onde o tratamento costuma ser mais demorado, caro, e a cura e qualidade de vida podem ser comprometidas; e no topo da pirâmide está 1% a 5% (nível 3 – Gestão de caso, onde o autocuidado é menor, demandando mais tratamento profissional), onde há pessoas com condições altamente complexas e custo altíssimo de tratamento.

Frise-se que não obedecer as divisões e cuidados determinados gera falhas na cobertura do sistema de ABS e traz muitos prejuízos para todos:

A ausência ou a dificuldade de acesso à assistência e a baixa resolubilidade da Atenção Primária sobrecarrega os demais níveis. Três situações podem ser apontadas: 1. O aumento na busca por serviços de urgência como porta de entrada do sistema de saúde; 2. O aumento das filas de demanda por especialidades; e 3. a indução à procura por serviços particulares. (CATELAN, 2018. p.143).

De acordo com o modelo adotado, as principais diretrizes constitucionais do SUS são a descentralização, a participação da comunidade e a integralidade da assistência, com priorização das ações preventivas, essenciais para desafogar e resolver rapidamente 85% dos problemas de saúde que surgem, preservando a saúde individual:

Nenhuma saúde pública que garante a todos a integralidade da assistência à saúde pode negar à atenção primária o sentido de prioridade. A atenção primeira deve ser aquela que, atuando como filtro, como agente regulador do sistema público de saúde, consegue evitar que pequenos problemas de saúde se agravem, resolvendo de imediato 85% dos problemas que surgem, sem a necessidade de encaminhamento para a atenção especializada, com preservação da saúde individual.

Daí a grande importância da atenção primária por ela atuar de maneira preventiva visando à garantia de boa saúde, a sua integralidade, postergando ou evitando as doenças e permitindo melhores condições de vida (na saúde o principal deve ser a sua preservação); e isso também tem a ver com os gastos com saúde, a amplitude da cobertura desses serviços à população e

a educação social ou a consciência e responsabilidade de cada um para com a sua saúde.

E tudo o que possa evitar ou resolver os riscos ou prevenir agravos à saúde redundarão em melhores condições de vida. É tão grande a importância da atenção primária nos países de atenção universal que a Espanha investe em atenção primária por volta de 240 euros *per capita*/ano (2002) e seus serviços, que cobrem 95% da população, têm a aprovação de quase toda a população (90%). Na Inglaterra tem sido crescente a importância dada à prevenção que até já se cogita de alguma responsabilização das famílias de crianças obesas por descuido com a alimentação.

[...]

Se a *atenção primária* passar a ser considerada como *atenção prioritária*, certamente estaremos no caminho de que o bem a ser protegido é a saúde e não a doença e com isso estaremos cumprindo a diretriz constitucional de priorizar as ações preventivas (de cunho coletivo) evitando que o sujeito adoença porque a saúde pública chegou antes do agravo, prevenindo os riscos. (SANTOS; ANDRADE, 2012, p.110-111).

Sobre as principais prioridades assistenciais do SUS atualmente, há destaque para o atendimento básico preventivo e para os atendimentos de alta complexidade com programas específicos (NOGUEIRA, 2011, p.25).

No panorama existente, a maior reclamação dos usuários do SUS é sobre a demora no agendamento das consultas médicas (JORNAL NACIONAL, 2018). Em primeiro lugar, há que se ter em mente que a crise no sistema de saúde é generalizada, ocorrendo grande demora também para os usuários de planos de saúde suplementar (RECLAME AQUI [s.d.]³⁴; PROCON-ES, 2016; G1, 2012), mesmo com os prazos máximos regulamentados em 2011 pela Resolução 259 da Agência Nacional de Saúde.

Em segundo, em contraponto à principal reclamação, um dos principais problemas que prejudica e atrasa as consultas é o absenteísmo do próprio usuário do SUS, ou seja, a falta nas consultas e tratamentos agendados (CATELAN, 2018).

Nos três ambulatorios da administração direta da SES-São Paulo, entre 2011-2015, a taxa de absenteísmo variou de 24,4 a 30% (BITTAR, *et al.*, 2016, p.22), ou seja, em média, 1 a cada 4 pacientes faltou nas consultas. No Estado de Santa Catarina, em 2016, faltou um paciente em cada cinco consultas médicas agendadas, gerando o prejuízo estimado de R\$ 13,4 milhões (WEISS, 2017), o que comprova o grande prejuízo causado pelos usuários pela sua conduta omissa.

Assim, o indivíduo prejudica seriamente a si e seus semelhantes, pois não cuida de sua saúde, tira a vaga de outro usuário, além gerar mais filas e demora.

³⁴ Vide ranking sítio eletrônico Reclame Aqui, sendo o primeiro tipo de reclamação dos planos de saúde (“Dificuldade para agendamento de exames e consultas”).

Medidas para diminuir a abstenção devem ser implementadas, com consequências para o caso de descumprimento reiterado.

Como dito, o ser humano não pode propositalmente abrir mão de seus direitos humanos, tampouco adotar condutas que venham a prejudica-los, seja de si ou de outrem, conforme o artigo 29, 3, da DUDH de 1948. Frise-se que a DUDH exara também que o indivíduo possui deveres para com a comunidade, devendo manter conduta adequada e obedecer as disposições legais e diretrizes governamentais que visem o bem estar de toda a coletividade, logo, o absenteísmo não é considerada boa conduta.

A saúde e seus elementos intrínsecos, como a vida, integridade física, patrimônio, equilíbrio ecológico e do meio ambiente, biodiversidade, gerações futuras etc. são bens jurídicos protegidos pela Lei, pelos Códigos Civil, Penal, e outras leis correlatas³⁵, e o descumprimento, que cause dano ou ameaça de dano, deve ser devidamente reprimido.

Algumas condutas mais graves, que venham a ferir a saúde própria, a de terceiros, ou mesmo a saúde pública, são tipificadas no Código Penal, como causar epidemia (art. 267) e infringir medida sanitária preventiva relacionada à doença contagiosa (art. 268), o que corrobora a obrigatoriedade de seguir diretrizes vacinais, por exemplo. Todavia, outras condutas que são igualmente importantes, como desrespeitar propositalmente diretrizes em saúde, não possuem resguardo objetivo.

Segundo os Princípios do Direito Penal, a vida humana, por ser frágil, deve ser vivida com a observância de um dever geral de cuidado, objetivamente verificável, imposto a todos. A inobservância deste dever é comportamento proibido pelo direito, que diante de uma norma aberta com resultado negativo previsível, onde conduta diversa da esperada desatende ao cuidado objetivo exigível, imputa ao infrator crime culposos. Neste contexto, este dever é extremamente relevante à sociedade, exposta sempre à risco (REVISTA ÂMBITO JURÍDICO, [s.d.], p.1).

O modelo prestacional do SUS foi reformulado para poder atender toda a população brasileira, visando também a prevenção.

³⁵ Como a Lei de Biossegurança, onde no artigo 1º apresenta como “diretrizes o estímulo ao avanço científico na área de biossegurança e biotecnologia, a proteção à vida e à saúde humana, animal e vegetal, e a observância do princípio da precaução para a proteção do meio ambiente”, tipificando crimes que venham a ferir estes direitos a partir do art. 24. *In* BRASIL, 2005a, digital.

Todavia, a população ainda não se adaptou ao novo modelo preventivo, seja pela estrutura básica ainda não suportar a prestação preventiva plena, seja pelo próprio costume do cidadão em só procurar os cuidados em saúde quando surgem sintomas de doença.

Ao prover a ABS, e divulgar como o meio de acesso e promoção da saúde proposto pelo SUS, o cidadão tem o dever de utilizá-lo, fomentando a prevenção como forma de evitar gastos desnecessários com atendimentos emergenciais, além de preservar a qualidade de vida do cidadão, posto que a detecção precoce de doenças evita, muitas vezes, um processo de cura desgastante.

Ao conceder sua tutela da saúde ao Estado, exigindo a concessão governamental de tal direito, o cidadão passa a ter deveres perante o Estado e regras a cumprir, como forma de permitir a correta tutela da saúde pelo Estado.

Neste diapasão, o direito à saúde pressupõe um dever do cidadão de proteger e cuidar da saúde existente, seja a sua, seja a de terceiros, seja a própria saúde pública. Ao não observar tal dever, o cidadão pode cometer ato ilícito por ação ou omissão, infringindo frontalmente os Códigos Civil e Penal, podendo, inclusive, gerar o dever de indenizar caso tenha ocorrido dano. Uma vez que a pessoa não exerce seu direito à saúde de acordo com os protocolos de saúde vigentes, concorre com os resultados danosos à sua saúde.

Interessante somar o conceito legal de que um prejuízo ou ameaça de prejuízo pode ser ocasionado tanto por ação como por omissão, e também tanto na perspectiva de responsabilidade civil quanto penal.

Neste ponto há uma polêmica que merece atenção: as supostas condutas omissas e sua responsabilização. A conduta omissa, no caso, é deixar de fazer algo que deve ser feito, decorrente de determinação legal ou por força de lei, conforme o artigo 5º, inciso II, da Constituição federal.

A Lei de Introdução às normas do Direito Brasileiro, artigo 3º, aduz que ninguém pode se escusar de cumprir a Lei alegando que não a conhece. Dito isto, além das diretrizes e orientações diversas do SUS, amplamente divulgadas na rede pública, há deveres específicos de conduta dos indivíduos diante da própria saúde, como os dispostos na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (BRASIL, 2009) e na Carta dos Direitos e Deveres das Pessoas Usuárias da Saúde (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2017).

Nesta última Carta, na Quinta Diretriz, incisos XI e XIII, há expressamente o dever de adoção de “medidas preventivas para situações de sua vida cotidiana que coloquem em risco a sua saúde e da comunidade” e de desenvolvimento de “hábitos, práticas e atividades que melhorem a sua saúde e qualidade de vida”.

O que se pretende com os direitos humanos e com o SUS é cuidar a qualidade de vida, bem estar e a preservação da vida e da saúde. Sob esta égide, os usuários devem adotar uma postura preventiva, posto que o foco do direito à saúde é cuidar da saúde, e não das doenças e em métodos paliativos de tratar os sintomas e não a cura. Obviamente as doenças já existentes devem ser tratadas, e este também é um dos propósitos do SUS.

O modelo biomédico, centrado na doença e não na saúde, não mais tem espaço no panorama atual. A porta de entrada principal do SUS é a atenção básica, sendo o modelo atual adotado pelo SUS o assistencial de Atenção Primária com ênfase em condutas preventivas (SIMON, 2015, p.4) e na capacidade do doente proceder com o autocuidado das condições crônicas apoiado pelo SUS.

O Código Penal, conforme o seu artigo 13, § 2º, estabelece que o “dever jurídico incumbe a quem: (a) tenha por lei obrigação de cuidado; (b) de outra forma, assumiu a responsabilidade de impedir o resultado; (c) com seu comportamento anterior, criou o risco da ocorrência do resultado”.

A Lei Orgânica do SUS é expressa em determinar, em seu artigo 2º, caput, que o direito é um direito fundamental do ser humano, onde o Estado “deve prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”. Todavia, em seu parágrafo segundo, é determinante que não há somente o dever do Estado, tampouco que eventual falha do Estado exclui os deveres dos demais envolvidos nos interesses da saúde, dispondo que “O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.”.

Como visto, ao não observar as regras do SUS, o cidadão comete desrespeito a normas legais e éticas (BRASIL, 2009), algumas passíveis de multa e responsabilização, e muitas podendo incorrer inclusive em conduta criminosa, como crime de negligência – e maus tratos, caso envolva incapazes –; crime de epidemia, caso a pessoa adquira doença contagiosa por falta de imunização; crime de contágio de moléstia grave, etc.

Sobre a desobediência às normas e assunção de riscos, existem institutos do direito que definem tal conduta. Para alguns, tal postura é tida como dolo eventual,

para outros, culpa consciente. Em ambos os casos, o agente, ao realizar uma conduta, prevê o risco de ocorrer ofensa a um bem jurídico tutelado e continuando agindo, assumindo o risco da conduta, até que ocorre a ofensa. O que difere é a intenção do agente em produzir tal resultado. Para ambos os casos, o agente sabe que a conduta pode produzir um evento danoso para si ou outrem.

Ao não cumprir com as diretrizes do SUS, o cidadão não só assume o risco de dano, mas também coloca o direito humano à saúde em risco, dele próprio, de terceiros e da saúde pública, conduta que não pode ser tolerada pelo ordenamento jurídico e social brasileiro, tendo em vista que a vida, a saúde e a integridade física são bens invioláveis, indisponíveis e inalienáveis.

Pode incorrer também em crimes de perigo abstrato. Crime de perigo abstrato é aquele que é perpetrado contra a paz pública, o meio ambiente, a saúde pública, a segurança viária, a economia etc. Tal crime é justificável pelo fato de que vivermos numa sociedade que para seu desenvolvimento há a necessidade de assunção de maiores e novos riscos, por meio do Princípio da Precaução. Em contrapartida, o Direito impõe maiores deveres para as pessoas frente aos potenciais geradores de risco à sociedade, adiantando as barreiras da intervenção penal.

Já em casos em que o cidadão concorrer para um dano concreto, a si ou outrem, deverá responder solidariamente, pois objetivamente assumiu a responsabilidade ao perpetrar a conduta danosa. Casos como atropelamento, acidentes de carro, tentativas de homicídio, tortura, maus tratos, agressão, estupro, usuário de drogas que não concorda com a internação, dentre outros casos, devem ter coparticipação pelos custos de saúde advindos dos danos corporais e mentais ocasionados.

Em matéria civil, são diversas as abordagens, que podem inclusive gerar reparação vitalícia dos danos ocasionados. No Código Civil Brasileiro (CC) (BRASIL, 2002), a Responsabilidade Civil abarca o dever jurídico decorrente da violação de um dever jurídico originário que tenha gerado um dano (DINIZ, 2014, p.875). Conforme a Carta Magna, artigo 5º, inciso V, “é assegurado o direito de resposta, proporcional ao agravo, além da indenização por dano material, moral ou à imagem” (BRASIL, 1988).

Neste sentido, o CC de 2002 preconiza, no artigo 186, que “aquele que por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito ou causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito”, e no artigo 927, que “aquele que por ato ilícito, causar dano a outrem, fica obrigado a indenizar”.

E mais, conforme seu artigo 389, “Não cumprida a obrigação, responde o devedor por perdas e danos, mais juros e atualização monetária segundo índices oficiais regularmente estabelecidos, e honorários de advogado”.

Frise-se que o dano pode ser eminentemente moral. Descumprir uma Lei, mesmo que não gere um dano material objetivo, causa sérias complicações de ordem moral. Além do agente ter colocado objetivamente a sociedade em risco, sua conduta gera um sentimento de impunidade e de injustiça social aos demais membros da coletividade. Desta forma, conforme a Constituição e a Lei de Introdução às Normas de Direito Brasileiras, havendo dano à sociedade, o indivíduo tem o dever de ressarcir-la.

Sobre a exposição de riscos e sua assunção pelo indivíduo, o Estado vem incorporando uma nova postura diante de situações deste tipo. Um sinal dessa mudança é o Projeto de Lei (PL 362/19145) do deputado Alceu Moreira (MDB), apresentado no dia primeiro de fevereiro de 2019, que visa cobrar os danos ocasionados por motorista alcoolizado que causar acidente veicular com vítimas (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2019a). Os gastos de vítimas que forem encaminhadas a tratamento do SUS e assistência do Estado serão cobrados da pessoa que assumiu o risco e causou o acidente.

Sob a ótica de Alceu Moreira, quem por culpa ou dolo gerar ônus desproporcionais ao sistema de saúde, até em virtude do princípio da equidade, deve contribuir com valores adicionais (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2019b). Alceu Moreira ainda exara com propriedade que a sociedade não tem que pagar pela imprudência e irresponsabilidade das pessoas que assumem riscos grandes e desnecessários (BENFATTI, 2019).

Outro grande exemplo neste sentido é a nova Lei 13871/2019, de responsabilização do agressor doméstico a ressarcir o SUS por atendimento a vítimas.

As leis devem ser aplicadas sempre visando o seu fim social, como forma de desestímulo ao ofensor e aos demais que queiram perpetrar práticas similares, com a punição objetivando a pacificação social, a difusão da cidadania e a transformação dos comportamentos (CREMONEZE, 2011). Ademais, a lei não pode ser conivente com os infratores, acobertando seus prejuízos e fazendo a sociedade arcar com tais condutas danosas.

Considerando o caráter hipossuficiente do cidadão como usuário do SUS (BRASIL, 2009) e dos serviços do Estado (BRASIL, 2017b, p.43), o dever de cuidar da própria saúde e de realizar exames preventivos está positivado na própria Lei de diretrizes do SUS e nas normas correlatas (BRASIL, 2009; 2017; 2017b), como forma de fomentar a participação do cidadão no cuidado à própria saúde.

Exemplos de condutas mandatárias que geram consequências no descumprimento são as regras de trânsito, serviço militar, participação eleitoral, dentre outros, que permitem a suspensão de direitos, exaram multas, etc.

Apesar de normatizado, este dever não é de amplo conhecimento pela população, que quando questionada de sua responsabilidade na saúde aduz ser a sua saúde ser somente “dever do Estado”, posto ainda não possuir coercibilidade, sem a devida “responsabilização dos prejuízos” (COASE, 2008, p.3) no caso de descumprimento, algo que, como dito, vem sendo alterado aos poucos pelo governo.

Sobre a responsabilização dos prejuízos poder parecer um ato abusivo, “É necessário comparar o prejuízo causado com o bem gerado. Nada poderia ser mais “anti-social” do que obstar qualquer ação que causasse qualquer prejuízo a alguém” (COASE, 2008, p.29).

Traça-se aqui um paralelo com a experiência jurídica brasileira, a necessidade de conscientização da população e a obediência visando evitar punições. Um exemplo é a Lei do Capacete, que obrigou os motoristas de motocicletas a usarem este instrumento de proteção. Instituída em 1997, foi considerada “uma lei que não pegou” – mesmo com grande divulgação da necessidade de prevenção de danos, diminuindo drasticamente o risco com o uso de capacetes –, até que foram determinadas sanções pelo descumprimento:

O uso obrigatório do capacete é lei desde a edição do Código de Trânsito Brasileiro (CTB), em 1997. Ainda assim, sem qualquer fiscalização, essa não é a realidade para muitos motociclistas no Brasil. Tanto que o Ministério Público do Amazonas precisou firmar, em setembro, um termo de ajustamento de conduta (TAC) com a Prefeitura de Benjamin Constant e associações de mototaxistas para a utilização de capacete, tanto pelo profissional quanto pelos seus passageiros.

[...]

Estudo sobre segurança no trânsito divulgado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2009 mostra que usar capacete corretamente reduz em até 40% o risco de morte e em até 70% as chances de sofrer ferimentos graves na cabeça. Quando as leis sobre uso do capacete são efetivamente aplicadas, mais de 90% dos motociclistas passam a usá-lo, ressaltam as estatísticas da OMS. Mas é importante, como alerta a entidade da ONU, garantir a qualidade e seguir as especificações técnicas do equipamento. (SENADO FEDERAL, 2012).

Em resumo, neste capítulo foi demonstrada a obrigatoriedade das diretrizes em saúde decorrente das normas gerais brasileiras e a necessidade de adoção do modelo preventivo pela população, considerando a finalidade de proteção do indivíduo e da sociedade, bem como condutas atuais do cidadão frente às consultas preventivas e a necessidade de dotar tais regras de coercibilidade para que sejam obedecidas, com eventuais punições no caso de existir o serviço disponível e ocorrer descumprimento e descaso reiterados.

3. OS DEVERES FUNDAMENTAIS E A SAÚDE COMO UM DEVER DO CIDADÃO

3.1. Os deveres fundamentais oriundos dos direitos fundamentais

Como dito, existem duas dimensões do direito à saúde, a objetiva, relacionada à prestação do direito pelo Estado, e a de cunho subjetivo, relacionado aos direitos do cidadão frente a este mesmo direito. Sendo duas faces da mesma moeda, ambos os sujeitos de direito são também de deveres.

Desta forma, “Reconhecendo a dimensão jurídico-objetiva desses direitos, reconhece-se que o Estado está obrigado a agir, na medida do possível, para a realização desses direitos” (DUQUE, 2014, p. 123)”, ao passo que pode exigir, portanto, a realização por parte do próprio indivíduo.

Como direito subjetivo, o direito à saúde opera como fundamento de posições individuais e coletivas que têm como objeto, na “perspectiva negativa (defensiva), a proibição de tratamentos (encargos) em desacordo com as exigências” do próprio direito. Como “perspectiva positiva, opera como fundamento de direitos derivados” ao recebimento do próprio direito e ao acesso a ele (SARLET; SARLET, 2017, p. 206).

Isto quer dizer que a existência do direito subjetivo faz surgir também o dever subjetivo de preservá-lo e de cumprir as regras de direito existentes relacionadas a este direito. O direito subjetivo consiste, portanto, “na possibilidade de agir e de exigir aquilo que as normas de Direito atribuem a alguém como próprio” (NADER *Apud* BARCELLOS, 2015, p. 109).

Neste sentido, “A clássica concepção de direitos subjetivos públicos informa um poder atribuído por uma norma para ação do sujeito, ou seja, o poder para fazer valer o cumprimento de um dever existente” (DUQUE, 2014, p. 121), atribuindo uma pretensão negativa ao direito.

Gilmar Ferreira Mendes traz uma definição perfeita de deveres fundamentais:

a ideia de deveres fundamentais pode ser entendida como o ‘outro lado’ dos direitos fundamentais. Como ao titular de um direito fundamental corresponde um dever por parte de outro titular, poder-se-ia afirmar que o particular está vinculado aos direitos fundamentais como titular de um dever fundamental. Dir-se-ia que um direito fundamental, enquanto protegido, pressupõe um dever correspondente. (*Apud* BASTOS, 2002, p.276)

Um direito fundamental gera, para o próprio sujeito do direito, um dever fundamental de persegui-lo e preservá-lo, com a mesma força com que o exige, de forma inversa e proporcional. Assim, quando foi criado o direito social à saúde, surgiu também, de forma conjunta, um dever social à saúde, onde o sujeito de direitos passa a ter também deveres para com o direito.

Ao mesmo tempo em que o Estado social tem o dever de prover a saúde ao indivíduo e à sociedade, tem o indivíduo o dever de zelar pela própria saúde e pela saúde pública.

Ao considerar que todo direito pressupõe um dever, Adriano Martins (2014) traz uma assertiva primordial à relação Estado-cidadão:

Além do mais, os deveres sociais se caracterizam pelo respeito às normas morais, usos e costumes, solidariedade, lealdade, etc. Assim em uma coletividade de direito, o cidadão está garantido justamente pela obediência e execução dos deveres dos demais cidadãos com os quais partilhamos em comum à vida em sociedade.

[...] “todos que fazem parte da sociedade devem respeitar e exercer os direitos e deveres para chegarem ao bem comum, defendendo o ordenamento jurídico, moralidade jurídica em parceria com o Estado para honrar e defender a pátria. Neste aspecto a solidariedade e o bem comum, proveniente da cidadania têm reflexos dos direitos de 3º dimensão.”

Isto porque, além do fato de que todo direito pressupõe um dever, existem também a própria sociedade e a saúde pública³⁶, das quais o indivíduo faz parte como sujeito de direitos e deveres, onde a coletividade tem o condão de exigir condutas do cidadão que não venham a ferir os direitos de todos.

Os deveres fundamentais são o alicerce protetor dos princípios estruturais da Carta Magna, posto que os direitos definidos refletem os limites ao exercício destes (DUQUE, 2014, p. 103). Entretanto, ao contrário dos direitos, a Letra maior não possui uma lista de deveres fundamentais mas, mesmo sem previsão expressa, “deixam-se fundamentar no ordenamento, posto que se afirmam como pressuposto do próprio sistema, como o dever de lealdade à Constituição” (*Idem*, p.103-104).

Tanto os direitos quanto os deveres correspondentes devem viver em permanente simbiose (DUQUE, 2014, p.104), proibindo uma consideração isolada dos direitos, e servindo de pressuposto para a proteção dos bens jurídicos como vida, liberdade e propriedade. O fundamento dos deveres constitucionais residem na finalidade estatal específica, indispensáveis para a funcionalidade da coletividade (*Idem*, p.105).

³⁶ Vide restrição dada na Quarta Diretriz, inciso V. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2017.

Sob uma lógica aristotélica, ao ponderarmos que todo direito pressupõe um dever, deve-se reconhecer que para o cidadão, ao demandar o direito prestacional à saúde, surge à ele também o dever a zelar pela saúde (MARTINS, F.R., 2014, p.224-225):

[...] Há muito já fora sedimentado dogmaticamente a relevante divisão analítica da prestação (desdobrando-se no dever de prestar principal, acessório e anexo), ambiente em que se destaca a hiperatividade da boa-fé, atuante mediante poli deveres (dever de correção recíproco, dever de cooperação, dever de informação, dever de cuidado) e em etapas diferenciadas: pré-negociais, negociais e pós-negociais.

Neste sentido, os deveres conferem uma eficácia direta aos direitos, no sentido de uma “vinculação dos particulares aos direitos fundamentais” (MARTINS, F.R., 2014, p.105). Só o Estado pode fazer valer juridicamente um dever fundamental diante de determinado titular (*Idem*, p. 106).

Isto posto, considerando a subsunção das normas ao fato concreto, bem como o direito social à saúde, há que se considerar: i) a premissa maior, ou a saúde como direito social, como fórmula legal, ii) a premissa menor, o fato, ou o direito individual a ter a saúde; iii) a conclusão, que é a consequência jurídica, como a necessidade de união de todos os sujeitos e fatores para que o direito seja tutelado e o objetivo seja concretizado (BASTOS, 2014, p.191).

Com a ponderação jurídico-fundamental de direito fundamental associada com caráter de regra, atribuindo um “status jurídicospositivo” (LUÑO, 2013, p.26) aos direitos sociais, combinado com regras e princípios, concebe como resultado uma norma de direito fundamental e a conduta de forma subjetiva.

A partir dessa conexão de elementos, extrai-se que a conduta de um titular de direitos não precisa estar expressa na Constituição, mas tem previsão intrínseca e obrigatória conforme o direito fundamental positivado.

3.2. Do Dever à Saúde oriundo da estrutura dos direitos fundamentais na Carta Magna e a Sociedade como titular do Direito à Saúde

O direito fundamental à saúde possui caráter imperativo, pois este tem

carga de perfilhação normativa, porque afirmado por princípio com função deontológica (dever-ser) e eficácia direta e imediata, já que elencado na Constituição Federal, como verdadeira tábula valorativa de fixação do projeto de vida comum dos cidadãos (MARTINS, F.R., 2014, p.221).

Ou seja, “do texto normativo vislumbra-se tanto dever como direito com conteúdo coincidente (direitos-deveres ou deveres-direitos)” (MARTINS, F.R., 2014, p. 243).

Importante salientar que os deveres fundamentais não precisam estar descritos de forma expressa, pois sua carga normativa é o reflexo dos direitos exarados. Diante dos direitos existentes na Constituição,

“os deveres fundamentais constituem uma categoria constitucional própria, expressão imediata ou directa de valores e interesses comunitários diferentes e contrapostos aos valores e interesses individuais consubstanciados na figura dos direitos fundamentais” (MARTINS, F.R., 2014, p. 229).

Uma reflexão se faz necessária quanto à estrutura e divisão dos direitos fundamentais na própria Constituição. Esta foi elaborada de modo a, em seu Título II, dispor os Direitos e Garantias Fundamentais em 5 capítulos, de acordo com sua essência e objetivos principais a serem perseguidos:

- 1) Direitos individuais e coletivos, ligados ao conceito de pessoa humana, ou seja, *prima facie*, de seara individual;
- 2) Direitos sociais – *onde está inserido o Direito à Saúde* –, cuja finalidade é a melhoria das condições de vida de todos para o alcance da chamada igualdade social, de seara inicialmente coletiva;
- 3) Direitos de nacionalidade, que versa sobre o vínculo do indivíduo como parte do povo brasileiro;
- 4) Direitos políticos, cujos direitos públicos subjetivos permitem ao indivíduo exercer sua cidadania e a participação na vontade política do Estado;
- 5) Direitos relacionados aos partidos políticos.

As divisões trazem em seus bojos, portanto, a natureza de cada tipo de Direito Fundamental, descrevendo objetivamente o que se deseja tutelar. Frise-se que a Saúde é melhor abordada no título que trata da Ordem Social, visando o bem social (da sociedade), sendo postulada a partir do artigo 193, em especial no artigo 194 e nos artigos 196 a 200.

Cumprе apontar que a Saúde, sob o ponto de vista natural, é parte inerente à constituição do próprio ser humano, e ao próprio direito à vida, antecedendo à própria formação do Estado e da sociedade. Todavia, ao enxergar a tutela da Saúde

como obrigação do Estado e como um direito social, a perspectiva individual diante deste direito também muda.

Isto porque, ao demandar um dever do Estado sobre o seu direito humano fundamental, o sujeito passa a possuir um direito humano de “conteúdo variável” (ROSS, 2000, p. 296-297), onde perde suas características iniciais, pois sofreu uma alteração histórico-sociológica quando foi positivado, perdendo a sua pureza originária, gerando liberdade condicionada.

Respeitando a subdivisão estrutural constitucional a que a Saúde pertence, ao defini-la como um Direito Social, o primeiro sujeito da Saúde é a pessoa quanto parte da sociedade, e não a pessoa quanto indivíduo. Sob esta perspectiva, o direito à saúde objetivo, apesar de possuir esferas autônomas inter-relacionadas, é protegido visando o fim social, de forma coletiva, para então ser exercido diretamente por meio de cada cidadão de forma individual.

Frise-se, os direitos sociais, como o direito à saúde, possui a finalidade de melhoria das condições de vida de todos para o alcance da chamada igualdade social³⁷, de seara inicialmente coletiva, pois objetiva primeiro o fim coletivo e então os meios individuais para concretizá-lo (WANDERLEY, 2007, p.66).

Pode-se traçar um paralelo com o raciocínio exarado na Constituição de Portugal (CANOTILHO, 2003, p.420):

Direitos fundamentais de pessoas colectivas
Nos termos do artigo 12.º /2, << as pessoas colectivas gozam dos direitos e estão sujeitas aos deveres compatíveis com sua natureza>>.

Canotilho, ao discorrer sobre as pessoas colectivas de direito público, desenvolve um pensamento que valida o fato que a sociedade possui plena capacidade de ser titular direta do direito à saúde, em prol da coletividade, e não o condão de agir visando unicamente o benefício do indivíduo:

Ao reconhecer-se <<às pessoas colectivas direitos compatíveis com a sua natureza>>, pretende-se não apenas que se tenha em conta a <<essência>> da pessoa colectiva em causa (pessoa colectiva dotada de personalidade jurídica, pessoa colectiva sem personalidade jurídica, pessoa colectiva de substrato pessoal como as associações, ou de substrato patrimonial como as fundações, pessoa colectiva de direito público ou pessoa colectiva de direito privado.

³⁷ Para entendimento dessa ótica, é necessário discernir a questão social latino-americana de acordo com a sua inserção espaço-temporal e as forças envolvidas. A demanda surge pela formação nacional e vai se desdobrando e se problematizando nos grupos coletivos, para então chegar ao indivíduo. A questão social tenta equacionar o problema para o viés social, torná-lo público e transformá-lo em demanda política de igualdade, um dos pilares principiológicos do país.

Por pessoas colectivas entendem-se aqui diferentes <<unidades organizatórias>>: pessoas colectivas nacionais e estrangeiras e pessoas colectivas de direito privado e direito público (associações, fundações). A extensão dos direitos e deveres fundamentais às pessoas colectivas (pessoas jurídicas) significa que alguns direitos não são <<direitos do homem>>, podendo haver titularidade de direitos fundamentais e capacidade de exercício por parte de pessoas não identificadas com cidadãos de <<carne e osso>>. (CANOTILHO, 2003, p. 421).

Os direitos fundamentais coletivos possuem somente a distinção prática entre a “titularidade” e a “capacidade” de direitos. Estes possuem o “escopo direto de tutela de formações sociais, garantidoras de espaços de liberdade e de participação no seio da sociedade plural e conflitual”, podendo ainda serem caracterizados como de “exercício” coletivo, onde a “titularidade é individual, mas cujo exercício só coletivamente se pode afirmar” (CANOTILHO, 2003, p. 424).

Desta forma, o que aparentemente é um direito subjetivo, na verdade possui classificação diferenciada, tornando-se um direito objetivo social a ser exercido de forma subjetiva, gerando um dever reflexo por parte do cidadão de zelo ao direito objetivo.

Sendo um direito difuso, a saúde “social”³⁸ surge na concepção atual de Estado como forma de explicar a natureza do direito fundamental tutelado e sua origem reflexa ao direito à saúde.

Frise-se que o direito objetivo é um conjunto de normas que regulam o comportamento humano, de modo obrigatório.

Sobre o dever ser reflexo, este é amparado pela Escola Positivista de Oxford (MARTINS, F.R., 2014, p. 223):

[...] a Escola Positivista de Oxford capitaneada por John Austin, parte da severa indicação de que direitos subjetivos e deveres são mandados que provêm de uma comunidade política independente, sendo que o direito subjetivo de um interessado apenas tem assento no dever de fazer ou não fazer da outra parte; portanto, o dever é *reflexo* do direito subjetivo.

Tal raciocínio é fundamental para demonstrar que, conforme repartição do próprio constituinte, o cidadão possui o dever à saúde para com a sociedade, oriundo do direito à saúde social existente, devendo zelar pelo bem social de todos, que, junto dos demais cidadãos, perseguem um objetivo comum como povo brasileiro.

³⁸ Termo desenvolvido traçando-se um paralelo com a Liberdade Política definida por Montesquieu. Vide p. 69 deste trabalho.

A própria liberdade é derivada de uma autorização normativa que também imputa deveres (MARTINS, F.R., 2014, p.223), conforme limites estabelecidos em lei. “Neste sentido, o caminho entre a liberdade e a responsabilidade é de mão-dupla, o que confere concretude na demonstração de que direitos fundamentais e deveres fundamentais representam, cada qual no seu lado, a mesma moeda” (Idem, p. 231).

Seria como considerar o mecanicismo³⁹ (FREZZATTI JR., 2003) da relação social, onde há o “poder sendo limitado pelo próprio poder” (BUENO; RIVERO, 2011): os indivíduos são tidos como partes de uma engrenagem que, por si só, não podem tomar decisões que venham a prejudicar as demais peças, inclusive a si próprio quanto peça. Todas as peças possuem igual valor e, por sua vez, possuem o compromisso de fazer a máquina andar e de funcionar cada vez melhor.

O artigo 3º da Constituição Federal (BRASIL, 1988) traz os objetivos fundamentais da República. Dentre eles, está elencado o objetivo de construir uma sociedade livre, justa e solidária; garantir o desenvolvimento nacional; erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais; e promover o bem de todos. A saúde e qualidade de vida estão intrinsecamente ligados à preservação da vida, sendo elemento essencial para sua existência, e conexo a todos os objetivos ali pautados.

Desta forma, conclui-se que sob a ótica constitucional da saúde, todos se coadunam para a promoção e desenvolvimento deste bem comum, dos interesses da sociedade e da preservação da saúde pública.

3.3. Das demais normas expressas de onde decorre o Dever à Saúde por parte do cidadão

Os próprios princípios que norteiam a Constituição Federal (BRASIL, 1988) e leis aplicáveis à Saúde e ao SUS (BRASIL, 2009; 2017; 2017b) acabam por demonstrar os deveres dos cidadãos à saúde e a necessidade de seguir as diretrizes em saúde, principalmente no que concerne ao autocuidado.

A Constituição Federal (BRASIL, 1988) traz, em seu artigo 6º, direitos sociais constitucionais tutelados, dentre eles a saúde. Aponte-se que a redação descreve os direitos, não determinando os sujeitos de forma restrita.

³⁹ Traça-se um paralelo com teorias mecanicistas existentes, que em geral defendem que tudo está interligado.

A saúde, portanto, é assegurada constitucionalmente tanto de modo coletivo quanto individual, o que traz uma mudança de perspectiva dos sujeitos interessados para pleitear a observância do direito. Tal redação gera uma via de mão dupla, onde um mesmo sujeito da relação pode obrigar e ser obrigado a preservá-lo.

Em seu artigo 196, determina a saúde como direito de todos e dever do Estado. Todavia, a redação não exclui a responsabilidade do cidadão frente a este direito. Assim, “o sujeito não perde a responsabilidade de cuidar de sua saúde e de contribuir para a saúde coletiva.” (SILVA, M.E.A., 2017, p.9).

Em seguida, no artigo 197 (BRASIL, 1988), traz a relevância das ações de saúde, mas não delimita o Ente Estatal como único sujeito das ações, tampouco o serviço público como único provedor de serviço de saúde. Na verdade, a redação da Carta Magna abre o campo de responsabilidade de execução das ações em prol da saúde para todas as pessoas, tanto públicas quanto privadas, tanto físicas quanto jurídicas, deixando aberto o que pode significar o termo “ações de saúde”.

Em nenhum momento, a Constituição Federal, ao definir a saúde como obrigação do Estado, excluiu o dever do cidadão frente a esta obrigação. Na verdade, em seu artigo 194, salienta a participação da sociedade como forma de assegurar os direitos relativos à saúde:

Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. (BRASIL, 1988).

Neste momento é importante esclarecer o papel da Seguridade Social, que surge juridicamente para “satisfazer as necessidades básicas do homem [...], como resposta aos anseios sociais” (SANFELICE, 2002, p. 14).

Seguridade social consiste, portanto, em “*fornecer proteção que garanta os mínimos vitais*, isto é, a proteção das necessidades básicas que, se não supridas, comprometem a existência digna do indivíduo e de sua família” (STRINGARI, 2009, p.93), sendo esta um “sistema (organizado pelo Estado) de ações destinadas a garantir medidas de segurança social em face de riscos que retirem a capacidade de subsistência das pessoas” (Idem).

A Seguridade Social, bem como a Saúde, possuem um estreito vínculo com o Princípio da Solidariedade, sendo este o

“[...]sentido moral que vincula o indivíduo à vida, aos interesses e às responsabilidades de um grupo social, duma nação, ou da própria

humanidade [...] unidas por interesses comuns, de maneira que cada elemento do grupo se sinta na obrigação moral de apoiar o(s) outro(s)". (FERREIRA *Apud* SANFELICE, 2002, p.11-12).

Já em seu artigo 198, III, a Constituição (BRASIL, 1988) elenca a participação da comunidade como fator fundamental às ações e serviços públicos de saúde.

À interpretação Constitucional, somam-se as normas e diretrizes do SUS, como a Lei que institui o SUS (BRASIL, 1990), em seu artigo 2º §2º, que expressamente aponta que o dever do Estado não exclui dever à saúde das pessoas e da sociedade:

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Outras normas corroboram a participação popular como fator primordial para que o Sistema funcione bem, principalmente a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (BRASIL, 2009), que observou, para elaboração, as atribuições do Ministro de Estado da Saúde previstas no inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição e os arts. 6º e 196 da Constituição Federal.

Esta Carta definiu, com clareza, os seis Princípios basilares dos direitos e deveres do cidadão usuário do SUS, que lhe asseguram o direito básico ao ingresso digno nos sistemas de saúde, sejam eles públicos ou privados. São eles (BRASIL, 2009, p.3-4):

1. Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde.
2. Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema.
3. Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação.
4. Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos.
5. Todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada.
6. Todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos.

A Carta foi atualizada pelo Conselho Nacional de Saúde, que publicou a Carta dos Direitos e Deveres das Pessoas Usuárias da Saúde (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2017).

Na Terceira Diretriz da Carta (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2017), §1º, os direitos e deveres dos usuários possuem a mesma visibilidade dos trabalhadores do SUS.

Já na Quinta Diretriz da Carta (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2017), “toda pessoa tem responsabilidade e direitos para que seu tratamento e recuperação sejam adequados e sem interrupção”. Segundo o inciso X, as pessoas deverão cumprir as normas dos serviços de saúde que devem resguardar todos os princípios da Resolução. Em destaque:

[...]

Inciso IV - informar ao profissional de saúde ou à equipe responsável sobre qualquer fato que ocorra em relação a sua condição de saúde; [...]

Inciso XI - adotar medidas preventivas para situações de sua vida cotidiana que coloquem em risco a sua saúde e da comunidade; [...]

Inciso XIII – desenvolver hábitos, práticas e atividades que melhorem a sua saúde e qualidade de vida. [...]

Ademais, os próprios Princípios constitucionais, direitos e deveres correlatos já abordados são de suma importância para o direito à saúde, posto que constroem todo o ordenamento jurídico, sendo peças fundamentais para a persecução dos direitos. São altamente relevantes, portanto, para o Dever à saúde, que nasce de forma reflexa ao Direito à saúde, gerando a necessidade de observância dos mesmos princípios e regras para alcance de sua finalidade.

Considerando todos os pressupostos e vieses apontados neste trabalho, são muitos os deveres do indivíduo relacionados à saúde, como, mas não limitados a:

- (i) decorrente da DUDH e da Constituição, o dever de agir em conjunto com o Estado na promoção e proteção da saúde, tanto própria quanto dos demais;
- (ii) decorrente da DUDH, OMS e Constituição, o dever de obedecer as leis, regras e diretrizes relacionadas à saúde que existem, em especial, mas não limitado a, às do âmbito do SUS, que possuem como fonte as diretrizes internacionais;

- (iii) decorrente das leis e Princípios do SUS, o dever de cuidar preventivamente da sua saúde, bem como de agir em conjunto com o Estado para o sucesso dos tratamentos;
- (iv) decorrente das leis do SUS e dos direitos derivados da Saúde, como o Direito Sanitário e o Ambiental, o dever de não prejudicar a sua saúde e a de outrem, adotando hábitos tidos como saudáveis conforme diretrizes de saúde;
- (v) o dever de participar direta e indiretamente da gestão da saúde e na gestão das normas relacionadas;
- (vi) decorrentes de todas as regras, leis e princípios que versem sobre conduta do cidadão, o dever de não ferir o próprio direito, o direito do outro e da coletividade, de forma ativa ou omissa, bem como
- (vii) o dever de não se expor e não expor o outro a riscos excessivos, de forma direta ou indireta.

Desta forma, resta comprovada a existência de diversos deveres decorrentes da Constituição, dos Princípios e das normas já citadas, bem como deveres objetivos intrínsecos à concepção do Estado, do Indivíduo e da Sociedade que devem ser considerados.

3.4. Do Dever à Saúde sob a ótica da responsabilidade social

A jurista portuguesa Maria do Céu Patrão Neves (2009, p.1) e outros autores como Hanz Jonas defendem que a responsabilidade não mais se restringe apenas à esfera individual, mas ganha uma dimensão coletiva, estendendo-se à comunidade e ao próprio Estado, sendo "solicitude, reconhecido como dever", em face da ameaça da vulnerabilidade do outro. O sentido da responsabilidade moral não é só o da imputabilidade do indivíduo pela ação realizada, mas o do dever da humanidade em relação a si própria.

Conforme a jurista (NEVES, M.C.P., 2009, p.1), há três níveis diferentes de responsabilidade moral à saúde, onde o direito não se compadece com atitudes de passividade (não dispensando ninguém de agir), e exige a implementação de ações conjuntas aos três níveis:

1) a responsabilidade pessoal, onde o indivíduo deve responder por sua saúde no que ela depende de si, considerando as instituições que a financiam;

2) a responsabilidade social (cívica), entre os indivíduos na sua existência comunitária, onde devem reconhecer que a saúde não resulta de um processo puramente individual, sendo um projeto social que exige o concurso de todos;

3) a responsabilidade política ou governativa, nas relações do Estado com os indivíduos ou com a comunidade (que não corresponde meramente à inversa da primeira, numa relação recíproca), que deve assumir que este projeto social só poderá ser implementado por meio de um Sistema Nacional de Saúde, no cumprimento da missão dos governantes de proporcionar bem-estar aos cidadãos.

Além da necessidade de ação por parte dos governantes, por meio de prestação de serviços e políticas públicas eficientes, é primordial a ação da população. Frise-se que o Estado e seu sujeito-objeto principal tutelado – a nação brasileira – possuem uma relação simbiótica, ou seja, uma inter-relação tão íntima entre os organismos envolvidos, em que esta reciprocidade se torna obrigatória.

Neste sentido, em análise do direito à saúde, Canotilho e Moreira (1984, p.342) expandiram o conceito e sua abrangência. Tal direito possui duas outras vertentes: a primeira de natureza negativa, que reflete no direito a exigir do Estado (ou de terceiros) que se abstenha de qualquer ato que prejudique a saúde; e a segunda de natureza positiva, que consiste no direito às medidas e prestações que visem a prevenção das doenças e o tratamento delas.

Os Princípios jurídicos norteiam toda a relação das partes interessadas. Para Larenz (2001, p.33), princípios definem um marco que norteará o desenvolvimento da regulação, possuindo função positiva para determinar os valores a serem perseguidos pelo direito positivo e pelas partes que usufruírem das normas. Como função negativa, excluem valores que sejam opostos, regras e condutas derivadas de tais valores.

Nesta ótica, há um equilíbrio entre as partes, o cidadão possui tanto o direito à saúde quanto o dever à saúde, e o Estado não é mais o único responsável na persecução deste bem social. Não é excluir responsabilidades do Estado, mas sim equalizar direitos e deveres do cidadão brasileiro, demonstrando que existe o dever reflexo do cidadão de zelar pela sua saúde e a do próximo, de modo ativo, preventivo, reparativo, e inclusive, tomadas as devidas proporções e considerando as peculiaridades da questão, de modo concorrente ao dever do Estado.

Ressalte-se que a responsabilidade final não é descolada do Estado, mas sim solidária, posto que um é conexo ao outro. O dever contraposto do direito à saúde não aparece como forma de condição do acesso à saúde, mas sim como uma justaposição ao dever prestacional demandado.

Uma vez que há o direito à Saúde individual, e em contrapartida existe o dever do Estado – conjunto de tutelados que compõe a Sociedade – em provê-lo, o Estado, ao mesmo tempo, possui o direito à Saúde dos diversos tutelados, e o indivíduo, em contraposição, possui o dever de tutelá-lo.

Sendo a Saúde um Direito Humano, o dever do cidadão de tutelar o Direito à Saúde possui guarida nos seus Princípios Fundamentais, em especial no Princípio da Irrenunciabilidade dos Direitos Humanos.

É dever do Estado proteger os Direitos Humanos, ao mesmo tempo que o indivíduo não pode abrir mão deles, seja de forma ativa ou omissa. Juridicamente, é vedado ao indivíduo abrir mão de seus direitos fundamentais, expressa ou tacitamente. Este não pode deixar de gozar de sua tutela jurídica, pelo não-exercício, ou deixar de exercê-la.

Junto ao Princípio da Irrenunciabilidade, vêm outros Princípios Fundamentais a embasar o Dever à Saúde, como o da Inalienabilidade e o da Imprescritibilidade, demonstrando que os direitos fundamentais são intransferíveis, inegociáveis e indisponíveis.

Por fim, interessante refletir sobre os apontamentos de Drauzio Varella e a necessidade de participação ativa da população na saúde. Este assevera que “o Brasil é o único país com mais de 100 milhões de habitantes que declara a saúde como direito do cidadão e dever do Estado, resultando no alto custo da saúde pública” (VARELLA, 2019), e ressalta a necessidade de ouvir o quanto antes todos os interessados, no intuito de racionalizar os gastos com o SUS, atitude mandatária para evitar que o nosso sistema de saúde seja arruinado:

Com a falta de programas de prevenção para reduzir o número de doentes, o envelhecimento dos brasileiros e a incorporação de novas tecnologias a tendência dessa conjuntura perversa é ficar pior.

Nosso sistema de saúde precisa com urgência de um pacto social capaz de ouvir autoridades públicas, usuários, representantes da saúde suplementar e do poder Judiciário, hospitais, médicos e a indústria farmacêutica, para adotarmos estratégias de medicina preventiva e chegarmos a consensos que permitam racionalizar custos, evitar desperdícios, dificultar a corrupção e disciplinar a judicialização, que impõe gastos muitas vezes injustos para o SUS e para os planos de saúde.

Sem esse entendimento, o sistema vai se esfacelar. De que adiantará jogarmos a culpa uns nos outros? (VARELLA, 2019).

Assim sendo, tanto o indivíduo quanto o Estado possuem a responsabilidade social de zelar pelo direito à saúde.

3.5. Do dever de comprometimento pessoal como fator essencial à persecução do direito à saúde

O indivíduo também tem o dever moral de observar e cuidar da própria saúde. Sobre este dever a jurista portuguesa Maria do Céu Patrão Neves (2009, p.2) discorre com propriedade, aduzindo que, “no âmbito da prestação de cuidados de saúde, a responsabilidade moral é entendida quase exclusivamente como uma responsabilidade pessoal, isto é, o dever que cada um tem de cuidar de sua saúde”.

Dito isto, o Dever à Saúde passa a contribuir para a efetivação do Direito à Saúde, fundamentando-se pelo Princípio da Participação e pelo Princípio da Responsabilidade Moral, que se destacam neste contexto “como a obrigatoriedade que todos têm de concorrer para o seu bem-estar e promover o bem comum” (NEVES, M.C.P., 2009, p.2).

O Princípio da Responsabilidade Moral baseia-se nos princípios éticos da Dignidade Da Pessoa Humana, exigindo igual respeito por todos, e no próprio Princípio da Participação, exigindo o esforço de cada um pelo bem da comunidade. Tal Princípio possui um caráter triplo:

- 1) à adoção de comportamentos que promovam a saúde;
- 2) à conscientização da finitude do homem e dos limites inerentes a toda a expressão humana;
- 3) à realização de escolhas ponderadas.

Existe uma frase atribuída a Hipócrates, pai da medicina, perfeita para compreensão de tal premissa: “Antes de curar alguém, pergunta-lhe se está disposto a desistir das coisas que o fizeram adoecer”.

Ou seja, a cura de um indivíduo está intrinsecamente ligada às ações, decisões e vontade que aquela pessoa possui de realmente melhorar. Não adianta tratar os sintomas se a origem dos problemas continuar a fazer parte da rotina do cidadão, pois os problemas continuarão a aparecer.

Psicologicamente, tem-se a noção que o “*self* é a função organizadora dentro do indivíduo, e a função pela qual um ser humano pode se relacionar com outro” (STAPLEY, 2011, p.40). É necessária, portanto, a vontade do próprio indivíduo para a persecução do bem à saúde dele e da sociedade, bem como adquirir a percepção de que o indivíduo constitui a realidade, ao invés de apenas esbarrar nela.

Desta forma, ao sujeito resta obrigatória a obtenção de consciência de seus atos, para que isto reflita nas suas atitudes, de modo que o cidadão venha a assumir seu papel na sociedade, de acordo com os valores perseguidos pela coletividade que deverão nortear suas escolhas (STAPLEY, 2011, p.62-63).

Alterar a percepção do indivíduo como parte essencial à persecução do direito à saúde faz com que, conseqüentemente, ocorra uma mudança de comportamento, considerando “comportamento como o conjunto das reações da pessoa objetivamente observáveis do exterior” (SAINT-ARNAUD, 1984, p.11), suprimindo a sua necessidade situacional de compreender o seu papel na persecução dos seus interesses e dos demais, reconstruindo e fomentando adequadamente a sua estrutura motivacional (Idem, p.47).

Isto quer dizer que, ao reconhecer seu papel na sociedade, o indivíduo passa a agir nos interesses seus e da coletividade, pautando suas decisões com base nisso. Assim, passará a adotar uma postura preventiva quanto à sua saúde, por exemplo, evitando ações que prejudiquem a si e aos demais. Compreende, assim, que o Estado não é seu inimigo, ao contrário, ele assume seu papel como parte integrante do Estado.

Antropologicamente, houve uma segregação da compreensão dos direitos corpóreos do homem da própria concepção de alma do indivíduo. Todavia, os direitos positivados, o corpo do indivíduo, a sua mente e vontades devem agir em conjunto, posto que o objetivo comum final é a própria preservação e bem estar do homem. Dessa forma:

Ao separar corpo e mente, a ciência reduziu o primeiro a meras experiências de treinamento e repetição; a segunda, a circuitos neuronais especializados. Se qualquer mudança de paradigma terá de se empenhar em religá-los, na contracorrente das fragmentações, o segredo da vida permanece em aberto, isso porque a hominização se processa sempre por meio de desvios e reequilíbrios, desordens e reorganizações, envolvendo múltiplas ações e retroações entre natureza e cultura, local e global, contingente e necessário, autônomo e heterônomo.

Se esse pressuposto for assimilado por todos, passaremos a ser sujeitos hominescentes, responsáveis incandescentes pelo advendo de uma sociedade-mundo solidária, regeneradora da dignidade humana do planeta, nossa habitação comum, nossa Terra global. (CARVALHO, E.A., 2007, p.19).

Sob o ponto de vista biomédico (NEVES, M.C.P., 2009, p.2), é impossível tutelar de forma incondicional a saúde humana, com o risco de, ao não fazê-lo, criar uma realidade utópica onde toda e qualquer necessidade de saúde teria que ser satisfeita, resultando no prolongamento indefinido da vida.

Outrossim, Neves discorre que a responsabilidade moral do indivíduo frente à saúde possui um duplo sentido: prospectivo e retrospectivo. Como prospectivo, a atribuição da responsabilidade pela saúde é individual, e pode e deve influenciar o estilo de vida do ser, na justa medida em que condiciona o seu estado de saúde; no retrospectivo, a pessoa pode vir a ser culpabilizada por seus problemas de saúde (NEVES, M.C.P., 2009, p.1).

Isto porque a Saúde advém de cada cidadão, de forma subjetiva. Assim, o processo de manutenção da saúde precisa do cidadão para que efetivamente se inicie e ocorra da melhor forma.

Maria do Céu Patrão Neves (2007) defende que há um “dever pessoal” de cuidar da própria saúde quando o indivíduo se encontra na condição de doente. Sob esta perspectiva, aduz que os interesses do doente são a expressão de um interesse pessoal, e do saudável a expressão de um interesse social. A pessoa quanto doente se torna parceira dos profissionais de saúde, pois ambos possuem o objetivo comum de restauração da saúde, de modo concreto.

A jurista (NEVES, M.C.P., 2007, p.8 e 9) lista uma série de Deveres da Pessoa Doente, para que a pessoa doente se torne parceira do profissional de saúde, argumentando que “a assunção dos deveres compromete o doente como parceiro do processo terapêutico e atribui-lhe responsabilidade, bem como contribuem para o estabelecimento de relações simétricas com os profissionais de saúde”:

1. O doente tem o dever de zelar pelo seu estado de saúde
2. O doente tem o dever de fornecer aos profissionais de saúde todas as informações necessárias
3. O doente tem o dever de respeitar os direitos dos outros doentes
4. O doente tem o dever de colaborar com os profissionais de saúde
5. O doente tem o dever de respeitar as regras de funcionamento dos serviços de saúde
6. O doente tem o dever de utilizar bem os serviços de saúde e de evitar gastos desnecessários

Assim, o comprometimento pessoal do indivíduo, tanto como indivíduo quanto como doente, é essencial para a efetivação do direito à saúde.

3.6. Do dever do cidadão como fonte do direito à Saúde

Em consonância ao modelo democrático adotado pela nação, a perspectiva de ação do cidadão deve ser enfatizada, passando de último na cadeia de produção das normas, ou mero obediente das normas, para fonte material direta da norma, possuindo o dever de atuar no processo dinâmico de criação das leis para que estas possuam legitimidade.

A primeira premissa deste dever advém do homem como ponto de partida biológico. Conforme Georges Canguilhem e a sua Teoria da Normatividade Vital (NEVES, PORCARO, CURVO, 2017, p.633), não são as individualidades biológicas que se adequam ou se afastam das normas, mas sim a individualidade biológica enquanto potência de criação de novas formas que produz o processo de sua normatividade.

E, por isso, o indivíduo tem o dever em ajudar a detectar tais demandas novas, seja reportando seu estado de saúde e doenças, seja participando ativamente do processo criativo das normas, posto que é do seu próprio interesse a adequação das normas às novas realidades, permitindo a detecção, controle e cura das doenças.

Outrossim, existe a visão de fontes sob a perspectiva de abordagem comum do direito. Neste sentido, as fontes do direito da saúde são muitas. Em princípio, há uma subdivisão entre fontes formais e materiais.

Nas fontes formais, há fontes heterônomas, que geram normas cuja formação é materializada através de um terceiro, normalmente o Estado, sem participação imediata dos destinatários principais, como os Tratados, documentos e orientações internacionais de órgãos como a Organização Mundial de Saúde, a Constituição, Leis, Decretos, Resoluções do SUS, Normas de Agências Reguladoras, além de normas das demais áreas que impactem direta ou indiretamente na Saúde; e autônomas, com a participação imediata dos destinatários das regras produzidas sem interferência direta do agente externo, como os costumes e as práticas alternativas de saúde:

Outro aspecto é a variedade cultural existente no Brasil. De norte a sul, de leste a oeste, uma incrível mistura de raças e culturas nativas e importadas contribui com saberes para o processo saúde doença, ou melhor, - bemestar/mal-estar. Recorda-se que o modelo biomédico ocidental, ao longo dos séculos, foi esmagador sobre o vasto arsenal cultural deste processo. Assim, impediu-se, muitas vezes, por bem da ciência (ou "por ordem médica"), ligações entre os indivíduos e suas raízes culturais mais profundas - e soube-se proibir muito bem!

Não se trata aqui de colocar em campos opostos o saber médico (antibiótico) e o saber da benzedeira (ecológico), mas observar que a busca do simbólico foi o fundamental elemento na relação terapêutica em todas as culturas e parece ter sofrido sérias fraturas no modelo de assistência à saúde (ou a doenças?) em nossos dias. A procura desta relação no que se passou a chamar de ~ práticas alternativas~ remete à pergunta: o que é tradicional e o que é alternativo – 1000 anos de acupuntura ou 50 de antibióticos? A resposta para tal questão deve demonstrar nossa explanação. (CUIDAR EM SAÚDE, 1998, p.449).

Como fontes materiais, vem o indivíduo, a sociedade e os diversos grupos de usuários do SUS, com a sua participação direta ou indireta, por meio do próprio indivíduo pela sua interação em grupos sociais.

Weber aduz que a participação do indivíduo como fonte é parte fundamental para a formação social:

[...] Se, nestes casos, o sociólogo considera o agir modificado em sociedade como uma “continuação da antiga formação social”, ou como uma “nova formação social”, isso depende dos seguintes elementos: 1) da continuidade das transformações, 2) do alcance relativo dos regulamentos antigos que continuam válidos empiricamente sob a forma de um agir que se orienta neles, e 3) da continuação dos órgãos do grupo. (WEBER, 1995, p. 329).

Neste sentido, Bobbio (2000) defende que o jurista deve considerar a dinâmica das relações entre as variadas forças sociais em detrimento da letra morta da lei, posto que o direito é, em essência, um fenômeno social. O sistema deve ser dinâmico e mutável, posto que a base são as relações sociais.

Considerando os aspectos apresentados no presente item, resta evidente que há o dever de atuar no processo dinâmico de criação das leis para que estas possuam legitimidade, sendo a participação ativa do indivíduo essencial como fonte do direito à saúde, permitindo refletir as necessidades do povo e adequar as diretrizes existentes.

CONCLUSÃO

Após o reconhecimento dos direitos humanos, a saúde foi elevada ao patamar de direito fundamental. O direito à saúde no Brasil foi introduzido com este enfoque a partir da Constituição Federal de 1988, como direito social e dever do Estado.

Sob a visão de Estado prestacional e a aceção de acesso universal aos direitos sociais fundamentais, com base no princípio da universalidade justificando o acesso pleno, a saúde é tida como direito absoluto pelo cidadão, sem que haja ponderação e obrigatoriedade sobre os deveres fundamentais oriundos deste direito.

A coletividade continuamente reivindica direitos sociais sem que reconheça a sua parcela de atribuições, transferindo toda a responsabilidade para o Estado e adotando uma postura contra o próprio Estado. Ignora o fato de que é parte integrante e indissociável do Estado, porquanto este é constituído sob a forma democrática e republicana. Logo, ambos são parceiros e possuem interesses comuns, não sendo o indivíduo um inimigo do governo, mas sim parte dele.

Os direitos fundamentais possuem carga de perfilhação normativa. Dos direitos se originam deveres fundamentais, sendo norteadores de conduta, como forma de preservar o direito tutelado. Mesmo que não expressos na Constituição, os deveres são imperativos e têm previsão intrínseca e obrigatória conforme o respectivo direito fundamental positivado, nos limites estabelecidos em lei. Desta forma, todo sujeito é detentor de direitos e deveres relacionados à saúde.

Todos os atos de um indivíduo refletem diretamente na sociedade. E, sendo parte da sociedade, este tem o dever constitucional de zelar também pelos interesses da coletividade, exercendo satisfatoriamente sua responsabilidade social, considerando estes aspectos nos seus atos e tomada de decisões.

Ademais, o direito à saúde possui dois aspectos fundamentais: o objetivo, de prestação do direito por parte do Estado, e o subjetivo, de exercício por parte do cidadão, sendo o autocuidado em saúde uma obrigação do cidadão.

O direito à saúde é um direito social que objetiva a melhoria das condições de vida de todos para o alcance da equidade e da chamada igualdade social, de seara inicialmente coletiva, pois objetiva primeiro o fim coletivo e então os meios individuais para concretizá-lo.

Assim, o que aparentemente é um mero direito subjetivo, na verdade possui classificação diferenciada, tornando-se um direito objetivo social a ser exercido de forma subjetiva, gerando um dever reflexo por parte do cidadão de zêlo ao direito objetivo. Tal direito possui esferas autônomas inter-relacionadas, o cidadão possui tanto o direito à saúde quanto o dever de zelar pela saúde, tanto da sua quanto da saúde pública, uma vez que é elemento constituinte da sociedade.

É necessário enfatizar os deveres fundamentais originados dos direitos humanos, visando fomentar o sentimento de solidariedade nas pessoas, essencial para a persecução dos interesses de todos. Reforçar o comprometimento pessoal é elementar para preservação da ordem pública e para atingir os objetivos em saúde.

Para o alcance eficaz e eficiente dos objetivos sociais, é necessário que todas as partes cumpram seus deveres na mesma proporção que exigem seus direitos. Se direitos e deveres ficam em desequilíbrio, os objetivos comuns se distanciam do êxito. Constantemente são ignorados os deveres dos cidadãos, ferindo a premissa de que exigir um direito dá origem a um dever, de forma reflexa, o que acaba por gerar uma série de desequilíbrios na relação entre indivíduo, sociedade e Estado.

Quando positivada, assim como acontece com a liberdade, a saúde passa a ser também direito da sociedade exercido individualmente por cada cidadão, resultando no dever à saúde por parte do indivíduo. As normas e premissas adotadas pelo país, visando tutelar a saúde, devem ser seguidas, principalmente a adoção pessoal de uma postura proativa, preventiva e de cuidado com a própria saúde, exercendo sempre que possível o autocuidado.

Os estudos e estatísticas não mentem. O dever de comprometimento pessoal do indivíduo é parte fundamental para que as políticas públicas tenham sucesso. Todas as diretrizes em saúde prezam pelo autocuidado como elemento crucial para atingir satisfatoriamente os objetivos em saúde, principalmente o autocuidado no combate às DCNTs.

Conforme todos os dados apresentados, não adianta o Estado, o SUS, as entidades internacionais como a ONU e a OMS e toda a sociedade reunirem esforços para que haja saúde, se o próprio indivíduo não realizar a sua parte corretamente.

Levantamentos dos últimos anos comprovaram que o que mais mata no mundo é evitável, ocorrendo alto número de mortes prematuras. Todavia, conforme orientações da OMS, o que mais importa no combate a tais doenças mortais é o estilo

de vida adotado pelo próprio cidadão, bem como sua conduta pessoal e atitudes preventivas diante da própria saúde.

Os indivíduos habitualmente costumam escolher com base em interesses próprios, sem necessariamente pensar nas diretrizes em saúde, leis, na coletividade e nas consequências futuras, mesmo tendo consciência da potencial nocividade dos seus atos, desrespeitando o seu dever à saúde.

Tais condutas, como por exemplo desconsiderar diretrizes em saúde, não realizar o autocuidado, protelar o tratamento ao menor indício de doença, ignorar orientações médicas, absenteísmo, geram comprovado impacto nos gastos e na saúde pública, e um trabalho de conscientização deve ser fomentado, como forma de começar uma mudança de postura do cidadão frente à saúde e à sociedade.

Este trabalho buscou reunir elementos éticos, doutrinários e legais como forma de validar a existência do dever fundamental à saúde por parte do cidadão, permitindo assim uma evolução do direito à saúde.

Concluindo, para o sucesso das políticas públicas e, em especial o combate efetivo às DCNTs, o cidadão deve considerar tanto o seu direito fundamental à saúde quanto o seu dever fundamental à saúde. O Estado, por sua vez, continua a ter o dever de tutelar saúde, mas não é mais o único responsável na persecução deste bem social.

REFERÊNCIAS

ABREU, Maria Odília; DIAS, Isabel Simões. **Exercício físico, saúde mental e qualidade de vida na ESECS/IPL**. Psic., Saúde & Doenças, Lisboa, v. 18, n. 2, p. 512-526, ago. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862017000200019&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 dez. 2019.

AGNES, Cláudia, *et al.* **A evolução do papel do Estado na promoção dos direitos sociais – do Estado Liberal ao Pós-neoliberal**. In Revista de Direito Social, Outubro/Dezembro 2010, n.40. Porto Alegre: Notadez, 2010.

ALMEIDA, Alexandra Ozorio, e MARCOLIN, Neldson. **Palavra de Médico: Entrevista com Antônio Drauzio Varella**. In Revista Pesquisa Fapesp Edição 279, maio 2019. Disponível em: <<https://revistapesquisa.fapesp.br/2019/05/10/antonio-drauzio-varella-palavra-de-medico/>>. Acesso em 08 jun 2019.

ALONSO, Paulo Sergio Gomes. **Pressupostos da responsabilidade civil objetiva**. São Paulo: Saraiva, 2000.

ALVIM, Mariana. **Brasil fica em 89º lugar em pesquisa sobre qualidade e acesso à saúde**. Publicado em: 19 maio 2017. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/sociedade/saude/brasil-fica-em-89-lugar-em-pesquisa-sobre-qualidade-acesso-saude-21361962>>. Acesso em: 13 jun 2019.

ANDRADE, Selma Maffei de, SOARES, Darli Antonio, JUNIOR, Luiz Cordon. **Bases da saúde coletiva**. Curitiba: Edit. UEL e Abrasco, 2001. 267 p.

AQUINO, Yara. **Acidentes no trânsito deixaram mais de 1,6 milhão feridos em 10 anos**. Agência Brasil. Publicado em: 23 maio 2019. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2019-05/acidentes-no-transito-deixaram-mais-de-16-milhao-feridos-em-10-anos>>. Acesso em: 06 jun 2019.

ARANTES, Eduardo. **Os custos das doenças crônicas para as empresas**. Publicado em 27 dez. 2016. Disponível em: <<https://beecorp.com.br/blog/custos-das-doencas-cronicas-para-empresas/>>. Acesso em: 14 jun 2019.

BANCO ECONÔMICO MUNDIAL (WORLD BANK GROUP). **Análise da Eficiência do Gasto Público com Saúde**. Por ARAUJO, Edson C., e PONTES, Ezau. Brasília, 25 de Maio 2017. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/maio/26/1.a-Banco-Mundial-Eficiencia-do-Gasto-com-Saude-CIT.pdf>>. Acesso em 16 jun 2019.

BARCELLOS, Carlos Alberto Kastein. **Direito Sanitário: Diretivas Antecipadas de Vontade sob o Enfoque dos Direitos Fundamentais**. Jundiaí: Paco Editorial, 2015, p. 59.

BARROSO, Luís Roberto. **Da Falta de Efetividade à Judicialização Excessiva: Direito à Saúde, Fornecimento Gratuito de Medicamentos e Parâmetros para a**

Atuação Judicial. In Revista de Direito Social, Abr./Jun. 2009, n.34. Porto Alegre: Notadez, 2009.

BASTOS, Celso Ribeiro. **Curso de Direito Constitucional**. São Paulo: Celso Bastos Editora, 2002.

BASTOS, Celso Ribeiro. **Hermenêutica e Interpretação Constitucional**. 4. Ed. Malheiros Editores, 2014.

BATISTA, Rodrigo Siqueira, e SCHRAMM, Fermin Roland. **A SAÚDE ENTRE A INIQUÍDADE E A JUSTIÇA: CONTRIBUIÇÕES DA IGUALDADE COMPLEXA DE AMARTYA SEN**. In Ciência & Saúde Coletiva, 10(1), 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a14v10n1.pdf>>. Acesso em: 28 de agosto de 2017.

BBC NEWS BRASIL. **Depressão será a doença mais comum do mundo em 2030, diz OMS**. Publicado em: 02 set. 2009. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/noticias/2009/09/090902_depressao_oms_cq>. Acesso em: 08 nov. 2019.

_____. **Imunização falha e onda antivacina explicam aumento de 400% de sarampo na Europa, diz OMS**. Publicado em: 20 fev. 2018. Disponível em: <<https://g1.globo.com/bemestar/noticia/immunizacao-falha-e-onda-antivacina-explicam-aumento-de-400-de-sarampo-na-europa-diz-oms.ghml>>. Acesso em: 01 jun 2019.

_____. **Comunidade antivacina está por trás do maior surto de catapora em décadas em Estado americano, aponta investigação**. Publicado em: 20 nov. 2018. BBC NEWS. Disponível em: <<http://www.bbc.com/portuguese/geral-46272988>>. Acesso em: 01 jun 2019.

_____. **Sarampo, pólio, difteria e rubéola voltam a ameaçar após erradicação no Brasil**. Publicado em: 07 jul. 2018. Disponível em: <<http://www.bbc.com/portuguese/brasil-44706026>>. Acesso em: 01 jun 2019.

BENFATTI, Mateus. **Bêbado que causar acidente de trânsito terá que pagar custos do SUS, projeto tramita na Câmara**. Publicado em: fev. 2019. Disponível em: <<https://www.tercalivre.com.br/bebado-que-causar-acidente-de-transito-tera-que-pagar-custos-do-sus-projeto-tramita-na-camara/>>. Acesso em: 06 jun 2019.

BIDERMAN, Iara. **Atual geração de crianças pode viver menos que seus pais: Afirmação foi feita ontem pela diretora-geral da OMS, em discurso sobre doenças não contagiosas**. Jornal Folha de São Paulo. Publicada em: 25 fev. 2010. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/fsp/saude/sd2502201004.htm>> Acesso em: 25 jun 2019.

BIELEMANN, R.M. *et al.* **Atividade física e redução de custos por doenças crônicas ao sistema Único de Saúde**. Revista Brasileira de Atividade Física & Saude, V.15, N1, 2010, p.9-14. Disponível em: <<http://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/674/689>>. Acesso em: 20 dez. 2019.

BIELEMANN, R.M. *et al.* **Impacto da inatividade física e custos de hospitalização por doenças crônicas.** Revista de Saúde Pública, São Paulo, v.49, 75, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102015000100307&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 dez. 2019.

BITTAR, Olímpio J Nogueira V., *et al.* **Absenteísmo em atendimento ambulatorial de especialidades no estado de São Paulo.** Secretaria de Estado da Saúde, São Paulo, Brasil. BEPA 2016;13(152):19-32. Disponível em: <http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/destaques/gais-informa/outras-publicacoes-e-analises/absenteismo_ambulatorial.pdf>. Acesso em 09 jun 2019.

BIZELLI, Edimilson Antonio. **A sempre renovada e polêmica presença de Émile Durkheim.** In Ciências Sociais na atualidade: realidades e imaginários. Org. Teresinha Bernardo, Paulo-Edgar Almeida Resende. São Paulo: Paulus, 2007.

BOBBIO, Norberto. **Teoria Geral da Política:** A filosofia Política e as Lições dos Clássicos. Org. Michelangelo Bovero; Tradução por Daniela Beccaccia Versiani, Rio de Janeiro: Campus, 2000.

BOCK, Ana Mercês Bahia, e GONÇALVES, Maria da Graça Marchina. **A Dimensão subjetiva da realidade:** uma leitura sócio-histórica. São Paulo: Cortez, 2009.

BONAVIDES, Paulo. **Do estado liberal ao estado social.** 5. Ed. rev. e ampl. Belo Horizonte: Del Rey, 1993.

_____. **Teoria do Estado.** 6. Ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2007.

_____. **Teoria Constitucional da Democracia Participativa:** Por um Direito Constitucional de luta e resistência. Por uma Nova Hermenêutica. Por uma repolitização da legitimidade. 3. ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2008.

BORDENAVE, Juan E. Díaz. **O que é participação.** 8. Ed. São Paulo: Brasiliense, 1994.

BORDIGNON, Renato. **Exercícios aliviam depressão por câncer, doenças cardiovasculares e crônicas.** Publicado em: 28 abr. 2019. Disponível em: <<https://pebmed.com.br/exercicios-aliviam-depressao-por-cancer-doencas-cardiovasculares-e-cronicas/>>. Acesso em: 08 nov. 2019.

BRAGA, Ana Flávia Lopes. **OS TRÊS VETORES DA EFICIÊNCIA DA COMMON LAW.** Boletim trimestral da CGU/AGU - Advocacia Geral da União ano I, n.1, Brasília/DF, jan./mar. 2012. Disponível em: <<https://www.agu.gov.br/page/download/index/id/11684016>>. Acesso em 16 jun 2019.

BRANCO, Marisa Lucena. **O SUS na fronteira e o direito:** Em que medida o estrangeiro tem direito ao SUS. Monografia de especialização. Brasília: Fundação Oswaldo Cruz Brasília, Programa de Pós-Graduação Lato Sensu em Saúde Coletiva, Curso de Especialização em Direito Sanitário, 2009. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/monografias/marisa_branco_sus_frontera_direito.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2019.

BRASIL. Decreto-Lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940. **Código Penal**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm>. Acesso em: 08 jun 2019.

_____. Decreto-lei nº 4.657 de 4 de dezembro de 1942. **Lei de Introdução às Normas do Direito Brasileiro**. Planalto. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del4657compilado.htm>. Acesso em: 01 jun 2019.

_____. Lei Federal nº 6.938, de 31 de agosto de 1981. 1981a. **Dispõe sobre a Política Nacional do Meio Ambiente, seus fins e mecanismos de formulação e aplicação, e dá outras providências**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6938.htm>. Acesso em 09 jun 2019.

_____. Lei Complementar nº 40, de 14 de dezembro de 1981. 1981b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp40.htm>. Acesso em 15 jun 2019.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em 01 jun 2019.

_____. Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. 1990a. **Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8078.htm>. Acesso em: 15 jun 2019.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. 1990b. **Lei Orgânica da Saúde**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990.

_____. **Declaração do Rio sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento**, 1992. 1992a. Disponível em: <http://www.meioambiente.pr.gov.br/arquivos/File/agenda21/Declaracao_Rio_Meio_Ambiente_Developimento.pdf>. Acesso em: 16 jun 2019.

_____. Decreto nº 591, de 06 de julho de 1992. 1992b. Atos Internacionais. **Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais**. Promulgação. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0591.htm>. Acesso em 01 jun 2019.

_____. **Pacto Internacional sobre Direitos Cíveis e Políticos**. Brasília: Presidência da República, Casa Civil, 1992. 1992c. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0592.htm>. Acesso em: 01 jun 2019.

_____. Lei nº9.503, de 23 de setembro de 1997. **Institui o Código de Trânsito Brasileiro**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9503.htm>. Acesso em: 16 jun 2019.

_____. Lei nº10.406, de 10 de janeiro de 2002. **Institui o Código Civil**. Brasília, janeiro de 2002. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406.htm>. Acesso em: 01 jun 2019.

_____. Lei nº 11.105, de 11 de março de 2005. 2005a. **Lei de Biossegurança**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11105.htm>. Acesso em 28 jun 2019.

_____. MINISTÉRIO DAS CIDADES. **Manual de Direção Defensiva**, 2005. 2005b. Disponível em: <http://www.detran.sp.gov.br/wps/wcm/connect/5b1f94c7-ee70-43a2-9789-5cd219e6f895/DIRECAO_DEFENSIVA16112010+e+detran.pdf?MOD=AJPERES&CVID=klHedCU>. Acesso em 01 jun 2019.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caminhos do Direito à Saúde no Brasil**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 24 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caminhos_direito_saude_brasil.pdf>. Acesso em: 19 dez. 2019.

_____. Resolução nº21, de 28 de março de 2008 do Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Dispõe sobre a Orientação e Controle Sanitário de Viajantes em Portos, Aeroportos, Passagens de Fronteiras e Recintos Alfandegados**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/rdc0021_28_03_2008.html>. Acesso em: 25 jun 2019.

_____. Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. **Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde**. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html>. Acesso em: 01 jun 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de planejamento no SUS** / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. – 1. ed., rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016. 138 p. : il. – (Série Articulação Interfederativa ; v. 4).

_____. Lei nº 13.460, de 26 de junho de 2017. 2017a. **Lei de Proteção e Defesa do Usuário de Serviços Públicos – Código de Defesa do Usuário do serviço público – CDU**. Planalto. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13460.htm>. Acesso em: 01 jun 2019.

_____. Decreto nº9.094, de 17 de julho de 2017. 2017b. **Normas, Desburocratização e Simplificação do Estado e Carta de Serviços ao Usuário**. Presidência da República. Casa Civil. Disponível em:

<http://ouvidorias.gov.br/arquivos/atualizacao_coletanea_defesa_com_in_publicada.pdf>. Acesso em: 01 jun 2019.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 2019a. **ANVISA EM PACARAIMA – Posto da fronteira é referência na Operação Acolhida**: Emissão de certificado de vacinação, orientação aos estrangeiros e referenciamento de pacientes estão entre as principais atividades dos servidores locais. Publicado em 19/02/2019. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/rss/-/asset_publisher/Zk4q6UQCj9Pn/content/id/5332813>. Acesso em: 25 jun 2019.

_____. Ministério da Defesa. **Operação Acolhida**. 2019b. Disponível em: <https://www.defesa.gov.br/arquivos/ensino_e_pesquisa/defesa_academia/cedn/xx_cedn/7_a_atuacao_das_forcas_armadas_brasileiras_nas_questoes_de_imigracao.pdf>. Acesso em 25 jun 2019.

BRATMAN GN, *et al.* **Nature experience reduces rumination and subgenual prefrontal cortex activation**. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America. 2015. (112);28:8567-8572. doi: 10.1073/pnas.1510459112. Disponível em: <<https://www.pnas.org/content/112/28/8567>>. Acesso em: 20 dez. 2019. Tradução nossa.

BUENO, Douglas Aparecido; RIVERO, João Miguel da Luz. **Ideologia e direito: O Mecanicismo Jurídico em Montesquieu e o Mérito Administrativo**. In Âmbito Jurídico, Rio Grande, XIV, n. 92, set 2011. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=10346> Acesso em 16 jun 2019.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. **A saúde e seus determinantes sociais**. Physis, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.77-93, Apr.2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 09 Nov. 2018.

CALIPO, Paula Covas B. **“O SUS na região da Baixada Santista”**. Informação Verbal. Palestra ocorrida na reunião do Conselho de Desenvolvimento da Região Metropolitana da Baixada Santista – CONDESB, Praia Grande/SP, em 29 de junho de 2017, com apresentação em *slides* de *Powerpoint®*.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Motorista alcoolizado que causar acidente poderá responder por gastos do poder público**. Publicado em: 07 mar. 2019. 2019a. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/TRANSPORTE-E-TRANSITO/573154-MOTORISTA-ALCOOLIZADO-QUE-CAUSAR-ACIDENTE-PODERA-RESPONDER-POR-GASTOS-DO-PODER-PUBLICO.html>>. Acesso em: 06 jun 2019.

_____. **PL 362/19**. Acrescenta artigo à Lei nº 10.406, de 2002, Código Civil, a fim de estabelecer a responsabilidade civil perante o Poder Público e a Previdência do agente que causa acidente com dolo ou culpa grave. Publicado em: 05 fev. 2019. 2019b. Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2190984>>. Acesso em 06 jun 2019.

_____. **PL 613/19.** Institui o Dia Nacional de Conscientização sobre as Doenças Crônicas. Publicado em 12 fev. 2019. 2019c. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1709615>. Acesso em: 20 out. 2019.

CANOTILHO, J.J. Gomes. **Direito Constitucional e Teoria da Constituição.** 7. Ed. 17. Reimp. Coimbra: Edições Almedina, 2003.

CANOTILHO, J.J. Gomes; MOREIRA, Vital. **Constituição da República Portuguesa Anotada.** 3. ed. Coimbra: Coimbra Editora, 1984.

CAPALDI C, *et al.* **The relationship between nature connectedness and happiness: a meta-analysis.** *Frontiers in Psychology.* 2014. doi: 10.3389/fpsyg.2014.00976. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25249992>>. Acesso em: 20 dez. 2019. Tradução nossa.

CARREIRO, Juliana. **Os alimentos naturais sofrem mais com a inflação, mas não são mais caros que os industrializados.** Estadão. Publicado em 11 abr. 2016. Disponível em: <<https://emails.estadao.com.br/blogs/comida-de-verdade/os-alimentos-naturais-sofrem-mais-com-a-inflacao-mas-nao-sao-mais-caros-que-os-industrializados/>>. Acesso em: 27 jun 2019.

CARVALHO, Edgard de Assis. **Para uma antropologia complexa, transdisciplinar e universalista.** *In* Ciências Sociais na atualidade: realidades e imaginários. Org. Teresinha Bernardo, Paulo-Edgar Almeida Resende. São Paulo: Paulus, 2007.

CARVALHO, Gilson. **A saúde pública no Brasil.** *Estud. av.,* São Paulo, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142013000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 Jun 2019.

CARVALHO, Leonardo Arquimimo de. **Justiça Social, Democracia Global e Consenso Sobreposto.** *In* Revista de Direito Social, Out./Dez. 2009, n.36. Porto Alegre: Notadez, 2009.

CASSIMIRO, Andrezza Albuquerque Pontes de Aquino. **A eficácia dos direitos sociais prestacionais.** *Conteúdo Jurídico,* Brasília-DF: 31 maio 2018. Disponível em: <<http://www.conteudojuridico.com.br/?artigos&ver=2.590800&seo=1>>. Acesso em: 13 jun. 2019.

CATELAN, Daniele. **Absenteísmo no serviço ambulatorial do SUS:** estratégias e perspectivas das equipes de saúde na rede pública no Departamento Regional de Saúde II - Araçatuba-SP 2011-2017. Dissertação (Mestrado em Formação Interdisciplinar em Saúde) - Faculdade de Odontologia, Escola de Enfermagem e Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/108/108131/tde-17082018-122200/pt-br.php>>. Acesso em: 15 jun 2019.

CBN Diário. **Em cada cinco consultas médicas agendadas, um paciente falta e gera prejuízo de R\$ 13,4 milhões em SC.** Publicado em: 03 mar. 2017. Disponível

em: <<https://www.nsctotal.com.br/noticias/em-cada-cinco-consultas-medicas-agendadas-um-paciente-falta-e-gera-prejuizo-de-r-134>>. Acesso em: 18 nov. 2019.

CLÈVE, Clémerson Merlin. **Temas de direito constitucional (E de Teoria do Direito)**. São Paulo: Editora Acadêmica, 1993.

COASE, Ronald. **O problema do custo social**. The Latin American and Caribbean Journal of Legal Studies: Vol. 3: No. 1, Article 9, 2008. Disponível em: <<https://services.bepress.com/lacjls/vol3/iss1/art9>>. Acesso em 16 jun 2019.

COLAB. [s.d.] Disponível em: <<https://www.colab.re>>. Acesso em: 25 jun 2019.

CONILL, Eleonor Minho *et al.* **Determinantes sociais, condicionantes e desempenho dos serviços de saúde em países da América Latina, Portugal e Espanha**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.23, n.7, p.2171-2186, Jul. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000702171&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 09 Nov. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Uma mulher morre a cada 2 dias por aborto inseguro, diz Ministério da Saúde**. Publicado em: 03 ago. 2018. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/uma-mulher-morre-a-cada-2-dias-por-causa-do-aborto-inseguro-diz-ministerio-da-saude_64714.html>. Acesso em: 08 jun 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Brasil gasta R\$ 3,48 ao dia com a saúde de cada habitante**: Levantamento inédito do CFM revela gasto per capita da União, Estados e Municípios com ações e serviços de saúde ao longo da última década. Publicado em: 13 nov. 2018. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=27961:2018-11-12-17-57-13&catid=3>. Acesso em: 09 jun 2019.

_____. **Em dez anos, acidentes de trânsito consomem quase R\$ 3 bilhões do SUS**. Publicado em: 22 maio 2019. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=28254:2019-05-22-21-49-04&catid=3>. Acesso em: 06 jun 2019.

_____. **Estados reduzem participação no gasto com Saúde**. Publicado em: 13 nov. 2018. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=27963:2018-11-12-18-36-26&catid=3>. Acesso em 9 jun 2019.

_____. **Metade das prefeituras gastam menos de R\$ 403 ao ano na saúde de cada habitante**. Publicado em: 21 jan. 2019. Disponível em <https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=28042:2019-01-18-22-12-44&catid=3>. Acesso em: 16 jun 2019.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução CNS nº 553, de 9 de agosto de 2017. **Carta dos Direitos e Deveres das Pessoas Usuárias da Saúde**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2017/Reso553.pdf>>. Acesso em: 01 jun 2019.

CONSELHO NACIONAL DE TRÂNSITO - CONTRAN. **Resolução nº166, de 15 de setembro de 2004.** Disponível em: <http://www.lex.com.br/doc_360352_RESOLUCAO_N_166_DE_15_DE_SETEMBRO_DE_2004.aspx>. Acesso em: 16 jun 2019.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Atendimento a imigrantes sem cidadania é obrigatório por diretrizes legais e éticas:** Capital paulista é pioneira na criação de um Centro de Integração da Cidadania que, em jornadas específicas, fornece orientação sobre Saúde e atendimento básico. *Jornal do CREMESP*, ed. 332, dez. 2015. Bioética, p. 15. *In* CREMESP – Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Disponível em: <<https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=2127>>. Acesso em: 25 jun 2019.

COSTA, Gilberto. **Sem data para votação, STF encerra debate sobre descriminalizar aborto.** Agência Brasil. Publicado em: 06 ago. 2018. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/justica/noticia/2018-08/sem-data-para-votacao-stf-encerra-debate-sobre-descriminalizar-aborto>>. Acesso em: 08 jun 2019.

CONTI, Aline de; MORENO, Fernando Salvador; ONG, Thomas Prates. **Nutrigenômica: revolução genômica na nutrição.** *Cienc. Cult.*, São Paulo, v. 62, n.2, p.04-05, 2010. Disponível em: <http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252010000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 dez. 2019.

COUTO, Marcia Thereza, e BARBIERI, Carolina Luisa Alves. **Cuidar e (não) vacinar no contexto de famílias de alta renda e escolaridade em São Paulo, SP, Brasil.** *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.20, n.1, p.105-114, Jan.2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000100105&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 Jun 2019.

CREMONEZE, Paulo Henrique. **Dano moral: quantificação da indenização segundo a doutrina do "punitive damage".** *Revista Jus Navigandi*, ISSN 1518-4862, Teresina, ano 16, n. 2792, 22 fev. 2011. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/18529>>. Acesso em: 7 jun. 2019.

CRETELLA JUNIOR, José. **Comentários à Constituição de 1988**, vol. III. Ed. Forense, 1991.

CUIDAR em SAÚDE: lugar da invenção de um novo paradigma científico, R. Bras. Enferm. Brasília, v. 51, n. 3 p. 447-456, jul.set., 1998.

DALLARI, Dalmo de Abreu. **Elementos de Teoria Geral do Estado.** 32. Ed. 4ª Tiragem. São Paulo: Saraiva, 2013.

DANIELS, Norman. **Porque a Justiça é importante para a nossa saúde.** Traduzido por: Camila Gonçalves de Mario. Unicamp, N. 2, Nova série, 1º sem. 2011. Campinas: Ed. Idéias, 2011.

DANTAS, Alexandre Fernandes. **Justiça Social: Sociedade com Pluralismo de Fundamentações.** In Revista de Direito Social, Janeiro/Março 2010, n.37. Porto Alegre: Notadez, 2010.

DIAS, Patricia Camacho *et al.* **Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 33, n.7, e00006016, jul. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000705001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 Nov. 2019.

DINIZ, Maria Helena. **Curso de Direito Civil.** 24. Ed. São Paulo: Saraiva, 2007. V. 1.

_____. **Curso de direito civil brasileiro**, volume 3: teoria das obrigações contratuais e extracontratuais. 30. ed. São Paulo: Saraiva, 2014.

_____. **Norma constitucional e seus efeitos.** 7. Ed. atual. São Paulo: Saraiva, 2006.

DUQUE, Marcelo Schenk. **Curso de Direitos Fundamentais: Teoria e Prática.** São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2014, p. 123.

EBLOG – Blog oficial do Exército Brasileiro. **Operação Acolhida:** a mão amiga em Roraima. Publicado em 07 jun. 2018. Disponível em: <<http://eblog.eb.mil.br/index.php/menu-easyblog/operacao-acolhida-esperanca-para-venezuelanos-desassistidos-no-estado-de-roraima-1.html>>. Acesso em 25 jun 2019.

Exército Brasileiro. **Operação Acolhida.** [s.d.] Disponível em: <<http://www.eb.mil.br/operacao-acolhida>>. Acesso em: 25 jun 2019.

FARIA, Horácio Pereira de, *et al.* **Modelo assistencial e atenção básica à saúde.** 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010, P.35-37.

FARIA, Mariana. **A iniquidade no acesso ao SUS e o Princípio da Impessoalidade.** In Direito Sanitário: Oportuna discussão via coletânea de textos do 'blog Direito Sanitário: Saúde e Cidadania'. Org. Neilton Araujo de Oliveira. 1. Ed. Brasília: ANVISA, CONASEMS, CONASS, 2012.

FERNANDES, Antonio Joaquim Schellenberger. **Direito à saúde:** tutela coletiva e mediação sanitária. Belo Horizonte: Editora D'Plácido, 2016.

FERRAJOLI, Luigi. **Direito e razão: teoria do garantismo penal.** Tradução de Ana Paula Zomer Sica. Alexis Couto de Brito (Colab.). São Paulo: Revista dos Tribunais, 2014.

FIGUEIREDO, Juliana Oliveira *et al.* **Gastos público e privado com saúde no Brasil e países selecionados.** Saúde em Debate [online]. 2018, v. 42, n. spe2, pp. 37-47. ISSN 2358-2898. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S203>>. Acesso em: 16 jun 2019.

FLORIANO, Francisco. **Projeto de Lei nº 8898, de 2017**. "Institui o Dia Nacional de Conscientização sobre as Doenças Crônicas". Disponível em: <www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra%3Fcodteor%3D1612280%26filename%3DPL%2B8898/2017+%&cd=2&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>. Acesso em: 14 jun 2019.

FOLLADORI, Guillermo. **Sustentabilidad ambiental y contracciones sociales**. In Ambiente & Sociedade. Ano II, N 5, 2, 1999. Tradução nossa.

FREITAS, Mara de Souza. **Justiça: Perspectiva filosófica e bioética na esteira de Rawls**. RJLB, Ano 1 (2015), nº 4. Disponível em: <<https://docplayer.com.br/37604282-Justica-perspectiva-filosofica-e-bioetica-na-esteira-de-rawls.html+%&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>>. Acesso em: 25 jun 2019.

FREZZATTI JR., Wilson Antonio. **Haeckel e Nietzsche: aspectos da crítica ao mecanicismo no século XIX**. Sci.stud., São Paulo, v.1, n.4, p.435-461, dez. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-31662003000400003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 jun. 2019.

FUENTES, André. **Em ranking sobre a eficiência dos serviços de saúde, Brasil fica em último lugar**. Publicado em: 23 abr. 2014. Atualizado em: 15 fev. 2017. Disponível em: <<https://veja.abril.com.br/blog/impavido-colosso/em-ranking-sobre-a-eficiencia-dos-servicos-de-saude-brasil-fica-em-ultimo-lugar/>>. Acesso em 13 jun 2019.

Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ. **Conceito ampliado de saúde pode ajudar a saber se uma população é saudável**. Publicado em: 01 abr. 2011. Disponível em: <<https://agencia.fiocruz.br/conceito-ampliado-de-saude-pode-ajudar-a-saber-se-uma-populacao-e-saudavel>>. Acesso em: 01 nov. 2018.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois; BRAGA, Patrícia Seixas da Costa. **Saúde e inovação: dinâmica econômica e Estado de Bem-Estar Social no Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 32, supl.2, e00150115, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016001402002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 Jun 2019.

GALVÃO, Maria Tereza dos R.L.S.; JANEIRO, José Manuel da S. V. **O autocuidado em enfermagem: autogestão, automonitorização e gestão sintomática como conceitos relacionados**. Revista Mineira de Enfermagem – REME, 2013 jan/mar; 17(1): 225-230. DOI: 10.5935/1415-2762.20130019. Disponível em: <<http://reme.org.br/artigo/detalhes/593>>. Acesso em: 20 dez. 2019.

GOLDZVEIG, Gustavo. **A atuação da Defensoria Pública do Estado de São Paulo na tutela coletiva do direito à saúde**. Dissertação (Mestrado). Universidade Santa Cecília, Programa de Pós-Graduação em Direito à Saúde, Santos, SP, 2019.

GOULART, Flávio A. de Andrade. **Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 92 p.

GOVERNO DO ESTADO DE SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Um a Cada Três Pacientes Falta a Consultas ou Exames Agendados em SC.** Publicado em: 18 jul. 2019. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/index.php/noticias-geral/10720-um-a-cada-tres-pacientes-falta-a-consultas-ou-exames-agendados-em-sc>>. Acesso em: 20 out. 2019.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DCNT.** Publicado em: 15 out. 2019. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/doencas_e_agravos/index.php?p=6099>. Acesso em: 01 dez. 2019.

_____. **Perguntas frequentes sobre o Regulamento Sanitário Internacional (2005).** [s.d.] Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ccd/publicacoes/rsi/documentacoes-sobre-rsi/perguntas_frequentes_sobre_o_regulamento_sanitario_internacional.pdf>. Acesso em: 25 jun 2019.

_____. **Projeto de vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis nas Unidades Básicas de Saúde de Adamantina.** [s.d.] Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/doencas-cronicas-nao-transmissiveis/observatorio-promocao-a-saude/mural-de-boas-praticas/projetos/gve19_adamantina.pdf>. Acesso em: 08 nov. 2019.

GRANCHI, Giulia. **"Cuidar da sua saúde é dever seu, e não do Estado", diz Drauzio Varella**". UOL Viva bem. Publicado em 27 set. 2018. Disponível em: <<https://vivabem.uol.com.br/noticias/redacao/2018/09/27/saude-e-um-dever-do-cidadao-e-nao-do-estado-diz-drauzio-varella.htm>>. Acesso em: 23 mai 2019.

GÖDECKE, Theda; STEIN, Alexander J.; QAIM, Martin. **The global burden of chronic and hidden hunger: Trends and determinants.** Global Food Security, Volume 17, June 2018, Pages 21-29, Elsevier. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2211912417301578>>. Acesso em: 25 jun 2019. Tradução nossa.

GUERRA, Yara. **ONU e Colab firmam parceria em nome do desenvolvimento sustentável.** Revista Casa, Ed. Abril. Publicada em: 6 jun. 2019. Disponível em: <<https://casa.abril.com.br/news/onu-e-colab-firmam-parceria-em-nome-do-desenvolvimento-sustentavel/>>. Acesso em: 25 jun 2019.

GUIMARÃES, Reinaldo. **Incorporação tecnológica no SUS: o problema e seus desafios.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.19, n.12, p. 4899-4908, Dec. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001204899&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 16 Jun 2019.

GURGEL, Carlos Sérgio. **Os deveres dos cidadãos.** Publicado em: Jun. 2015. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/39756/os-deveres-dos-cidadaos>>. Acesso em 26 mai 2019.

G1. **Prazos para marcar consultas por plano de saúde não são respeitados.** Publicado em: 19 jun. 2012. Disponível em: <<http://g1.globo.com/pr/parana/noticia/2012/06/prazos-para-marcar-consultas-por-plano-de-saude-nao-sao-respeitados.html>>. Acesso em: 16 jun 2019.

_____. **Seguro DPVAT 2019 tem redução média de 63,3%; veja os valores.** Publicado em: 13 dez. 2018. Disponível em: <<https://g1.globo.com/carros/noticia/2018/12/13/seguro-dpvat-2019-tem-reducao-media-de-633-veja-os-valores.ghtml>>. Acesso em 06 jun 2019.

HOBBS, Thomas. **Leviatan**. Tradução por: Manuel Sánchez Sarto. 2. Ed. Espanhola. Pánuco: Fondo de Cultura Económica, 1963.

IDOETA, Paula Adamo. **A geração que pode viver menos que os pais porque não sabe comer - e como reverter a tendência.** BBC News Brasil. Publicada em: 14 dez. 2017. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-42231526>>. Acesso em: 25 jun 2019.

INFOMONEY. **Dpvat: Susep esclarece que valor do seguro obrigatório é obtido por cálculo atuarial.** Publicado em: 23 jan. 2008. Disponível em: <<http://economia.uol.com.br/ultnot/infomoney/2008/01/23/ult4040u9483.jhtm>>. Acesso em: 06 jun 2019.

INSTAGRAM. **Publicação de @jairmessiasbolsonaro sobre a Lei 13.846/19.** Publicado em: 24 jun. 2019. Disponível em: <https://www.instagram.com/p/BzG_eKwBxX7/>. Acesso em: 25 jun 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER – INCA. **Dados e números da prevalência do tabagismo.** Publicado em: 23 ago. 2019. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco/dados-e-numeros-prevalencia-tabagismo>>. Acesso em 08 nov. 2019.

IOSCHPE, Gustavo. **Por que você não faz nada?** Revista Veja, Caderno Educação. Publicado em 26 jun. 2015. Disponível em: <<https://veja.abril.com.br/educacao/por-que-voce-nao-faz-nada/>>. Acesso em: 20 nov. 2019.

JOAQUIM, Leyla Mariane; EL-HANI, Charbel Niño. **A genética em transformação: crise e revisão do conceito de gene.** Sci. stud., São Paulo, v.8, n.1, p.93-128, Mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-31662010000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 dez. 2019.

Jornal Nacional. **Marcar consulta com especialista é o maior problema no SUS, diz pesquisa:** Pesquisa encomendada pelo Conselho de Medicina mostra que pacientes também reclamam da dificuldade de conseguir cirurgia de leito de UTI. Publicado em: 27 jun. 2018. Disponível em: <<http://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2018/06/marcar-consulta-com-especialista-e-o-maior-problema-no-sus-diz-pesquisa.html>>. Acesso em: 15 jun 2019.

KALACHE, Alexandre. **Respondendo à revolução da longevidade**. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2014, v.19, n.08. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232014198.02362012>>. ISSN 1678-4561. Acesso em: 25 jun 2019.

KEYWORTH, Helen *et al.* **Wheel running during chronic nicotine exposure is protective against mecamylamine-precipitated withdrawal and up-regulates hippocampal $\alpha 7$ nACh receptors in mice**. British Journal of Pharmacology, Volume 175, Issue 11. Themed Section: Nicotinic Acetylcholine Receptors. Jun., 2018. P. 1928-1943. Disponível em: <<https://bpspubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/bph.14068>>. Acesso em 20 dez. 2019. Tradução nossa.

KHAMIS, Renato Braz Mehanna. **Da proporcionalidade à razoabilidade: entre a técnica e o princípio**. Dissertação (Doutorado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Doutorado em Direito, São Paulo, SP, 2013, P. 161.

KINNEY, Eleanor D.; CLARK, Brian A. **Provisions for Health and Health Care in the Constitutions of the Countries of the World**. Cornell International Law Journal, Forthcoming, V.37, 2004, p. 285-355. Tradução Nossa. Disponível em: <https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=687962>. Acesso em: 20 dez. 2019.

LABOISSIÈRE, Paula. **OMS lista as 10 principais ameaças para a saúde em 2019: Alerta inclui impactos causados pela poluição e mudanças climáticas**. Agência Brasil. Publicado em: 19 jan. 2019. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2019-01/oms-lista-10-principais-ameacas-para-saude-em-2019>>. Acesso em 13 jun 2019.

LANE, Silvia T.M.; CODO, Wanderley. Orgs. **Psicologia Social: o homem em movimento**. São Paulo: Brasiliense, 2004.

LARENZ, Karl. **Derecho Justo**. Fundamentos de Ética Jurídica. Madrid: Civitas; 2001. Tradução nossa.

LEMES, Conceição. **Entrevista com Fausto Pereira: Gestante que não aderir ao pré-natal está dispensada do cadastro**. Publicado em: 10 jan. 2012. Disponível em: <<https://www.viomundo.com.br/entrevistas/fausto-pereira-dos-santos-so-a-gestante-que-nao-aderir-ao-pre-natal-esta-dispensada-do-cadastro.html>>. Acesso em: 26 out 2017.

LEVY, Herbert V. **Liberdade e justiça social**. 3. Ed. Rio de Janeiro: Forense, 1976.

LIMA, Fernando Gomes Correia, e MELO, Viviane Carvalho de. **O princípio da reserva do possível, o mínimo existencial e o direito à saúde**. Conselho Federal de Medicina. Publicado em: 02 dez. 2011. Disponível em: <http://www.portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=22526:o-principio-da-reserva-do-possivel-o-minimo-existencial-e-o-direito-a-saude&catid=46>. Acesso em: 20 mai 2019.

LIMA, Larissa Pinho de Alencar. **Sistema de garantias penais está completamente distorcido no Brasil.** Revista Consultor Jurídico, 26 de junho de 2018. Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/2018-jun-26/larissa-pinho-brasil-desvirtuou-conceito-garantismo-penal#author>>. Acesso em: 28 jun 2019.

LISBOA, Márcia. **O custo da comida saudável.** FIOJOVEM/FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz. Publicado em 15 abr. 2015. Disponível em: <<https://www.fiojovem.fiocruz.br/o-custo-da-comida-saudavel>>. Acesso em: 27 jun 2019.

LOCKE, John. **Dois tratados sobre o governo.** Tradução por: Julio Fischer. 2. Ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

LOPES, José Reinaldo de Lima. **O direito na história:** lições introdutórias. 5. Ed. São Paulo: Atlas, 2014.

LOURENCO, Bruno da Silva *et al.* **Atividade física como uma estratégia terapêutica em saúde mental: revisão integrativa com implicação para o cuidado de enfermagem.** Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, e20160390, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000300801&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 dez. 2019.

LUÑO, Antonio-Enrique Pérez. **Aproximación al análisis conceptual de los derechos sociales.** In Derechos Sociales En Tiempos de Crisis. Álvaro Sánchez Bravo *et al.* Org. Sevilla: Punto Rojo Libros, S.L., 2013. Tradução nossa.

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* **A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil - Pesquisa Nacional de Saúde, 2013.** Rev. bras. epidemiol., São Paulo, v.18, supl.2, p.3-16, Dec. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2015000600003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 Nov. 2019.

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* **Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil.** Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 51, supl.1, 4s, jun. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000200306&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 08 Nov. 2019.

MALUF, Sahid. **Teoria Geral do Estado.** Atualizado por Miguel Alfredo Malufe Neto. 31 ed. São Paulo: Saraiva, 2013.

MARQUES, Nany Papaspyrou. **Do garantismo integral ao garantismo à brasileira: ensaios sobre o modo garantista hiperbólico monoclar e seus reflexos no estado democrático de direito.** Publicado em 26 abr. 2018. Disponível em: <<https://www.migalhas.com.br/arquivos/2018/4/art20180424-03.pdf>>. Acesso em 28 jun 2019.

MARTINS, Adriano Eurípedes Medeiros. **O papel dos deveres constitucionais e dos direitos fundamentais na construção de uma sociedade democrática e republicana.** Publicado em: 25 nov. 2014. Disponível em:

<<https://jus.com.br/artigos/34021/o-papel-dos-deveres-constitucionais-e-dos-direitos-fundamentais-na-construcao-de-uma-sociedade-democratica-e-republicana+&cd=6&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>>. Acesso em: 01 jun. 2019

MARTINS, Fernando Rodrigues. **Os deveres fundamentais como causa subjacente-valorativa da tutela da pessoa consumidora**: contributo transversal e suplementar à hermenêutica consumerista da afirmação. *In* REVISTA DE DIREITO DO CONSUMIDOR, Ano 23, Vol. 94, jul.-ago./2014. Org. Claudia Lima Marques. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2014.

MARTINS, Flávio Alves. **Boa-fé e sua formalização no direito das obrigações Brasileiro**. 2. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2000.

MASCARO, Alysson Leandro. **Estado e forma política**. São Paulo: Boitempo, 2013.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro**. Ministério da Saúde – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 80. : il.

_____. **Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância à Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 72 p. – (Série B. Textos Básicos de Atenção à Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 8).

_____. **Qualidade da água para consumo humano: cartilha para promoção e proteção da saúde** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018a. 51 p. : il.

_____. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022** / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 160 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. **Práticas Integrativas e Complementares (PICS): quais são e para que servem**. [2019?]. Disponível em: <<http://saude.gov.br/saude-de-a-z/praticas-integrativas-e-complementares>>. Acesso em: 20 dez. 2019.

_____. **Promoção da Alimentação Adequada e Saudável**. Publicado em: 25 maio 2017. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/artigos/782-alimentacao-e-nutricao/40407-promocao-da-alimentacao-adequada-e-saudavel>>. Acesso em: 20 dez. 2019.

_____. **Vigilância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT).** [s.d.]a Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/vigilancia-em-saude/vigilancia-de-doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt>>. Acesso em: 08 nov. 2019.

_____. **Vigilância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) – Fatores de Risco.** [s.d.]b Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/vigilancia-em-saude/vigilancia-de-doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/fatores-de-risco>>. Acesso em: 08 de nov. 2019.

_____. **VIGITEL 2018. c2018b.** Disponível em: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/julho/25/vigitel-brasil-2018.pdf>>. Acesso em: 08 nov. 2019.

MIRANDA, Lilian; SILVA, Luciana Janeiro; SOUZA, Yasmim Furtado de. **Entre Ausência de Doença e Cuidado Possível: A Saúde Segundo Usuárias da Estratégia Saúde da Família.** Trab. educ. saúde, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, e0017404, 2019. Epub 08 Nov. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462019000100503&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 18 Nov. 2019.

MOLETA, Paulo. **O dever de cuidado objetivo e o princípio da confiança no trânsito.** Publicado em: 08 jul. 2015. Disponível em: <<http://paulocwb.jusbrasil.com.br/artigos/206530331/o-dever-de-cuidado-objetivo-e-o-principio-da-confianca-no-transito>>. Acesso em 01 jun 2019.

MONTESQUIEU, Charles de Secondat, Baron de. **O Espírito das Leis: as formas de governo, a federação, a divisão dos poderes, presidencialismo versus parlamentarismo.** Tradução por: Pedro Vieira Mota. 4. Ed. São Paulo: Saraiva, 1996.

MORAES, Alexandre de. **Direito Constitucional.** São Paulo, Ed. Atlas, 2009.

MORITA, E, *et al.* **Psychological effects of forest environments on healthy adults: Shinrin-yoku (forest-air bathing, walking) as a possible method of stress reduction.** Public Health. 2007;121:54–63. doi: 10.1016/j.puhe.2006.05.024. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17055544>>. Acesso em: 20 dez. 2019. Tradução nossa.

MOURA, Carmen de Carvalho e Souza. **Do Estado: uma análise de sua evolução e o papel inevitável da informática em seu processo de adequação aos tempos atuais.** Revista Jus Navigandi, ISSN 1518-4862, Teresina, ano 5, n. 45, 1 set. 2000. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/1763>>. Acesso em: 7 jun. 2019.

MOURA, Rafael Moraes. **STF impõe restrições e define regras para fornecimento de medicamento sem registro da Anvisa:** O Supremo entendeu que a ausência de registro da Anvisa proíbe – como regra geral – o fornecimento de medicamento por decisão judicial. O Estado de S. Paulo. Publicado em: 22 maio 2019. Disponível em: <<https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,stf-forma-maioria-para-impor-restricoes-ao-fornecimento-de-medicamentos-de-alto-custo,70002839064>>. Acesso em: 16 jun 2019.

NAÇÕES UNIDAS Brasil. **A ONU e as pessoas idosas.** [2018?] Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/acao/pessoas-idosas/>>. Acesso em 25 jun 2019.

_____. **ONU quer saber opinião dos brasileiros sobre a vida nas cidades.** Publicado em: 03 out. 2018. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/onu-quer-saber-opinioao-dos-brasileiros-sobre-a-vida-nas-cidades/>>. Acesso em: 25 jun 2019.

_____. **Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável.** Publicado em: 13 out. 2015. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>>. Acesso em: 14 jun 2019.

NASCIMENTO, Rafael Rodrigues do. **O DIREITO AO MEIO AMBIENTE ECOLÓGICAMENTE EQUILIBRADO.** 2016. UNIVATES – Universidade do Vale do Taquari. Disponível em: <https://www.univates.br/graduacao/media/direito/o_direito_ao_meio_ambiente_ecologicamente_equilibrado.pdf>. Acesso em 09 jun 2019.

NERY JUNIOR, Nelson, e NERY, Rosa Maria de Andrade. **Código Civil Comentado.** 12. Ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2017.

NETTO, Antonio Jordão. **O ideal de todas as idéias sociais: a Democracia.** In *A Evolução das Idéias Sociais*. São Paulo: McGraw-Hill, 1988.

NEVES, Maria do Céu Patrão. **Alocação de Recursos em Saúde:** Considerações Éticas. *Revista Bioética* v.7 n.2. 2009. Conselho Federal de Medicina. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/307/446>. Acesso em: 25 mai 2019.

_____. **O dever pessoal de cuidar da saúde:** exigência para os indivíduos. Integrada na 2º Mesa Redonda sobre “Exigências pedidas às pessoas e às estruturas sociais”. 2º Congresso Nacional da Pastoral da Saúde, dedicado ao tema “Ao serviço da pessoa: curar e cuidar”. Fátima, 2007. Disponível em: <https://www.mpatraoneves.pt/media/communications/slides/2007_Cuidar.pdf>. Acesso em: 16 jun 2019.

NEVES, Tiago Iwasawa; PORCARO, Luiza Almeida; CURVO, Daniel Rangel. **Saúde é colocar-se em risco: normatividade vital em Georges Canguilhem.** *Saude soc.*, São Paulo, v. 26, n.3, Set. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902017000300626&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 25 Jun 2019.

NOGUEIRA, Roberto Passos. **Critérios de justiça distributiva em saúde.** 1591 – Texto para discussão. IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília: Governo Federal – Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2011. ISSN 1415-4765. JEL I18.

OLIVEIRA, Eliany Nazaré, *et al.* **Benefícios da Atividade Física para Saúde Mental.** *Saúde Coletiva*, vol. 8, núm. 50, 2011, pp.126-130. Editorial Bolina: São Paulo, Brasil.

OLIVEIRA, Daniel José Silva; BERMEJO, Paulo Henrique de Souza. **Mídias sociais e administração pública: análise do sentimento social perante a atuação do**

Governo Federal brasileiro. Organ. Soc., Salvador, v.24, n.82, p.491-508, Set.2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-92302017000300491&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 Jun 2019.

OLIVEIRA, Neilton Araujo de; BAETA, Karla Freire. **Saúde do Viajante, regulação sanitária e o direito individual.** In Direito Sanitário: Oportuna discussão via coletânea de textos do 'blog Direito Sanitário: Saúde e Cidadania'. Org. Neilton Araujo de Oliveira. 1. Ed. Brasília: ANVISA, CONASEMS, CONASS, 2012.

OLIVEIRA, Stéphanie Ketlin Mendes; CALDEIRA, Antônio Prates. **Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis em quilombolas do norte de Minas Gerais.** Cad saúde colet., Rio de Janeiro, v.24, n.4, p.420-427, Dec. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2016000400420&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 dez. 2019.

Organização das Nações Unidas. **Declaração Universal dos Direitos Humanos.** c1948. Disponível em: <<https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=por>>. Acesso em: 28 mai 2019.

_____. **Sobre a Declaração Universal dos Direitos Humanos.** [s.d.] Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/direitoshumanos/declaracao/>>. Acesso em: 28 mai 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Dr Margaret Chan addresses gerontology congress.** Publicado em 30 mar. 2012. Disponível em: <https://www.who.int/dg/speeches/2012/ageing_20120330/en/>. Acesso em: 25 jun 2019. Tradução nossa.

_____. **Global Recommendations on Physical Activity for Health.** c2011. Disponível em: <<https://www.who.int/dietphysicalactivity/physical-activity-recommendations-18-64years.pdf>>. Acesso em: 08 nov. 2019. Tradução nossa.

_____. **Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health.** c2004. Disponível em: <https://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf>. Acesso em: 08 dez. 2019. Tradução nossa.

_____. **Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles.** Geneva: World Health Organization, 2018a. Tradução Nossa.

_____. **Noncommunicable Diseases Progress Monitor 2017.** c2017. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258940/9789241513029-eng.pdf;jsessionid=E59F9EDA6AB853E8C8E9E8EBF2FD5FD6?sequence=1>>. Acesso em: 08 nov. 2019. Tradução nossa.

_____. **OMS e FAO anunciam estratégia integrada para promover.** Publicado em: 09 nov. 2002. Disponível em: <<https://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/releases/pr84/en/>>. Acesso em: 08 dez. 2019.

_____. **Promoción de la salud en un mundo globalizado – Informe de la Secretaría.** 59ª. Asamblea Mundial de la Salud, Punto 11.15 del orden del día provisional. A59/21. Ginebra, OMS, 4 maio 2006. Tradução Nossa.

_____. **Saving lives, spending less:** A strategic response to noncommunicable diseases. c2018b. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272534/WHO-NMH-NVI-18.8-eng.pdf>>. Acesso em: 13 jun 2019. Tradução nossa.

_____. **The top 10 causes of death.** Publicado em 24 maio 2018. 2018c. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>>. Acesso em: 08 jun 2019. Tradução nossa.

_____. **World Health Statistics 2018:** Monitoring Health for the SDGs. c2018d. Disponível em: <https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2018/en/>. Acesso em: 08 jun 2019. Tradução nossa.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Alimentação e Nutrição: folhas informativas.** Publicada em setembro de 2015. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5439:alimentacao-e-nutricao-folhas-informativas&Itemid=820>. Acesso em 25 jun 2019.

_____. **Dez ameaças à saúde que a OMS combaterá em 2019.** Publicado em 15 jan. 2019. 2019a. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5848:dez-ameacas-a-saude-que-a-oms-combatera-em-2019&Itemid=875>. Acesso em: 17 nov. 2019.

_____. **Doenças crônicas não transmissíveis causam 16 milhões de mortes prematuras todos os anos.** Publicado em: 19 jan. 2015. 2015b. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=4766:doencas-cronicas-nao-transmissiveis-causam-16-milhoes-de-mortes-prematuras-todos-os-anos&Itemid=839>. Acesso em 22 set 2019.

_____. **Folha informativa – Depressão.** Atualizado em: mar. 2018. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5635:folha-informativa-depressao&Itemid=1095>. Acesso em: 08 nov. 2019.

_____. **Governos devem intensificar esforços para o combate às doenças crônicas não-transmissíveis, alerta OMS.** Publicado em 18 set. 2017. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5495:governos-devem-intensificar-esforcos-para-o-combate-as-doencas-cronicas-nao-transmissiveis-alerta-oms&Itemid=839>. Acesso em 08 nov. 2019.

_____. **Prevenção de lesões causadas pelo trânsito: Manual de Treinamento da OMS/OPAS.** c2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_lesao_causadas_transito.pdf>. Acesso em: 06 jun 2019.

_____. **Regulamento Sanitário Internacional.** c2005. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5847:regulamento-sanitario-internacional-rsi&Itemid=812>. Acesso em: 25 jun 2019.

_____. **Investir no controle de doenças crônicas não transmissíveis gera grandes retornos financeiros e de saúde, afirma OMS.** Publicado em 16 maio

2018. 2018b. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5675:investir-no-controle-de-doencas-cronicas-nao-transmissiveis-gera-grandes-ganhos-financeiros-e-de-saude-afirma-oms&Itemid=839>. Acesso em: 13 jun 2019.

_____. **Sarampo na Europa: número recorde de pessoas doentes e imunizadas.** Publicado em: 07 fev. 2019. 2019b. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5867:sarampo-na-europa-numero-recorde-de-pessoas-doentes-e-imunizadas&Itemid=812>. Acesso em: 01 jun 2019.

ORNISH, Dean, *et al.* **Changes in prostate gene expression in men undergoing an intensive nutrition and lifestyle intervention.** Proceedings of the National Academy of Sciences, Jun. 2008, 105 (24) 8369-8374; DOI: 10.1073/pnas.0803080105. Disponível em: <<https://www.pnas.org/content/105/24/8369.short>>. Acesso em: 08 dez. 2019. Tradução nossa.

PAULA, Carla de. **CFM apresenta ranking inédito do gasto per capita em saúde no Brasil.** HEALTHCARE MANAGEMENT: Ideias, Tendências, Líderes e Práticas, 13 nov 2018. Disponível em: <https://hcm.grupomidia.com/cfm-apresenta-ranking-inedito-do-gasto-per-capita-em-saude-no-brasil/>>. Acesso em 08 jun 2019.

PEARSON, DG; CRAIG, T. **The great outdoors? Exploring the mental health benefits of natural environments.** Frontiers in Psychology. 2014. 5:1178. doi:10.3389/fpsyg.2014.01178. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4204431/>>. Acesso em: 20 dez. 2019. Tradução nossa.

PENNA, Ana Cláudia. **Exercício físico como adjuvante no tratamento da dependência de álcool e tabaco: um estudo de revisão.** Revista da Faculdade de Educação Física da UNICAMP, Campinas, v.12, n.3, p.55-78, jul./set. 2014. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/conexoes/article/download/2159/pdf_5/>. Acesso em: 20 dez. 2019.

PERLMUTTER, David; LOBERG, Kristin. **A dieta da mente para a vida: turbine o desempenho do seu cérebro, perca peso e obtenha a saúde ideal.** Tradução: André Fontenelle. 1 Ed. São Paulo: Paralela, 2017.

PINHEIRO, Chloé, e TENORIO, Goretti. **Hipertensão: causas, sintomas, diagnóstico e como baixar a pressão.** Publicado em: 17 maio 2018. Atualizado em 30 out. 2019. Revista Saúde. Disponível em: <<https://saude.abril.com.br/medicina/hipertensao-causas-sintomas-diagnostico-e-como-baixar-a-pressao/>>. Acesso em: 13 jun 2019.

POLTRONIERI, Renato. **Conceitos jurídicos e teoria do ordenamento:** Introdução ao estudo do direito e da norma jurídica, segundo a teoria da unicidade conceitual. 2 ed. São Paulo: Ed. do Autor, 2015, P.56.

PRADO, Bernardete Bisi Franklin do. **Influência dos hábitos de vida no desenvolvimento do câncer.** Cienc. Cult., São Paulo, v.66, n. 1, p.21-24, 2014.

Disponível em: <http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252014000100011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 dez. 2019.

PREFEITURA DE SÃO PAULO. Decreto Municipal nº58.426/2018. **Código de Defesa do Usuário do Serviço Público**. Prefeitura de São Paulo. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/controladoria_geral/arquivos/Codigo_de_Defesa_do_Usuario_do_Servico_Publico_PMSP.pdf>. Acesso em 01 jun 2019.

_____. **Orientações à população para uso da água**. Prefeitura do Município de São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Vigilância em Saúde – COVISA. Publicado em: 08 abr. 2015. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/chamadas/informe_uso_seguro_da_agua_alteraes_agosto_1439308548.pdf>. Acesso em: 08 dez. 2019.

PROCON-ES. **Planos de saúde possuem prazos máximos para marcar consultas e autorizar exames e cirurgias**. Publicado em: 22 abr. 2015. Atualizado em: 22 dez. 2016. Disponível em: <<https://procon.es.gov.br/planos-de-saude-possuem-prazos-maximos-para-m>>. Acesso em: 15 jun 2019.

RASMUSSEN, Martin; LAUMANN, Karin. **The academic and psychological benefits of exercise in healthy children and adolescents**. 2012. European Journal of Psychology of Education. 28. 10.1007/s10212-012-0148-z. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/257488559_The_academic_and_psychological_benefits_of_exercise_in_healthy_children_and_adolescents>. Acesso em: 20 dez. 2019. Tradução nossa.

RASMUSSEN, Bruce; SWEENEY, Kim; SHEEHAN, Peter. **Economic Costs of Absenteeism, Presenteeism and Early Retirement Due to Ill Health: A Focus on Brazil**. Report to the Brazil-U.S. Business Council, the US Chamber of Commerce and the APEC Business Advisory Council. Victoria Institute of Strategic Economic Studies, Victoria University, Melbourne. November 2015. Disponível em: <<http://vuir.vu.edu.au/32703/>>. Acesso em: 20 dez. 2019. Tradução nossa.

_____. **HEALTH AND THE ECONOMY - The Impact of Wellness on Workforce Productivity in Global Markets**. A Report to the U.S. Chamber of Commerce's Global Initiative on Health and Economy. 2016. U.S. Chamber of Commerce. Disponível em: <https://www.uschamber.com/sites/default/files/documents/files/global_initiative_on_health_and_the_economy_-_report.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2019. Tradução nossa.

RAWLS, John. **Uma Teoria da Justiça**. Lisboa: Ed. Presença, 2001.

REALE, Miguel. **Filosofia e Teoria Política: Ensaios**. São Paulo: Saraiva, 2003.

_____. **Teoria do direito e do Estado**. 5. Ed. rev. São Paulo: Saraiva, 2000.

RECLAME AQUI. **Planos de Saúde**. [s.d.] Disponível em: <<https://www.reclameaqui.com.br/categoria/planos-de-saude/>>. Acesso em: 15 jun 2019.

REDAÇÃO PRÊMIO JOVEM CIENTISTA. **Fome oculta: um problema real.** Revista Época. Publicado em 15 abr. 2015. Disponível em: <<https://epoca.globo.com/vida/noticia/2015/04/fome-oculta-um-problema-real.html>>. Acesso em: 25 jun 2019.

RESENDE, Ana Luiza Vieira de, *et al.* **Avaliação de qualidade de vida e custos na saúde suplementar baseada no plano de cuidado multidisciplinar de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis.** Rev Med Minas Gerais 2017; 27 (Supl 1): S23-S29. Disponível em: <<http://rmmg.org/exportar-pdf/2036/v27s1a05.pdf>>. Acesso em 14 jun 2019.

REZENDE, Nanci Figueirôa. **A amplitude da expressão saúde no marco normativo brasileiro.** In Direito à vida e à saúde: impactos orçamentário e judicial. Org. Ana Clara Bliacheriene, José Sebastião dos Santos. São Paulo: Atlas, 2010.

REVISTA ÂMBITO JURÍDICO. **O Injusto Penal Culposos na Sociedade de Risco.** [s.d.] Disponível em: <<http://www.ambito-juridico.com.br/pdfsGerados/artigos/1816.pdf>>. Acesso em: 01 jun 2019.

REVISTA Saúde. **10 grandes ameaças à saúde em 2019, segundo a OMS.** Publicado em: 14 fev. 2019. Disponível em: <<https://saude.abril.com.br/medicina/10-grandes-ameacas-a-saude-em-2019-segundo-a-oms/>>. Acesso em: 13 jun 2019.

RITCHIE, Hannah. **O que mais mata as pessoas ao redor do mundo?** BBC, Oxford Martin School e Global Change Data Lab, 2019. Publicado em: 06 mar. 2019. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/internacional-47471602>>. Acesso em: 08 jun 2019.

ROCHA, Marcela Magalhães, *et al.* **Direito do consumidor - proteção à vida e à saúde.** Publicado em 07 dez. 2011. Disponível em: <<http://www.egov.ufsc.br/portal/conteudo/direito-do-consumidor-prote%C3%A7%C3%A3o-%C3%A0-vida-e-%C3%A0-saude>>. Acesso em 09 jun 2019.

ROSS, Alf. **Algumas características da história do direito natural.** Direito e justiça. São Paulo, Edipro, 1.^a, 2000.

ROUSSEAU, Jean-Jacques. **Do Contrato Social.** Tradução por: Pietro Nassetti. São Paulo: Editora Martin Claret, 2006.

SAGNER, Michael, *et al.* **The P4 Health Spectrum – A Predictive, Preventive, Personalized and Participatory Continuum for Promoting Healthspan.** Progress in Cardiovascular Diseases, Volume 59, Issue 5, March–April 2017, Pages 506-521. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0033062016300780?via%3Dihub#!>>. Acesso em: 08 dez. 2019. Tradução nossa.

SAINT-ARNAUD, Yves. **A Pessoa Humana: Introdução ao estudo da pessoa e das relações interpessoais.** 2. Ed. Tradução por: Mosteiro de Maria, Mãe do Cristo. São Paulo: Edições Loyola, 1984.

SALDIVA, Paulo Hilário Nascimento; VERAS, Mariana. **Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras.** Estud. av., São Paulo, v. 32, n. 92, p. 47-61, Abr. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142018000100047&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 Jun 2019.

SAMPAIO, Leonardo Rodrigues, CAMINO, Cleonice P. Santos e ROAZZI, Antonio. **JUSTIÇA DISTRIBUTIVA: UMA REVISÃO DA LITERATURA PSICOSSOCIAL E DESENVOLVIMENTISTA.** In Psicologia em Estudo, Maringá, v. 14, n. 4, out./dez. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v14n4/v14n4a03>>. Acesso em: 28 de agosto de 2017.

SANFELICE, Patrícia de Mello. **O Princípio da Solidariedade – Origem, Características e Aplicação na Seguridade Social.** In Revista de Direito Social, Ano 2, Jul/Set 2002, n.7. Porto Alegre: Notadez, 2002.

SANTOS, Heloísa Souza dos; MEDEIROS, André Aparecido. **Migração e Acesso aos Serviços de Saúde: A Necessidade da Pauta Intercultural para o Cumprimento dos Direitos Humanos.** 2017. XV Semana de Relações Internacionais da UNESP – Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu. Disponível em: <<http://www.inscricoes.fmb.unesp.br/upload/trabalhos/20177311134.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2019.

SANTOS, Lenir. **A Integralidade da assistência à saúde: Qual o padrão que a sociedade irá definir para o país?** In Direito Sanitário: Oportuna discussão via coletânea de textos do ‘blog Direito Sanitário: Saúde e Cidadania’. Org. Neilton Araujo de Oliveira. 1. Ed. Brasília: ANVISA, CONASEMS, CONASS, 2012.

SANTOS, Lenir, e ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. **SUS: Atenção Primária ou Prioritária?** In Direito Sanitário: Oportuna discussão via coletânea de textos do ‘blog Direito Sanitário: Saúde e Cidadania’. Org. Neilton Araujo de Oliveira. 1. Ed. Brasília: ANVISA, CONASEMS, CONASS, 2012.

SARLET, Ingo Wolfgang, e KEINERT, Tania Margarete Mezzomo. **O direito fundamental à privacidade e as informações em saúde: alguns desafios.** In Proteção à privacidade e acesso às informações em saúde: tecnologias, direitos e ética. Org. Tania Margarete Mezzomo Keinert, et al. Temas em saúde coletiva, 18. São Paulo: Instituto de Saúde, 2015.

SARLET, Ingo Wolfgang, e SARLET, Gabrielle Bezerra Sales. **Igualdade como proibição de discriminação e direito à (dever de) inclusão: o acesso ao ensino superior e a regulamentação do Estatuto Brasileiro de Pessoas com Deficiência.** In Direito Público, v.14, n.78, nov-dez/2017. Porto Alegre: Síntese; Brasília: Instituto Brasiliense de Direito Público, 2017.

SARRIS, Jerome, et al. **Nutritional medicine as mainstream in psychiatry.** 2015. The Lancet Psychiatry. 2. 10.1016/S2215-0366(14)00051-0. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/271385360_Nutritional_medicine_as_mainstream_in_psychiatry>. Acesso em: 20 dez. 2019. Tradução nossa.

SAÚDE BRASIL. Ministério da Saúde. **Alimentação adequada e saudável aumenta a imunidade e pode prevenir doenças**. Publicado em: 23 nov. 2017. Disponível em: <<http://saudebrasil.saude.gov.br/eu-quero-me-alimentar-melhor/alimentacao-adequada-e-saudavel-aumenta-a-imunidade-e-pode-prevenir-doencas>>. Acesso em: 20 dez. 2019.

SCERBO, F. *et al.* **Effects of exercise on cravings to smoke: the role of exercise intensity and cortisol**. Journal of Sports Sciences, Volume 28, 2010 - Issue 1, p. 11–19. Tradução nossa.

SCHUCH, Jaqueline Bohrer, *et al.* **Nutrigenética: a interação entre hábitos alimentares e o perfil genético individual**. Revista Brasileira de Biociências, v.8, n.1, 2010. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/seerbio/ojs/index.php/rbb/article/view/1332>>. Acesso em: 04 dez. 2019.

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

SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio Carvalho. **O conceito de saúde**. Revista de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Vol. 31, n. 5, outubro 1997, p.538-42.

SENADO FEDERAL. **Estudo da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre segurança no trânsito mostra importância de leis sobre uso de capacete por motociclistas**. Revista de audiências públicas do Senado Federal. Ano 4 – nº 13 – Novembro de 2012. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/noticias/Jornal/emdiscussao/motos/equipamentos/estudo-da-organizacao-mundial-da-saude-oms-sobre-seguranca-no-transito-mostra-importancia-de-leis-sobre-uso-de-capacete-por-motociclistas.aspx>>. Acesso em 07 jun 2019.

SILVA, Amanda Ramalho, *et al.* **Doenças crônicas não transmissíveis e fatores sociodemográficos associados a sintomas de depressão em idosos**. J. bras. psiquiatr., Rio de Janeiro, v.66, n.1, p.45-51, Mar. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852017000100045&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 Nov. 2019.

SILVA, Denise dos Santos Vasconcelos. **Direito à saúde: Ativismo Judicial, Políticas Públicas e Reserva do Possível**. Curitiba: Juruá, 2015.

SILVA, Lissa Caron Sarraf e; KHAMIS, Renato Braz Mehanna. **Compromissos internacionais como base para o desenvolvimento de indicadores de saúde no Brasil**. In UNISANTA Law and Social Science; Vol. 7, nº3 (2018), pp.120-139, ISSN2317-1308.

_____. **Os indicadores de saúde e sua importância para a elaboração e revisão de políticas públicas de saúde**. In UNISANTA Law and Social Science; Vol. 7, nº3 (2018), pp.342-368, ISSN2317-1308.

SILVA, Luís Virgílio Afonso da. **O proporcional e o razoável**. RT/Fasc. Civ. Ano 91. V. 798. Abr.2002. p.23-50. Brasil: Editora Revista dos Tribunais, 2002. ISSN 0034-9275.

SILVA, M. E. DE A. **Direito À Saúde: Evolução Histórica, Atuação Estatal e Aplicação da Teoria de Karl Popper.** Revista Digital Constituição e Garantia de Direitos, v.9, n.2, p.4-22, 8 jun. 2017. Disponível em: <<http://periodicos.ufrn.br/constituicaoegarantiadedireitos/article/download/12251/8480/+&cd=3&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>>. Acesso em 07 jun 2019.

SILVA, Roberto Baptista Dias da; ISTAMATI, Gisela Barroso. **Eutanásia, células-tronco e feto anencéfalo: os debates nas audiências públicas e os argumentos para a discussão da eutanásia.** Revista da AJURIS, Porto Alegre, v.42. n. 138, Junho/2015, p.109-129.

SILVA, Rodrigo Sinnott *et al.* **Atividade física e qualidade de vida.** Ciênc. Saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 115-120, Jan. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000100017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 dez. 2019.

SIMON, Letícia Coelho. **Desafio: Concretização do Direito à Saúde Pública no Brasil.** In Para Entender a Gestão do SUS – 2015. Brasil: Conselho Nacional De Secretários De Saúde – CONASS, 2015.

SISTEL. **Carta ao Médico.** 2019. Disponível em: <https://www.sistel.com.br/sistel/export/sites/default/.content/downloads-pdf/PEP2019_CartaMedico.pdf>. Acesso em: 28 jun 2019.

_____. **Pacote Preventivo: Saiba mais sobre o Pacote de Exames Preventivos.** 2019. Disponível em: <http://www.sistel.com.br/sistel/opencms/servicos?s=/.content/servicos/pacote_preventivo.html>. Acesso em: 28 jun 2019.

_____. **PEP – Pacote de Exames Preventivos.** 2019. Disponível em: <https://www.sistel.com.br/sistel/opencms/servicos?s=/.content/servicos/pacote_preventivo.html>. Acesso em: 28 jun 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA. **Doenças Crônicas e o Impacto no PIB Brasileiro.** Publicado em: 30 nov. 2015. Disponível em: <<https://www.endocrino.org.br/doencas-cronicas-e-o-impacto-no-pib-brasileiro/>>. Acesso em: 14 jun 2019.

STAPLEY, Lionel F. **Entendendo Indivíduos, Grupos e Organizações Abaixo da Superfície: Uma Introdução.** Tradução por: Tiago Sousa Mendes e Deirdre Giraldo. Campinas: Pontes Editores, 2011.

STRINGARI, Amana Kauling. **O benefício de prestação continuada como política de afirmação da dignidade da pessoa humana.** In Revista de Direito Social, Abr./Jun. 2009, n.34. Porto Alegre: Notadez, 2009.

SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS (SUSEP). **CIRCULAR Nº 029 de 20 de dezembro de 1991.** Disponível em: <<http://www.susep.gov.br/textos/Cir.29-91Consolidada.pdf>>. Acesso em 15 jun 2019.

_____. **DPVAT.** [s.d.] Disponível em: <<http://www.susep.gov.br/setores-susep/cgpro/dpvat>>. Acesso em 06 jun 2019.

_____. **Manual de Metodologia para a Avaliação Atuarial anual do Seguro DPVAT.** Deliberação SUSEP nº 208/18. c2018. Disponível em: <<http://www.susep.gov.br/setores-susep/cgsoa/copra/arquivos-copra/orientacoes/Manual%20da%20Metodologia%20de%20Tarifacao%20do%20Seguro%20DPVAT.pdf>>. Acesso em 06 jun 2019.

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. **1. Responsabilidade Civil Ambiental, Princípio do Poluidor-Pagador, Princípio da Reparação Integral, Princípio da Melhoria da Qualidade Ambiental e Princípio *in Dubio pro Natura*.** Revista do Superior Tribunal de Justiça. RSTJ, a. 27, (239): 23-424, julho/setembro 2015. Disponível em: <https://ww2.stj.jus.br/docs_internet/revista/electronica/stj-revista-electronica-2015_239_1_capResponsabilidadeCivil.pdf>. Acesso em: 09 jun 2019.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. **HC 111244 SP.** Julgamento em 10 abr. 2012. Publicado em: Dje-124 Divulg. 25-06-2012. Public. 26-06-2012. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/processo/verProcessoTexto.asp?id=3143509&tipoApp=RTF>>. Acesso em: 07 jun 2019.

_____. **Relatora encerra audiência pública sobre descriminalização do aborto.** Publicado em 06 ago. 2018. Disponível em: <<https://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=386005>>. Acesso em: 08 jun 2019.

_____. **STF afirma legitimidade do MP para postular fornecimento de medicamentos por meio de ação civil pública.** Publicado em 15 ago. 2018. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=386926>>. Acesso em: 15 jun 2019.

TARTUCE, Flavio. **Manual de Direito Civil.** Volume único. Rio de Janeiro: Forense; São Paulo: Método, 2011.

TAYLOR, Adrian; KATOMERI, Magdalena. **Walking reduces cue-elicited cigarette cravings and withdrawal symptoms, and delays ad libitum smoking.** *Nicotine & Tobacco Research*, Volume 9, Issue 11, November 2007, Pages 1183–1190. Disponível em: <<https://academic.oup.com/ntr/article-abstract/9/11/1183/1063501?redirectedFrom=fulltext>>. Acesso em: 20 dez. 2019. Tradução nossa.

THE ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT. **Democracy Index 2018: Me too?** Political Participation, protest and democracy. c2019. Disponível em: <http://www.eiu.com/Handlers/WhitepaperHandler.ashx?fi=Democracy_Index_2018.pdf&mode=wp&campaignid=Democracy2018>. Acesso em: 20 nov. 2019. Tradução nossa.

TOAZZA, Vinícius Francisco; SANTIN, Janaína Rigo. **PRINCÍPIO DA PARTICIPAÇÃO E AUDIÊNCIAS PÚBLICAS: UM ENFOQUE NO DIREITO COMPARADO.** [ca. 2014] Disponível em: <<http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=ce3b5506fc4151c9>>. Acesso em: 09 jun 2019.

UNHCR/ACNUR – Agência da ONU para Refugiados. **Dados sobre refúgio**. [s.d.] Disponível em: <<https://www.acnur.org/portugues/dados-sobre-refugio/perguntas-e-respostas/#terceiro>>. Acesso em: 25 jun 2019.

UNRIC – Centro Regional de Informação das Nações Unidas. 2016. **Indicadores para monitorização dos ODS vão completar arquitetura da Agenda 2030**. Publicado em: 08 mar. 2016. Disponível em: <<https://www.unric.org/pt/actualidade/32212--indicadores-para-monitoriacao-dos-ods-representam-a-ultima-peca-que-faltava-na-arquitetura-da-agenda-2030>>. Acesso em: 11 nov. 2018.

USSHER, M. *et al.* **Effect of a short bout of exercise on tobacco withdrawal symptoms and desire to smoke**. *Psychopharmacology*, New York, v. 72, 2001, p. 158-166. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs002130100846>>. Acesso em: 20 dez. 2019. Tradução nossa.

VALERA, Renata. **Pessoa Jurídica e Desconsideração da Personalidade Jurídica**. Publicado em: 19 abr. 2016. Disponível em: <<https://renatavalera.jusbrasil.com.br/artigos/326228510/pessoa-juridica-e-desconsideracao-da-personalidade-juridica>>. Acesso em: 01 jun 2019.

VARELLA, Drauzio. **O preço da saúde**. Publicado em 07 abr. 2014. Revisado em 25 jun. 2019. Disponível em: <<https://drauziovarella.uol.com.br/drauzio/o-preco-da-saude/>>. Acesso em: 26 jun 2019.

VARTANIAN, L. R., *et al.* **Clutter, Chaos, and Overconsumption: The Role of Mind-Set in Stressful and Chaotic Food Environments**. 2017. *Environment and Behavior*, 49(2), 215–223. <https://doi.org/10.1177/0013916516628178> Disponível em: <<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0013916516628178#articleCitationDownloadContainer>>. Acesso em: 20 dez. 2019. Tradução nossa.

VIEIRA, José Eduardo Andrade. **A sociedade Civil e o Pacto Social**. Brasília: Centro Gráfico do Senado Federal, 1991.

WANDERLEY, Luiz Eduardo W. **Modernidade, pós-modernidade e implicações na questão social latino-americana**. In *Ciências Sociais na atualidade: realidades e imaginários*. Org. Teresinha Bernardo, Paulo-Edgar Almeida Resende. São Paulo: Paulus, 2007.

WEBER, Max. **Metodologia das ciências sociais**, parte 2. Tradução por: Augustin Wernet. 2. Ed. São Paulo: Cortez; Campinas: Editora da Universidade Estadual de Campinas, 1995.

WEISS, Cristian Edel. **Em cada cinco consultas médicas agendadas, um paciente falta e gera prejuízo de R\$ 13,4 milhões em SC**. Publicado em: Mar. 2017. Disponível em: <<http://dc.clicrbs.com.br/sc/estilo-de-vida/noticia/2017/03/em-cada-cinco-consultas-medicas-agendadas-um-paciente-falta-e-gera-prejuizo-de-r-13-4-milhoes-em-sc-9739621.html>>. Acesso em: 15 jun 2019.

WIRTI, Joana. **Teoria do risco administrativo e teoria do risco integral.** Divergências Doutrinárias. Revista Jus Navigandi, ISSN 1518-4862, Teresina, ano 15, n. 2542, 17 jun. 2010. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/15049>>. Acesso em: 7 jun. 2019.

ZVIRBLIS, Alberto Antonio. **Democracia participativa e opinião pública:** Cidadania e Desobediência Civil. São Paulo: RCS Editora, 2006.