

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

SAMANTHA STANCO DE JESUS

MISTANÁSIA: O FRUTO EMPEDERNIDO DA
VULNERABILIDADE NA SAÚDE PÚBLICA.

Santos – SP
2022

SAMANTHA STANCO DE JESUS

**MISTANÁSIA: O FRUTO EMPEDERNIDO DA
VULNERABILIDADE NA SAÚDE PÚBLICA.**

**Dissertação apresentada à
Universidade Santa Cecília como
parte dos requisitos para obtenção
do título de Mestre no Programa de
Pós-Graduação em Direito da Saúde
sob a orientação da Profa. Dra. Rosa
Maria Ferreiro Pinto.**

**Santos – SP
2022**

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

344.04 de Jesus, Samantha Stanco.
J56m Mistanásia: o fruto empedernido da vulnerabilidade na saúde pública. /
Samantha Stanco de Jesus.
2021.
88 f.

Orientadora: Profa. Dra. Rosa Maria Ferreiro Pinto.

Dissertação (Mestrado)-- Universidade Santa Cecília,
Pós-graduação em Direito da Saúde: Dimensões Individuais e
Coletivas, Santos, SP, 2022.

1. Mistanásia. 2. Saúde Pública. 3. Direito em Saúde.
4. Assistência Social. I. Pinto, Rosa Maria Ferreiro.
II. Mistanásia: o fruto empedernido da vulnerabilidade na saúde
pública.

AGRADECIMENTOS

Desejo exprimir os meus agradecimentos a todos aqueles que, de alguma forma, permitiram que esta tese se concretizasse.

Aos céus emito minha gratidão, para que as comoções de meu coração, atinjam àquela que, de fato, fora pivô desta realização.

RESUMO

As camadas mais pobres da população brasileira enfrentam constantes situações de discriminações e desvantagens, reforçando ainda mais as condições de vulnerabilidade da saúde e prejudicando o avanço da mesma. A Mistanásia surge como um problema que atinge aqueles cidadãos que não possuem condições de custear a assistência em saúde e consequentemente, dependem dos cuidados do Sistema Único de Saúde (SUS). O objetivo geral deste estudo foi analisar a relação entre Mistanásia e a Saúde Pública brasileira, considerando os fundamentos jurídicos e sociais. Foi realizada uma pesquisa bibliográfica em livros, artigos científicos de bases reconhecidas, teses, dissertações encontradas na Internet e as legislações sobre o tema pertinente. Este estudo demonstrou que quando o sistema público de torna ineficiente, a judicialização da saúde torna-se um instrumento para assegurar com que os cidadãos tenham acesso adequadamente aos seus direitos, sendo, portanto, uma questão ampla e diversa que ainda merece debates significativos para identificar que nem os direitos sociais da população e a atuação do poder público sejam afetados. Conclui-se que somente com a garantia de um sistema público de saúde universal como o SUS, as necessidades de atenção à saúde da população serão supridas e efetivadas, reduzindo os casos de Mistanásia.

Palavras-chave: Mistanásia. Saúde Pública. Direito em Saúde. Assistência Social.

ABSTRACT

The poorest sections of the Brazilian population face constant situations of discrimination and disadvantage, further reinforcing the conditions of health vulnerability and hindering its progress. Pakistan has emerged as a problem that affects those citizens who are unable to afford health care and, consequently, depend on the care of the Unified Health System (SUS). The general objective of this study is to analyze the relationship between Pakistan and Brazilian Public Health, considering the legal and social foundations. A bibliographic search was carried out on books, scientific articles with recognized bases, theses, dissertations found on the Internet and the legislation on the relevant topic. This study demonstrates that when the public system becomes inefficient, the judicialization of health becomes an instrument to ensure that citizens have adequate access to their rights, being, therefore, a broad and diverse issue that still deserves significant debates to identify that neither the social rights of the population nor the performance of the public authorities are assessed. It is concluded that only with the guarantee of a state and single SUS, the needs of the population will be met and participation and control will be carried out, reducing the cases of Pakistan.

Keywords: Mistanasia. Public Health. Health Law. Social Assistance.

LISTA DE TABELAS

Quadro 1 – Vigilância Social.....	47
Quadro 2 – Ações de saúde baseada nos direitos humanos.....	60

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CFM – Conselho Federal de Medicina

CRAS – Centro de Referência de Assistência Social

ESF – Estratégia de Saúde da Família

FNAS – Fundo Nacional de Assistência Social

LOAS – Lei Orgânica de Assistência Social

PAIF – Proteção e Atendimento Integral à Família

PNAS – Política Nacional de Assistência Social

SUAS – Sistema Único de Assistência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I – AS CONCEPÇÕES DE MORTE: ASPECTOS HISTÓRICOS, SOCIO-CULTURAIS, FILOSÓFICOS E RELIGIOSOS.....	4
1.1 CONCEPÇÕES DA MORTE ATRAVÉS DOS TEMPOS.....	4
1.2 ASPECTOS SOCIOCULTURAIS E FILOSÓFICOS DA MORTE.....	9
1.3 ASPECTOS RELIGIOSOS	13
CAPÍTULO II - A DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA E O MORRER	18
2.1 A DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA COMO DIREITO HUMANO	18
2.2 DIREITO FUNDAMENTAL À VIDA E À MORTE DIGNA	22
2.3 CUIDADOS PALIATIVOS.....	25
CAPÍTULO III - VULNERABILIDADE SOCIAL E SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL.....	30
3.1 SAÚDE: DIREITO DE TODOS E DEVER DO ESTADO.....	30
3.2 SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA E SUA IMPORTÂNCIA PARA UMA VIDA DIGNA.....	31
3.3 PRINCÍPIOS E ESTRUTURA DO SUS.....	35
3.4 GARANTIA DO ATENDIMENTO ISONÔMICO NA SAÚDE PÚBLICA.....	36
3.5 VULNERABILIDADE SOCIAL E ACESSO A SAÚDE	38
3.6 O SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – SUAS NO ENFRENTAMENTO DA VULNERABILIDADE SOCIAL.....	43
CAPÍTULO IV – MISTANÁSIA: A MORTE NÃO DIGNA.....	48
4.1 ORIGEM ETIMOLOGICA E CONCEITOS.....	48
4.2 CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS DA MISTANÁSIA NA SOCIEDADE.....	52
4.2.1 MISTANÁSIA MATERIALIZADA: PANDEMIA DA COVID-19.....	63
4.3 ASPECTOS JURÍDICOS	65
4.4 O PAPEL DA ASSISTÊNCIA SOCIAL E A SAÚDE NO COMBATE À MISTANÁSIA	72
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	75

REFERÊNCIAS.....77

INTRODUÇÃO

*Ergo meus olhos aos mais altos astros buscando respostas para o dia do juízo
Clamo misericórdia aos deuses, que em silencio insistem a me torturar
Que há de mal deixar-me nesta terra ficar?
Que há de bem avisar-me quando hão de me levar?
E neste burburinhar, morro num soslaio;
Sem dar-me tempo, nem sequer, de acenar.
(Samantha Stanco de Jesus)*

A dignidade da pessoa humana é reconhecida como um dos principais direitos fundamentais previstos pela Constituição Federal, que torna o Brasil um Estado Democrático de Direito. Este direito envolve a liberdade e poder de escolha do indivíduo, assim como a igualdade em receber a assistência pelo Estado e o atendimento de suas necessidades básicas com o auxílio dos três poderes: Executivo, Judiciário e Legislativo. Isto garante que o cidadão mantenha o acesso integral aos serviços públicos (LIMA et al., 2019).

Conforme a Constituição Brasileira, a saúde apresenta caráter individual e coletivo, sendo o Estado responsável por prover e executar Políticas Públicas direcionadas para a promoção, proteção e recuperação do bem-estar da população, mediante iniciativas efetivas (BULLÉ, 2016).

Segundo Salvador (2016) existe um crescente desafio em relação ao poder público para assegurar o direito à saúde individual sem aferir os programas voltados para o bem-estar coletivo pautado no atendimento igualitário, sobretudo, na assistência universal de toda a população.

Ao invés da via judicial ser adotada apenas em situações onde a ineficiência dos serviços de saúde fosse claramente observada, os processos judiciais estão se demonstrando como primeira alternativa para que o cuidado com a saúde do cidadão seja devidamente garantido.

Cabe ressaltar que a acessibilidade aos serviços de saúde se encontra associada à integralidade e consequentemente à vulnerabilidade dos indivíduos no que se refere às ações assistenciais responsáveis por garantir a promoção

da saúde em todas as esferas e competências, visando solucionar todos os problemas dos usuários que necessitam de atendimento.

Entretanto, as camadas mais pobres da população brasileira enfrentam constantes situações de discriminações e desvantagens, reforçando ainda mais as condições de desigualdades sociais que implicam nas desigualdades em saúde e prejudicando, assim, o acesso ao atendimento com qualidade. (ALBUQUERQUE, 2015).

Nesse contexto, a Mistanásia surge como um problema que atinge aqueles cidadãos que não possuem condições de custear a assistência em saúde e conseqüentemente, dependem unicamente dos cuidados do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Mistanásia é entendida como a morte dos cidadãos, que normalmente sofrem exclusão social, em razão de não receber o atendimento adequado para um problema de saúde que poderia ter sido evitado ou tratado (VARGAS, 2020).

O estudo recente de Terra e Cabral (2021) demonstra que a Mistanásia ocorre mediante o abandono dos cidadãos brasileiros pelo Poder Público, que se mantém omissos perante a morte de milhares de cidadãos brasileiros que não recebem a assistência em saúde devida, tendo sobretudo, os direitos à vida e à morte justa lesados.

A morte faz parte do nosso ciclo vital e o direito à vida é um direito fundamental que deve se adequar ao conceito atual de vida digna, há a necessidade de se debater questões relacionadas ao princípio da dignidade da pessoa humana em relação também à morte digna. Pretende-se que o presente estudo amplie a percepção da sociedade em geral para a temática abordada, contribuindo para a disseminação de informação e desenvolvimento de uma consciência social perante os direitos fundamentais dos cidadãos, incluindo sua forma de morrer.

Assim, tomou-se como **objeto** de estudo a Mistanásia na saúde pública brasileira associada à dignidade da pessoa humana.

Para tratar esse objeto, o **objetivo geral** deste estudo foi analisar a relação entre Mistanásia e a Saúde Pública brasileira, considerando os fundamentos jurídicos e sociais. Os **objetivos específicos** envolvem: compreender os aspectos históricos, socioculturais, filosóficos e religiosos da concepção de morte; avaliar a efetividade dos direitos fundamentais do cidadão

e da dignidade humana em relação ao direito à vida e à morte digna; enfatizar a relação entre a vulnerabilidade social e a acessibilidade à saúde pelos cidadãos.

Essa investigação qualitativa do tipo exploratória foi desenvolvida pelo método indutivo utilizando-se de uma pesquisa bibliográfica, a qual propiciou a coleta de informações e dados teóricos dos principais fenômenos relacionados com o assunto, e consequentemente o entendimento das diferentes contribuições científicas atuais existentes sobre a temática. A coleta dos referenciais bibliográficos se deu em livros, artigos científicos de bases reconhecidas, teses, dissertações encontradas na Internet e as legislações sobre o tema pertinente e sua interpretação a partir da técnica de análise de conteúdo.

Esse estudo está estruturado em quatro capítulos e as considerações finais. No primeiro capítulo tratou-se da concepção da morte a partir dos aspectos históricos, socioculturais, filosóficos e religiosos. No segundo, fez-se a relação entre a morte e dignidade da pessoa humana. Já no terceiro capítulo, buscou-se relacionar a vulnerabilidade social e a saúde pública, para no quarto tratar-se da Mistanásia, suas causas e consequências na sociedade brasileira. Para finalizar, apresentou-se as considerações finais acerca da Mistanásia e os aspectos jurídicos e sociais que a mesma abarca.

1. AS CONCEPÇÕES DE MORTE: ASPECTOS HISTÓRICOS, SOCIO-CULTURAIS, FILOSÓFICOS E RELIGIOSOS

O presente capítulo traz à tona os aspectos gerais que permeiam este facto irreversível e entendido como o clímax da tragédia: a morte. Promovendo o aclaramento inicial do termo em si e das diversas representações históricas, socioculturais, filosóficas e religiosas que estão imbricadas na relação entre o homem e sua finitude.

1.1 Concepções da Morte Através dos Tempos

A morte faz parte do ciclo natural dos indivíduos. Embora seja fato tal proposição, vê-se que ainda hoje o homem não sabe lidar com o ato de deixar de existir. Seja esse fato diretamente relacionado a ele, seja a terceiros. Diferente de todos os outros animais, que não sabem que morrerão, nós seres humanos, a partir do momento em que o homem adquire compreensão da vida, paralelamente adquire compreensão sobre a morte também.

A forma como os povos constroem o seu imaginário sobre céu, inferno e purgatório, bem como as práticas de funerais, e as representações sobre o morrer, a secularização destas práticas e suas múltiplas formas permitem analisar historicamente como a morte era encarada em determinados períodos históricos e quais suas repercussões sociais.

Ao longo dos séculos, a atitude do ser humano diante da morte mudou substancialmente. A morte que era natural, familiar e socialmente abordada na Idade Média passa a ser tomada como ruptura (AIRÈS, 2014). Considerando tal aspecto, cada civilização define-se e pode ser estudada a partir da maneira como enterra seus mortos, pelo modo como a morte é vivida e representada.

Logo no início das civilizações o tema que embarca a morte tem sido compreendido e retratado de diversas maneiras. Com o passar das eras, a religiosidade, a crença e a cultura fizeram com que esta (a morte) fosse temida, admirada, respeitada e até mesmo desejada.

A concepção que se tem acerca da morte sofreu, então, diversas interpretações ao longo dos tempos seja pelos fatores históricos, culturais ou

filosóficos, o que se conhece hoje como a funesta e dolorosa perda é de fato resultante de todo um movimento da evolução da história da humanidade.

Antigamente, a morte era uma tragédia – muitas vezes cômica – na qual se representava o papel daquele que vai morrer. Hoje, a morte é uma comédia – muitas vezes dramática – onde se representa o papel daquele que não sabe que vai morrer. (PHILIPPE ARIÈS, 1988, p. 244)

As transformações das concepções acerca da morte passam despercebidas por serem deveras paulatinas e seguidas por longos períodos de estabilidade e separadas por gerações fazem com que ultrapassem a capacidade anamnética do ser humano.

Socialmente elaboradas e compartilhadas (SPINK, 1993), são construídas a partir das relações e interações entre os grupos sociais tornando possível a comunicação entre os indivíduos e grupos na vida cotidiana, atravessando a história da humanidade e, assim, mudando as crenças e práticas relativas à morte ao longo da história humana.

A morte tem um papel de grande relevância nas sociedades. Para Giacoia (2005, p.74), a maneira como uma sociedade se posiciona diante da morte e do morto tem um papel decisivo na constituição e na manutenção de sua própria identidade coletiva e, conseqüentemente, na formação de uma tradição cultural comum. Como ilustra Caputo (2008, p.74):

A sociedade Mesopotâmica sepultava seus mortos com tamanho zelo que juntamente com o corpo eram postos vários pertences que marcavam a identidade pessoal e familiar do mesmo (roupas, objetos de uso pessoal e até mesmo a sua comida favorita), garantindo assim que nada lhe faltaria na travessia do mundo da vida para o mundo da morte, implantado no subterrâneo terrestre. Este rito objetivava a representação de morte que os mesopotâmios tinham, que era a de passagem.

De acordo com Caputo (2008, p. 74), os gregos tinham como característica cultural nos seus ritos funerários a prática de cremar os corpos dos mortos, com o intuito de marcar a nova condição existencial destes, a condição social de mortos.

Entretanto, havia dois tipos de mortos basicamente: os mortos comuns e anônimos e os heróis falecidos. Os primeiros eram cremados e enterrados coletivamente em valas, uma vez que eram vistos como simples mortais. Já o segundo tipo era levado à pira crematória, reservada para os grandes heróis, na cerimônia da bela morte, uma vez que nas representações dos gregos esse tipo de morte tornava imortal o morto. Esse tipo de simbolização da morte pode ser constatada na obra de Homero, denominada *Ilíada*, onde o autor aponta Aquiles como o melhor dos gregos em função de seus atos de bravura (GIACOIA, 2005).

Na era primitiva o processo de morrer costumava ser doloroso e rápido. Algumas sociedades primitivas temiam a morte porque acreditavam que ela não era um processo natural, mas uma ocorrência não natural e acidental. Outras sociedades não temiam a morte. Eles perceberam a morte não como um fim ou extinção da vida, mas como uma mudança na existência na qual a alma passou para outro reino. Assim, foram desenvolvidos inúmeros rituais que auxiliassem os indivíduos na transição do mundo dos vivos para o mundo dos mortos (SAN FILIPPO, 2006).

Segundo Silva et al. (2017, p. 03) os egípcios são reconhecidos como:

(...) o povo mais religioso da terra sem nenhum exagero, pois a forma como eles viviam e o respeito dedicado aos mortos estava inserido de tal forma no seu dia-a-dia que uma coisa não estava separada da outra.

Segundo Ariès (1988), há desde a Idade Média uma familiaridade com a morte, incomum aos dias atuais, igualava-se quase a um acontecimento público, ritualístico e desprovido de qualquer caráter dramático ou gestos de emoção excessivos. Os restos mortais comumente enterrados nos pátios das igrejas, que serviam também como palco para as festas populares e feiras. Mortos e vivos coexistiam no mesmo espaço.

A partir de 1.231, com a imposta catequese e a ascensão da Igreja Católica os costumes álares foram proibidos, jogos, danças e feiras nos cemitérios passaram a ser considerados heresias. A ideia de comemorações sobre terrenos sepultados começava a soar incômoda.

Em meados do século XII, os jazidos anônimos passaram a ser identificados por inscrições, efígies e retratos, asseverando a importância de identidade mesmo após a morte.

A partir do século seguinte a morte assume definitivamente com um sentido dramático, marcada com um traço fúnebre, característico e tão familiar atualmente, encarada como uma transgressão que arrebatava barbaramente o homem de seu esplendor e sua família. O luto passa a ser exagerado e o sofrimento obrigatório. Bebidas, danças e farturas passam a ser um verdadeiro ultrage às memórias dos entes; e o homem não teme mais tanto a própria morte, mas sim a do outro.

Na Idade Média, as Igrejas adotaram as sepulturas, especialmente para as pessoas de prestígio, permitindo a veneração mesmo após a morte. Os tamanhos dos túmulos já indicavam as diferenças sociais entre os indivíduos, sendo os indigentes enterrados em valas coletivas, sem a presença de rituais. Ainda nesta época, quando as pessoas faleciam por acidentes ou envenenamentos, a morte era definida como maldita (ALVIM, 2020). Cita-se ainda que:

[...] no século XVII e também no XVIII se destaca o medo de ser enterrado vivo e despertar dentro do túmulo, enterrado por engano. Assim surgem os ritos e cerimônias para atrasar os enterros, que foram denominados de velórios, que na época duravam em média dois dias, para tentar garantir que o enterro acontecesse realmente quando morte fosse definitiva, aguardava-se a visão da concretude da morte, quando a decomposição ficava visível, para que o corpo fosse enterrado (ALVIM, 2020, p. 05).

Nos tempos pré-modernos, a morte em idade jovem era comum devido às condições de vida e práticas médicas. Alvim (2020) expõe que no século XX, houve o distanciamento da morte como um fenômeno natural, visto que o enfrentamento se deu nas instituições de saúde e não mais nos lares familiares. Com isso, quando os pacientes recebiam assistência médica hospitalar, muitas famílias desenvolviam o medo da morte, experimentando o luto antecipado mediante o receio de perder o ente querido.

À medida que a ciência médica avançou e ajudou os humanos a viverem mais, as atitudes e reações à morte também mudaram. Nas sociedades ocidentais modernas, a morte é frequentemente ignorada ou temida. Mudanças no estilo de vida e melhorias na ciência médica despersonalizaram a morte e a tornaram uma usurpação da vida, em vez de parte da vida. Isso deixou muitas pessoas incapazes de lidar com a morte quando ela afeta suas vidas (SAN FILIPPO, 2006).

Na sociedade moderna, a morte é organizada socialmente de forma objetiva. Esse processo de objetivação do morrer é resultado da convergência de duas transformações que se encontram interligadas: por um lado, do encontro das racionalidades científicas das áreas médicas e mercantil, bem como da indústria funerária; por outro, do declínio progressivo da religião no processamento da morte na modernidade. (MATTEDI; PEREIRA, 2007, p.320)

Assim, a morte converte-se num ponto de passagem de uma extensa rede de conhecimentos sociotécnicos, para o qual convergem as intervenções especializadas, operadas por médicos, enfermeiros, psicólogos, atendentes funerários e, inclusive, cientistas sociais, que organizam o significado moderno do morrer (Cf. WILLMOTT, 2000).

Como explicam Mattedi e Pereira (2007, p. 320):

Com isso, a experiência emocional da morte é transferida para a esfera privada. Mais precisamente, é circunscrita ao grupo familiar e dos amigos. O significado dessa sanitização efetuada pela medicalização, mercantilização e privatização da morte é tornar o morrer invisível, ou, pelo menos, o minimante disruptivo da rotina cotidiana.

Por outro lado, na sociedade contemporânea, as situações de vida altamente injustas e desiguais, presentes na sociedade, são resultantes de um problema social. Assim, cabe perguntar: qual seria o valor da vida? Cada uma das vidas humanas, tem valor infinito quando a humanidade é vista no seu todo.

1.2 Aspectos Socioculturais e Filosóficos da Morte

As situações de vida e morte fazem parte da vivência de todo o ser humano, sendo que para a maioria das pessoas, a vida deve ser levada com alegria e amor, ao lado da família e amigos, responsáveis por compartilhar bons momentos e experiências que servem para fortalecer relacionamentos e criar vínculos fraternais. Assim, que o homem é o único animal que questiona a sua própria morte, é o único que vivencia a experiência da finitude. Embora ela não se perceba finito, essa experiência só é experimentada quando ele se depara com sua morte eminente ou com a morte de seus afetos mais próximos (ROSS, 2002).

Segundo San Filippo (2006) o processo de morrer foi afetado por avanços na farmacologia, práticas médicas e instalações de tratamento médico.

Na sociedade ocidental pré-moderna, morrer geralmente levava menos tempo devido às práticas médicas primitivas e à ausência de medicamentos para redução da dor. Muitas vezes, a morte também acontecia em casa, sob os cuidados de familiares.

Do ponto de vista sociológico, a morte pode ser descrita como o núcleo de um complexo cultural que envolve técnicas, costumes e valores. Isso significa que, para habituar-se à morte, cada sociedade, cada comunidade, cada grupo social, à sua própria maneira, acabou desenvolvendo dispositivos de suportes sociopsicológicos para conviver com a ideia de finitude. Com isso, a morte foi se transformando numa experiência institucionalizada socialmente, cercada de ritos, hábitos e técnicas (MATTEDI; PEREIRA, 2007, p. 319).

Na sociedade ocidental moderna, entretanto, muitos humanos perderam o contato com a morte. Os avanços nos medicamentos e nas práticas médicas reduziram grande parte da dor física associada à morte. Além disso, pacientes terminais são frequentemente removidos do ambiente familiar de suas casas e institucionalizados em hospitais e instituições especializadas. Uma maior despersonalização da morte é evidenciada no cuidado com a pessoa que está

morrendo, muitas vezes sendo removida da família e colocada nas mãos de profissionais de saúde (SAN FILIPPO, 2006).

San Filippo (2006) afirma, ainda, que a medicina moderna também tentou driblar a morte prolongando a vida. Esse prolongamento da vida, às vezes, às custas da qualidade de vida. A objetividade impessoal da assistência médica moderna reduziu as relações interpessoais entre a comunidade médica e a pessoa que está morrendo. Essa despersonalização deixou o paciente com mais medo da morte por causa da sensação de perda de controle sobre sua vida.

De acordo com Combinato e Queiroz (2006) as noções de morte associam-se com o luto antecipado experimentado pelas pessoas na modernidade. A perda iminente por morte envolve o desenvolvimento do luto antecipatório, onde os indivíduos normalmente são diagnosticados com doenças em terminais avançados, com poucas chances de cura, sendo que a morte poderá estar próxima. Na visão de Carneiro (2011) o que incomoda o ser humano sobre a questão da morte não é o fato em si, mas a consciência sobre a sua certeza. Morrer para alguns pode não ser penoso, para ter certeza se que algum dia a morte o acometerá torna o fato difícil de lidar, acarretando medos e receios.

O luto é vivenciado ainda com a pessoa querida viva. No caso do próprio paciente, ele poderá iniciar seu próprio processo de luto de sua vida, se despedindo de tudo e de todos que amou. Rememora sua vida, e passa a recordar os bons momentos vividos, e em muitos casos passa a desejar um milagre para que consiga viver mais algum tempo. Concomitantemente, ocorre o luto antecipatório pelos familiares, que sofrem em silêncio e poucas vezes falam sobre o assunto (COMBINATO; QUEIROZ, 2006).

Para a Medicina, a definição de morte se encontra relacionada com a falta de batimentos cardíacos ou movimentos respiratórios espontâneos. Este conceito enfrentou inúmeras modificações ao longo do tempo proporcionadas por profissionais da área médica. Nos dias de hoje, esta definição se tornou mais ampla, uma vez que é possível manter um indivíduo vivo com suas funções vitais em funcionamento, mesmo apresentando ausência das funções do encéfalo (SCHELEMBERG et al., 2007).

Diante disso, a Morte Cerebral - MC ou Morte Encefálica - ME é caracterizada pela ausência irreversível das funções circulatórias e respiratórias do encéfalo. São basicamente, estes critérios, utilizados para se realizar o diagnóstico. No Brasil, a legalização dessas diretrizes ocorreu no ano de 1997, através da Resolução de nº 1.480 sob responsabilidade do Conselho Federal de Medicina (CFM). O conceito de Morte Cerebral nesta resolução pode ser entendido como “a parada total e irreversível das funções encefálicas, de causa conhecida e constatada de modo indiscutível” (CFM, 1997, nº 1.480.).

Em seu sentido filosófico, a morte sempre é entendida ou discutida como finitude ou cessação da existência humana. A consciência da finitude da vida incorpora, como consequência, a reflexão sobre a existência.

Na filosofia a compreensão da morte se faz no campo platônico / cristão, para o qual morte não é o fim. É uma jornada para um mundo além, uma vida após a morte, na qual a vida neste mundo será julgada. De acordo com essa visão, a morte deve ser levada a sério, até mesmo temida, pois, tem ramificações significativas para a vida neste mundo.

Apesar de recorrente na Filosofia, a morte apresenta variações de correntes e de pensamentos.

Para Sócrates, a morte é algo essencial, porque é ela que permite que a alma se dissocie da matéria e alcance o verdadeiro conhecimento, estando livre em sua forma mais pura. A mesma ideia foi amplamente desenvolvida e divulgada por Platão.

Para ambos, devemos entender a morte com racionalidade e serenidade, pois é a positividade do pensamento que nos prepara para a morte. Além do fato de entendermos que ela não cessa a nossa existência, apenas liberta a nossa alma para o conhecimento amplo e livre.

Para Epicuro, um dos primeiros filósofos que tentaram entender a morte, esta estava atrelada ao hedonismo e à prática de buscarmos os prazeres e a felicidade. Segundo o filósofo, quando se morre, não se está mais em posse dos sentidos, o que torna o indivíduo incapaz de sentir dor ou qualquer outra emoção e, por isso, não existe o que temer com a morte. Entender a morte como algo

desprovido de sentimentos, era uma tentativa de aplacar o sofrimento que pensar sobre a morte pode trazer.

Ao contrário de Epicuro, Sócrates e Platão, Montaigne acreditava que somente a filosofia era capaz de preparar o homem para a morte. Na visão do filósofo, a morte é algo inevitável, que não está relacionada a um determinado tempo ou lugar, assim, a função da morte seria nos ensinar a viver.

Para Schopenhauer, o medo da morte não era causado devido ao fim da vida, mas sim devido à destruição do nosso organismo. Para ele, os seres davam mais atenção ao corpo do que à sua essência e, por isso, viviam angustiados perante a morte. Porém, Schopenhauer acreditava que a morte apenas cessava a existência do nosso corpo físico e não da nossa essência, que é justamente a representação da nossa individualidade – algo indestrutível e que não termina com a morte.

Nessa perspectiva a morte não é o oposto da vida, mas acontecimento complementar que a define. O homem como vida é um ser para a morte. Refletir sobre esta é lançar luz sobre o viver e a natureza íntima das coisas (SCHOPENHAUER, 2000).

De acordo com o filósofo Martin Heidegger a existência é constituída pelas relações do indivíduo com as coisas e com outros seres humanos. Ela é sempre um ser-no-mundo - ou seja, em uma situação concreta e historicamente determinada que limita ou condiciona a escolha. Segundo ele, o ser humano escolhe permanecer e habitar neste mundo. Habitar é ser-no-mundo (SHARIATINIA, 2015).

Quando se trata da Mistanásia do ponto de vista cultural e filosófico ela engloba uma questão de saúde pública em que o Estado se mostra ineficaz para atender o indivíduo em suas necessidades. Isto significa o não cumprimento do Estado do respeito à dignidade da pessoa humana, pois, a pessoa morre por conduta omissiva hospitalar, ou seja, ficam abandonadas nos corredores lotados dos hospitais públicos ou são deixadas à própria sorte, em lixões, em baixo de viadutos, pontes, ruas (MASSA; MASSA, 2019).

Para a filosofia os seres humanos são diferentes dos animais porque possuem capacidade de escolha e neste sentido, a Mistanásia interfere

intencionalmente nesta capacidade. Assim, a Mistanásia se correlaciona com a filosofia por meio da bioética, que considera que o ideal de viver bem está fundado no livre-arbítrio dos indivíduos, ou seja, está fundada na autonomia da pessoa para decidir sobre sua própria saúde.

Diante disso, na perspectiva filosófica a Mistanásia é uma violação do princípio de autonomia dos indivíduos uma vez que não dá oportunidades a todos de maneira igualitária de decidir sobre suas condições de saúde (SIQUEIRA; LAZARETI, 2019).

O luto antecipado é experimentado pelas pessoas na modernidade. A consciência da certeza sobre a morte, obtém mais relevância do que o fato em si. Em seu sentido filosófico, apesar de suas variações nas interpretações, a morte está associada a finitude física/corpórea, mas não necessariamente ao fim de sua alma/consciência.

1.3 Aspectos Religiosos

As religiões e crenças assumem um papel relevante e, também, exercem influência no modo de concepção e enfrentamento da morte. Assim, salvação, castigo, céu, inferno, continuação da vida em um outro plano, estão entre outras formas de conceber a morte.

Desde a época humanista e pré-renascentista algumas das primeiras amostras de obras literárias traziam questões teológicas e satirizavam a sociedade com a morte e suas etapas, como exemplo: O Auto da Barca do Inferno de Gil Vicente e a Divina Comédia de Dante Alighieri.

A partir de então, voltando-se para a realidade moderna, eliminando por completo as fantasias e substituindo-as por teorias muito mais científicas, compostos concretos de pesquisas e estudos aprofundados, sobre a morte e o morrer.

Em plena expansão do império romano, nasceu uma das crenças que, até hoje, exerce maior poder sobre a sociedade: o cristianismo. Os principais relatos de abusos estatais foram cometidos em nome da igreja. Mais tarde, na Idade Média, criou-se o Tribunal da Santa Inquisição, que condenou à fogueira milhões de “hereges” e todo aquele que se opusesse aos dogmas da Igreja Católica. Foi a partir da reforma religiosa, iniciada pelo monge Lutero, que a

Bíblia teve seus ensinamentos traduzidos, permitindo assim, que milhares de pessoas tivessem acesso às Escrituras Sagradas. Os episódios consagrados pela religiosidade também foram retratados em formas literárias como é o exemplo de “Em nome da Rosa” de Umberto Eco e por obras cinematográficas, como “Lutero” dirigido por Eric Till.

Relevante é que os textos religiosos, expressos neste livro sagrado conhecido como Bíblia, de fato, tornaram-se o maior norte para o cristianismo, sendo considerada, por seus seguidores, como uma obra divinamente inspirada, cujos relatos foram literalmente “soprados por Deus”; e é a partir destes registros, escritos por um período de quase 1600 anos de história, que damos prelúdio ao aspecto religioso sobre o tema.

Conveniente, portanto, tratar sobre a morte em seu primeiro relato historicamente grafado, trazido no livro de Gênesis, contido nos escritos da Bíblia Sagrada, capítulo 3, versículos 17-19, em um diálogo entre Deus e Adão:

Visto que você escutou a voz da sua esposa e comeu da árvore a respeito da qual lhe dei a ordem: ‘Não coma dela’, maldito é o solo por sua causa. Em dor você comerá dos produtos dele todos os dias da sua vida. Ele produzirá para você espinhos e cardos, e vegetação terá de comer do campo. No suor do seu rosto comerá pão, até que você volte ao solo, pois dele foi tirado, pois és pó e ao pó voltará. (BÍBLIA SAGRADA, tradução ALMEIDA, 1995a).

Para os cristãos, Deus detém poder absoluto e supremo, sendo este o único legitimado para decidir o rumo da vida de seus “filhos”, somente Ele, em sua plenitude, pode determinar a hora de viver ou morrer, a hora do, então, juízo final.

A morte é um dos mais genuínos problemas da condição humana, tendo demandado esforços para o seu equacionamento ao longo da História do pensamento ocidental. Ainda antes do nascimento da filosofia – ocorrido por volta do século VI a.C., já podiam ser percebidos matizes relativos à finitude, como o referido em versos da Ilíada e da Odisseia (BATISTA; SCHARM, 2004).

Tendo em vista tais considerações, é importante ressaltar que as religiões adotam diferentes sentidos e significados para a morte. No cristianismo a morte é vista como a separação do espírito eterno do corpo físico. O conforto e a morte com dignidade são desejados; mas a crença em milagres e na

santidade da vida pode prolongar o desejo de um indivíduo por cuidado agressivo. Entre as religiões cristãs, a igreja católica costuma considerar a nutrição e a hidratação como cuidados comuns que devem ser administrados. Intervenções mais agressivas, entretanto, como ressuscitação cardiopulmonar e intubação endotraqueal, não são consideradas obrigatórias se não oferecerem uma chance razoável de levar a um estado de bem-estar ou se forem excessivamente onerosas.

Os rituais pós-morte variam entre as denominações cristãs. Quando um paciente está se aproximando da morte, portanto, o pastor / sacerdote deve ser notificado para que ritos e sacramentos apropriados possam ser realizados e o planejamento do funeral possa começar. Os cristãos praticam a cremação e o sepultamento.

No judaísmo acredita-se que a morte é um processo natural que deveria ocorrer. Os rabinos ortodoxos e alguns conservadores podem considerar a nutrição e a hidratação como cuidados necessários, mas muitos judeus acham que essas medidas são desnecessárias se a morte for iminente. Da mesma forma, ordens de não ressuscitar e não intubar são permitidas se a recuperação for improvável.

Após a morte, um rabino ou funerária deve ser contatado o mais rápido possível, pois a lavagem ritual e o enterro imediato são necessários. Judeus conservadores geralmente acreditam na vida após a morte, na santidade do corpo; portanto, intervenções que causem cicatrizes, incluindo autópsias, são geralmente desencorajadas, a menos que exista uma razão convincente. A cremação geralmente não é aceitável.

No islamismo a morte é aceita como parte do plano divino geral, marcando a transição de um estado de existência para o seguinte. Durante o processo de morte, deve-se buscar tratamento e aliviar o sofrimento, se possível. A crença na santidade da vida pode prolongar o cuidado agressivo, mas suspender / suspender os tratamentos de manutenção da vida é permitido se os médicos determinarem que ocorreu morte cerebral.

À medida que a morte se aproxima, é comum que a família imediata fique perto da cabeceira do paciente recitando o Alcorão. Os muçulmanos oram em direção a Meca, que fica a nordeste. É necessário lavar, cobrir e enterrar rituais

pós-morte logo após a morte. O preenchimento imediato dos atestados de óbito pode evitar angústia familiar. A cremação não é permitida.

Os praticantes do Budismo acreditam na reencarnação e que atos de vidas anteriores (karma) influenciam o sofrimento futuro através do ciclo de renascimentos com o objetivo de encerrar o ciclo e alcançar o nirvana. Os budistas preferem informações honestas e completas sobre a morte iminente para permitir a preparação. Prolongar a vida e ressuscitar perto da morte geralmente não são favoráveis.

Uma mente clara na morte é importante porque o estado da mente de uma pessoa determina o tipo de renascimento que ela experimentará. Portanto, eles podem querer evitar opioides e benzodiazepínicos.

O corpo não deve ser perturbado ou tocado por 3-8 horas após a parada respiratória, pois os budistas acreditam que a alma não deixa o corpo imediatamente e pode ser afetada pelo que acontece com o corpo. A cremação é preferida.

Os hindus acreditam na reencarnação e que a alma passa por um ciclo de vidas sucessivas (samsara), até que ocorra a liberação da reencarnação, dor e sofrimento e a iluminação (moksha) seja atingida.

Os hindus também acreditam que o carma influencia a forma de renascimento que uma pessoa experimenta. Eles também acreditam que o sofrimento é parte integrante da vida e é o resultado de ações e pensamentos negativos do passado. Ao suportar o sofrimento, um hindu pode pagar a dívida contraída por comportamentos negativos anteriores.

A morte é vista como uma experiência natural. Portanto, prolongar artificialmente a vida muitas vezes não é recomendado. Os hindus também desejam uma mente clara na hora da morte e podem desejar evitar opióides e benzodiazepínicos.

Pode-se verificar que o ser humano em seu cotidiano busca evitar enfrentar a morte e a finitude, vivendo como se fosse eterno, sendo a morte é percebida como a mais certa de todas as possibilidades. Muitos ditados populares confirmam esta visão da morte, pois, é dito: “A morte é certa”; “Nossa vez há de chegar”; “Só fica velho quem não morre cedo”. Assim, o homem no seu cotidiano mantém uma conduta de fuga caracterizada pela indiferença e

tranquilidade no saber da morte como um fato inevitável (CARDINALLI, 2015).

Filtrada pelas sociedades através dos tempos e locais, a morte é uma constante no universo humano, que opera no nível individual, no social e das representações (BRAET; VERBEKE, 1996).

Ressalta-se que falar sobre a morte e o morrer gera desconforto nos indivíduos, uma vez que se observa enquanto um ser finito gera insegurança, e por trás do significado da morte há uma cultura que influencia no modo como o paciente e sua família lidam com a situação imposta (LEVISKI et al, 2014).

Segundo Borges et al (2006, p.3):

Todos morrem – é fato. Como humanos, diferenciamo-nos dos outros seres justamente pela consciência sobre a finitude de nossa existência. O significado do fenômeno da morte não se esgota em sua dimensão natural ou biológica. Ela comporta, também, como qualquer fato da vida humana, uma dimensão social

Morte para alguns pode ser entendida em abstrato ou de forma restrita. Em um sentido amplo, é a designação de todos os fenômenos em que existe uma cessação. Em sentido restrito, no entanto, a morte é considerada unicamente como a morte humana, que causa dor e sofrimento. Moura (2008, p.13) afirma que:

É quase um consenso que a perda por morte constitui a mais difícil das perdas. A morte nos remete ao sentimento de impossibilidade de reverter a perda, ou seja, reaver o ente querido nos coloca frente a nossa própria fragilidade e mortalidade e exige do enlutado experienciar uma dor quase insuportável. Talvez por tudo isso a morte seja ainda um tema tabu. Entretanto, negar a ação da morte torna mais difícil a experiência do luto para o familiar que perde o ente querido.

Na atualidade se observa um aumento de significados para vida, morte, sofrimento, aos saberes científicos e à instituição médica, sendo que existem posicionamentos religiosos diferente e opostos sobre a temática que envolve temas como a vida e morte (MENEZES; GOMES, 2012).

2. A DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA E O MORRER

O Capítulo 2 traz à tona os aspectos gerais da dignidade humana, promovendo o debate inicial sobre a dignidade reconhecida como direito humano perante a Constituição Brasileira, fomentando ainda discussões para entender os direitos fundamentais dos cidadãos, com destaque para o direito à vida e à morte digna.

2.1 A Dignidade da Pessoa Humana como Direito Humano

A noção de dignidade humana varia no tempo e no espaço, enfrentando as transformações históricas e culturais da sociedade, estando inserida nas circunstâncias políticas e ideológicas, e sobretudo, no âmbito jurídico. Segundo Vilela (2018) a estrutura eficiente da saúde pública é essencial para a sociedade digna, visto que a saúde dos indivíduos será reconhecida como uma necessidade básica para uma vida pautada no princípio da dignidade humana.

O princípio dignidade da pessoa humana é a característica indispensável e inalienável para a subsistência da vida humana, atribuída com sua autonomia incomparável pelo bem maior que é valorizado constitucionalmente, proporcionando uma qualidade de vida e seu pleno desenvolvimento (LAVOR, 2018).

A Constituição de 1988 garante uma existência digna, consagrando entre os princípios e objetivos da ordem econômica constitucional, a obrigação dos Poderes de controlar os orçamentos de receitas, despesas e recursos para a saúde, garantindo a universalização do acesso. Diante deste direito garantido constitucionalmente o papel do Estado é prover tratamento de saúde digno para indivíduos carentes que não possuem acesso aos serviços médicos básicos (LIMA, 2017).

Mendonça e Silva (2014, p. 180) salientam que:

O Estado brasileiro, que tem como função fundamental garantir, lutar pela dignidade dos seus cidadãos, acaba, direta ou indiretamente, devido a sua inoperância, anuindo, institucionalizando o fenômeno da mistanásia. Afronta os direitos fundamentais, negligencia os seus deveres de Estado

Democrático de Direito (especificamente o de Bem-Estar Social), junto aos cidadãos, privando-os de uma vida digna.

Existe uma correlação direta entre o princípio da dignidade da pessoa humana e o direito à vida, sendo inviável a discussão quando há contraposição entre dignidade e vida. Como o direito à saúde é reconhecido como dignidade inerente à pessoa humana e um corolário do direito à vida, torna-se também um direito humano fundamental.

Quando se fala em direito à vida, é importante que se saiba que ele não se trata apenas do direito a sobreviver, mas sim do direito a uma existência digna, ou seja, é o direito a uma vida humana com dignidade. A Constituição Federal de 1988 ao consagrar a dignidade da pessoa humana como um dos fundamentos da República Federativa do Brasil, o que ela está dizendo é que cabe ao ordenamento jurídico brasileiro proteger esta dignidade e promover os meios necessários a uma existência digna, ou seja, o que a Constituição faz não é dar dignidade a ninguém, mas sim determinar que ela seja protegida e promovida.

Com a promulgação da Declaração Universal dos Direitos do Homem a Bioética e Direitos Humanos ganham relevância e podem ser umas ferramentas para coibir situações que geram a Mistanásia como por exemplo a fome, a violência, pobreza e falta de acesso à saúde (LIMA, 2017).

O estreitamento na relação entre bioética social e direitos humanos é uma face da compreensão filosófica da Mistanásia, uma vez que se trata da existência do ser e de sua autonomia. Diz respeito à dimensão imaterial do ser humano, que se fundamenta na capacidade do sujeito de decidir e orientar suas condutas de acordo com seus próprios interesses (CRUZ, 2013).

Segundo Moraes e Chaves (2019) todos os seres humanos nascem livres e são definidos como indivíduos titulares de direitos fundamentais, sendo com isso, todos iguais perante as legislações. A pessoa humana quando digna vive plenamente a liberdade de expressão a partir da racionalidade, não reconhecendo a vida como um mero ato de existir, mas sobretudo, como experiências e superações caracterizadas pelo domínio de seu comportamento

que é mantido como o foco central da dignidade humana. Independente da classe social, a dignidade humana torna o homem como um ser racional com potencial de superação e crescimento.

Barroso (2010) afirma que a dignidade humana é o parâmetro da ponderação entre os direitos fundamentais que fazem parte das práticas jurídicas, apresentando precedência na maior parte das situações em que são observados outros princípios, mas que diante de diferentes concepções, torna-se necessário sacrificar os valores da dignidade em prol de outros valores individuais ou coletivos, principalmente nas relações privadas e na busca a autonomia.

Partindo de uma visão kantiana Barroso explica que a dignidade tem por fundamento a autonomia, estando esta última associada à vontade livre, potencial do indivíduo de se autodeterminar, respeitando as normativas das leis. Destaca-se que:

Na sua dimensão jurídica, a autonomia, como elemento da dignidade, é a principal ideia subjacente às declarações de direitos em geral, tanto as internacionais quanto as do constitucionalismo doméstico. A autonomia tem uma dimensão privada e outra pública. No plano dos direitos individuais, a dignidade se manifesta, sobretudo, como autonomia privada, presente no conteúdo essencial da liberdade, no direito de autodeterminação sem interferências externas ilegítimas. É preciso que estejam presentes, todavia, as condições para a autodeterminação, as possibilidades objetivas de decisão e escolha, o que traz para esse domínio, também, o direito à igualdade, em sua dimensão material (BARROSO, 2010, p. 25).

A Constituição de 1988 impõe alguns princípios que fundamentam as regras e justificam cada atividade desenvolvida pelo Estado. Estes princípios são considerados por inúmeros profissionais da área de Direito como a base fundamental do sistema público, pois determinam as regras e diretrizes que quando cumpridas adequadamente, garantem o alcance da excelência das estratégias públicas adotadas direcionadas ao interesse coletivo. Enquanto Estado Democrático de Direito, a Administração Pública possui a finalidade de resolver as questões sociais, proporcionando aos cidadãos a acessibilidade ao

conhecimento e aos recursos básicos para sua vivência (MALUSCHKE, 2007).
Com isso:

Se uma Constituição é, acima de tudo, documento do povo de um Estado, e é nesta medida que ela não somente retrata os valores assentados como valores-norte, como também se torna a meta axiológica instituída como referência-guia para a atuação das instituições sócio-políticas e jurídicas em operação numa sociedade, seu compromisso é de fato conduzir a distribuição de justiça produzindo caminhos para o desenvolvimento sócio-humano (BITTAR, 2006, p. 129).

A ética no contexto social baseia-se em aspectos filosóficos cujos valores se encontram relacionados com a natureza e os objetivos do homem. Não obstante, o comportamento ético do ser humano volta-se para o conceito de si próprio e com o seu propósito de vivência que determina toda sua capacidade científica e técnica de se manter disposto a praticar os princípios éticos. Atua também na recuperação e reconstrução das relações de comunhão entre os indivíduos, fortalecendo todos os níveis sociais que compõem a sociedade (MALUSCHKE, 2007).

A dignidade ética do ser humano é estabelecida pela liberdade humana, uma vez que em muitas situações é possível reconhecer a formação moral de um indivíduo através de seu comportamento e preceitos. Entende-se que, a definição de liberdade humana pode não ser totalmente aplicada ao considerar que os cidadãos devem se portar conforme as leis e normas da sociedade, mas ao mesmo tempo deve-se pautar que o homem pode escolher em respeitar ou não essas determinações (ROCHA, 2004).

No âmbito jurídico, a dignidade humana é citada por juristas como um princípio que orienta as ações dos órgãos públicos e edificam as políticas assistenciais para a população. Ao se apoiar no fundamento de que o princípio de direito determina as condições de coexistência entre os cidadãos livres na sociedade, a liberdade humana torna-se o conceito central da dignidade humana e consequentemente torna-se uma ferramenta para regular o sistema jurídico (MALUSCHKE, 2007).

O poder de decisão democrático precisa estar amparado nos aspectos da legitimidade, uma vez que a decisão não é soberana mediante a vontade das

maiorias ou a partir da escolha de um Estado poderoso, onde há a mera escritura prévia de direitos processuais unicamente teorizados. Este processo não abrange um julgador privilegiado por juízos de justiça e segurança praticados por indução ou dedução. A devida decisão democrática provém de um ato moral e ético proveniente de processos centrados nos princípios de sociedade agrupada e humanitária, permeados por direitos e garantias audíveis, e, sobretudo orientada por direitos fundamentais (SARMENTO, 2008).

2.2 O Direito Fundamental à Vida e à Morte Digna

Nunes (2009) ao analisar o texto da Constituição de 1988 afirma ainda que a mesma conseguiu identificar a necessidade de reconhecer a dignidade da pessoa humana como um bem intangível e inalienável, bem como os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa. Além disso, este mesmo documento se apoiou em nove princípios que norteiam a atividade social e econômica, permanecendo voltados para o regime capitalista praticado no país. Esta Constituição surgiu no contexto da redemocratização da sociedade brasileira após mais de duas décadas sob o regime autoritário do governo militar portanto, buscou defender reconstruir a prática dos direitos fundamentais do indivíduo e da coletividade em diferentes áreas. A dignidade do ser humano é estabelecida pela liberdade humana, uma vez que em muitas situações é possível reconhecer a formação moral de um indivíduo através de seu comportamento e preceitos.

Por sua vez, o art. 6º assegura aos cidadãos brasileiros os seguintes direitos sociais a “educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados” (BRASIL, 1988).

Bittar (2006) evidencia que o acesso aos direitos fundamentais depende da cidadania instituída nas ações do Estado de Direito, permitindo que o cidadão se torne agente ativo na construção de Políticas Sociais, se beneficiando das reais práticas de igualdade e conseqüentemente, dos direitos que promovem o desenvolvimento humano.

A promoção e exercício da cidadania incentivado pelo Estado se apoia na

importância de se efetuar investimentos adequados direcionados para o cumprimento dos direitos fundamentais e sociais estabelecidos pela Constituição.

Os estudos que abordam os direitos fundamentais e sua prática nas relações humanas tornam-se relevantes na medida em que contribui com o entendimento das constantes modificações que ocorrem na sociedade, bem como os valores jurídicos que permeiam estas relações. Os direitos constitucionais são leis criadas para transformar a realidade social, conduzindo a sociedade a alcançar um novo patamar de harmonia e respeito nas relações, estabelecendo assim valores básicos e fundamentais que proporcionam o equilíbrio jurídico no direito privado, mas que também incide em forte interesse público (NUNES, 2009).

O art. 5º da Constituição considera que todos os cidadãos brasileiros, bem como os estrangeiros que residem em território nacional, devem ser tratados com igualdade perante a Lei, sem ocorrer qualquer tipo de distinção. Assim, determina que não poderão ser violados os direitos “à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade” (BRASIL, 1988). Este artigo demonstra que a vida é um bem inviolável, devendo ser protegida e assistida pelas ações do Estado.

De acordo com Lima et al. (2019) é função do Estado propiciar a todos os indivíduos condições mínimas para que possam sobreviver, atendendo suas necessidades básicas, propiciando uma vida com dignidade e não meramente, uma vida pautada dos aspectos de sobrevivência. O direito à vida digna não é apenas um entendimento constitucional, para essencialmente fundamental para o ser humano, visto, que isto permite que o cidadão esteja consciente de seus direitos e deveres na sociedade ao qual permanece inserido.

Conforme relatam Vaz e Andrade (2015) a Constituição Federal de 1988 é clara ao defender o direito à vida, mas também não estabelece qualquer tipo de veto ao indivíduo que deseja ceifar sua vida cometendo o suicídio ou aquele que se nega a receber tratamento para uma enfermidade. No entanto, Pessoa (2011) afirma que quando o indivíduo singular é o único responsável e titular do bem jurídico representada pela vida “sua possibilidade de disposição não pode sofrer qualquer limitação, aí incluída naturalmente a disposição que resulta na própria destruição do objeto” (PESSOA, 2011, p. 49).

Desse modo, entende-se que o princípio da dignidade da pessoa humana pautada no direito à morte digna é ferido notoriamente quando há a imposição da continuidade da vida de um paciente que possui uma doença incurável e os tratamentos submetidos não estão sendo capazes de lhe proporcionar a adequada manutenção da vida, sujeitando o mesmo a constantes intervenções invasivas e dolorosas que lhe causam unicamente o sofrimento (VAZ; ANDRADE, 2015).

Para Dorigon (2018) partindo do princípio da dignidade humana, todo indivíduo tem o direito da morte digna, desde que não prejudique terceiras pessoas. Existem casos extremos em que a vida não é mais humana, aferindo todos os preceitos da dignidade, pois o sofrimento físico e psíquico impede este indivíduo de exercer seu papel no âmbito social, passando a ser a vida apenas uma obrigação.

Moraes (2010, p. 36) cita que a Constituição Federal “proclama, portanto, o direito à vida, cabendo ao Estado assegurá-lo em sua dupla acepção, sendo a primeira relacionada ao direito de continuar vivo e a segunda de se ter vida digna quanto à subsistência”. Não obstante, o Artigo 15 do Código Civil estabelece que “ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica” (BRASIL, 2002).

Neste sentido, crescentes discussões sobre a prática desses processos permeiam o Direito Brasileiro. Conforme relata Dorigon (2018) a Eutanásia é um homicídio privilegiado e está tipificado no Artigo 121, §1º, do Código Penal, onde a motivação da retirada da vida do indivíduo ocorre por motivo de relevante valor moral (BRASIL, 1940). Os valores que permeiam esta ação se encontram em conformidade com os princípios éticos dominantes em uma sociedade, sendo citados como razões nobres e altruístas.

Considerando o Código de Ética Médica, é fato que uma das consequências do uso de fármacos necessários para aliviar o sofrimento do doente em fase terminal é a catalisação da sua morte. No entanto, não se exige do médico outra ação, pois conforme os preceitos da Bioética da beneficência, cabe a este profissional assegurar o bem-estar de seu paciente. Torna-se desumano e degradante possibilitar que o doente seja submetido a intervenções

intercorrentes, executando tratamentos a qualquer custo, aferindo o mínimo de dignidade (DORIGON, 2018).

Por sua vez, para Sengès (2018), o direito à morte digna não pode se confundir com o direito à morte, pois a primeira envolve a necessidade de se ter uma morte natural e humanizada.

2.3 Cuidados Paliativos

Os cuidados paliativos são compreendidos como uma forma de atendimento médico especializado que tem por objetivo otimizar a qualidade de vida e aliviar o sofrimento dos pacientes. Os cuidados paliativos abordam os aspectos físicos, psicossociais e espirituais de pacientes com uma doença com risco de vida, empregando uma abordagem de equipe interprofissional (KELLEY; MORRISON, 2015).

Na perspectiva de Hermes e Lamarca (2013, p.5):

O termo “cuidados paliativos” é utilizado para designar a ação de uma equipe multiprofissional à pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura. A palavra “paliativa” é originada do latim pallium que significa manto, proteção, ou seja, proteger aqueles em que a medicina curativa já não mais acolhe. Segundo o Manual dos Cuidados Paliativos¹, a origem do mesmo se confunde historicamente com o termo “hospice” – abrigos que tinham a função de cuidar dos viajantes e peregrinos doentes. Essas instituições eram mantidas por religiosos cristãos dentro de uma perspectiva caridosa.

Os cuidados paliativos geralmente são prestados por uma equipe multiprofissional, que inclui médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, farmacêuticos clínicos, terapeutas ocupacionais, nutricionistas e assistentes sociais. Além disso, a pastoral também está incluída de acordo com as crenças religiosas do paciente. É importante notar que a palição consiste em cuidados abrangentes prestados a pacientes com doenças que limitam a vida e não deve ser considerada uma alternativa aos cuidados que falham para o prolongamento da vida.

Ao contrário de outras condições e experiências de vida, que afetam apenas certa porcentagem da população mundial, o fim da vida é uma fase do processo de viver, que todas as pessoas irão enfrentar. Estima-se que

atualmente haja vinte milhões de pessoas em todo o mundo que precisam de alguma forma de cuidado no final da vida (HUFFMAN; HARMER, 2020).

Numa retrospectiva histórica os cuidados paliativos são uma especialidade relativamente nova que evoluiu nas últimas cinco décadas. É uma área que evoluiu como resultado da crescente preocupação e insatisfação do público com o cuidado de pacientes terminais nas décadas de 1960 e 1970. Naquela época, os oncologistas estavam preocupados com intervenções curativas e não se preocupavam muito com os cuidados no fim da vida. Dame Cicely Saunders fundou o primeiro hospício moderno, St. Christopher's Hospice, no Reino Unido em 1967. O estabelecimento desse hospice foi um importante ponto de inflexão que inspirou médicos em todo o mundo a serem treinados nesse novo campo e estabelecer os cuidados paliativos em seus próprios países (AL-MAHREZI; AL-MANDHARI, 2016).

Segundo Hermes e Lamarca (2013, p.5):

O Cuidado Paliativo surge como uma filosofia humanitária de cuidar de pacientes em estado terminal, aliviando a sua dor e o sofrimento. Estes cuidados preveem a ação de uma equipe interdisciplinar, onde cada profissional reconhecendo o limite da sua atuação contribuirá para que o paciente, em estado terminal, tenha dignidade na sua morte.

Nos anos 70 Elisabeth Kübler-Ross, psiquiatra suíça radicada nos Estados Unidos, que teve contato com os trabalhos de Cicely Saunders funda um hospital em Connecticut nos EUA. Desde este momento disseminou-se o movimento de cuidados a pacientes fora de possibilidade de cura em vários países (GOMES; OTHERO, 2016).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) caracteriza o campo dos cuidados paliativos como uma forma de atendimento médico especializado que visa otimizar a qualidade de vida e aliviar o sofrimento dos pacientes. Uma das principais formas de se conseguir isso é por meio da identificação precoce e do tratamento de novos sintomas, juntamente com o manejo daqueles que se revelam refratários (TEOLI; KALISH, 2021).

O foco principal desta especialidade é o alívio da dor e o controle dos sintomas e a melhoria da qualidade do atendimento ao paciente, seus familiares e ao sistema de saúde. É holístico, centrado no paciente, abrangente e

multidimensional, de modo que aborda não apenas o aspecto físico, mas também as dimensões psicológicas, sociais e espirituais. Os cuidados paliativos afirmam a vida e consideram a morte como um processo normal. Oferece um sistema de apoio para ajudar os pacientes a viver o mais ativamente possível até a morte. Também oferece um sistema de apoio para ajudar cuidadores e familiares a enfrentar a doença do paciente e o luto (AL-MAHREZI; AL-MANDHARI, 2016).

A definição mais recente de Cuidados Paliativos (CP) foi publicada em 2018 e desenvolvida após um grande projeto envolvendo mais de 400 membros de 88 países da *International Association for Hospice & Palliative Care* (IAHPC), uma associação que mantém laços estreitos e relações oficiais com a Organização Mundial da Saúde (OMS). Atualmente, os CPs são definidos como “cuidados holísticos ativos, oferecidos a pessoas de todas as idades que passam por intenso sofrimento relacionado à sua saúde, decorrente de doenças graves, principalmente aquelas que se encontram no fim da vida. O objetivo dos Cuidados Paliativos é, portanto, melhorar a qualidade de vida do paciente, de seus familiares e de seus cuidadores (INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR HOSPICE PALLIATIVE CARE, 2018).

Assim, oferecer cuidados paliativos às pessoas com doenças graves leva em consideração não só a pessoa, mas todos os envolvidos no cuidado. Por definição, doença grave é entendida como “qualquer doença e / ou condição aguda ou crônica que cause deficiência significativa e que possa levar a uma condição de deficiência e / ou fraqueza por um longo período, ou mesmo a morte (KELLEY, 2014).

Os últimos 30 anos viram o surgimento de uma interação potencialmente produtiva entre a disciplina de ‘saúde pública’ e especialidades médicas, cuidados paliativos, onde o reconhecimento de que a morte, o morrer, a perda e o cuidado existem em alguma medida além dos domínios da intervenção terapêutica individualista e, portanto, têm a ganhar com uma associação mais estreita com a saúde pública (WHITELAW; CLARK, 2019).

Para Tritany et al (2021, p.3);

Os Cuidados Paliativos devem ser considerados um direito humano básico e componente essencial de cuidados

abrangentes e integrados ao longo da vida, inclusive no fim da vida e no acompanhamento do luto. Deve ser praticado por todos os prestadores de cuidados de saúde, compondo equipes multiprofissionais, e iniciado o mais precocemente possível, concomitante ao tratamento modificador da doença.

Considera-se que a prestação de cuidados paliativos na atenção básica está relacionada não apenas à capacidade dos profissionais para o desenvolvimento dos cuidados paliativos, mas também a sistemas universais de saúde que se organizam em rede e se pautam por uma concepção ampliada do processo saúde-doença, levando em consideração os determinantes sociais e as desigualdades sociais. Equipes “pobres” em locais pobres que concretizam a atenção primária seletiva não conseguem assumir a complexidade da atenção primária à saúde e dos cuidados paliativos (JUSTINO et al, 2020).

Como os cuidados paliativos estão voltados para a garantia da qualidade de vida e respeito à dignidade humana, torna-se necessário que sejam incluídos em todos os níveis de atenção, em especial, na atenção básica, pois, é necessário que a rede de atenção desenvolva suas ações de forma integrada e de modo articulado visando prover ao paciente, a internação num setor de cuidados paliativos, bem como facilitar exames diagnósticos e promover a realização do acompanhamento, a fim de proporcionar acolhimento e segurança tanto ao paciente quanto aos familiares e partilhando as decisões para o final da vida. Ressalta-se que quando há uma integração adequada dos cuidados paliativos na rede de saúde possibilita que as pessoas tenham acesso equitativo aos cuidados de saúde, sem comprometer a integralidade do cuidado (ATTY; TOMAZELLI, 2018).

Existe uma preocupação com a formação inicial dos profissionais de saúde e a formação em serviço, visto que está ainda é incipiente. Para melhorar esse quadro, recomenda-se a inserção da disciplina de CP nos cursos da saúde e a implantação de ações de educação permanente e educação em saúde que aproximem familiares e profissionais, levando em consideração os aspectos culturais e sociais de cada família e equipe (JUSTINO et al, 2020).

Para Tritany et al (2021, p.6):

Os Cuidados Paliativos e o alívio dos sintomas devem ser prestados imediatamente para todos os pacientes que não apresentem possibilidades curativas frente às tecnologias e aos

tratamentos disponíveis; mas também devem ser integrados, tanto quanto possível, com o tratamento modificador da doença para pacientes com condições agudas de risco de vida; e, conforme necessário, devem ser iniciados Cuidados Paliativos para pacientes com condições não fatais, cujo tratamento específico pode ser adiado. O não benefício de pacientes altamente vulneráveis, com tratamento imediato de qualquer sofrimento físico e psicológico, constitui abandono e, portanto, é eticamente inaceitável. O imperativo ético de salvar vidas não precisa e não deve entrar em conflito com o imperativo ético de prover conforto e alívio dos sintomas.

Ressalta-se que a prestação de cuidados paliativos na atenção básica é um desafio complexo que vai além da preparação de profissionais e familiares, envolve a mudança da lógica e do modelo assistencial que ainda é centrado nas doenças, lógicas econômicas e práticas profissionais que competem entre si de uma forma corporativa. Esse processo também está relacionado às políticas sociais que conflitam com a implementação das políticas neoliberais e com a flexibilização dos direitos sociais (JUSTINO et al, 2020).

3. VULNERABILIDADE SOCIAL E SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Este capítulo busca analisar a relação entre saúde pública e vulnerabilidade social, ampliando o entendimento sobre a saúde como um direito individual e dever do Estado, sendo possível compreender a estrutura da saúde pública brasileira e sua importância, além de apresentar as condições que garantem o atendimento isonômico na saúde pública e seus principais desafios atualmente. Além disso, o capítulo trata da questão da vulnerabilidade social e as conquistas observadas no campo da Assistência Social integrante da seguridade social no Brasil.

3.1 Saúde: direito de todos e dever do estado

O art. 6º da Constituição Federal de 1988 reconhece a saúde como um direito social, estabelecendo que “são direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição” (BRASIL, 1988). O art. 23º expõe ainda condição especial, determinando que é função do Estado prestar assistência pública em saúde aos portadores de deficiência.

A Constituição Federal de 1988, a partir do art. 196º, estabelece que a saúde “é direito de todos e dever do Estado”. Institui também o “acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988). Entende-se, portanto, que a prestação do serviço público em saúde é direcionada para todos os brasileiros que possuem o direito a receber uma saúde de qualidade de maneira universalizada e planejada.

O art. 200 traz as atribuições do sistema público de saúde conforme as orientações da lei, onde o mesmo busca efetivar o controle e a fiscalização de todos os recursos e insumos utilizados na prestação dos serviços; implementar ações de vigilância sanitária e epidemiológica, possibilitando ainda a melhoria da saúde no ambiente de trabalho; definir os recursos humanos responsáveis por prestar a assistência em saúde; formular políticas e medidas direcionadas ao saneamento básico; promover pesquisas científicas e tecnológicas que

melhorem os serviços em saúde; fiscalizar e determinar normativas para os insumos próprios para consumo humano; combater a disseminação de substâncias tóxicas e ilícitas; e contribuir com a proteção do meio ambiente.

Com um caráter complementar, a Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, trata das condições que buscam promover, proteger e recuperar a saúde do indivíduo, evidenciando fatores e recomendações importantes e indispensáveis para a implementação e oferecimentos dos serviços públicos em saúde. Em seu art. 2º, verifica-se que:

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 (BRASIL, 1990).

De acordo com Moreira (2015), considerando o direito constitucional de acesso universal e igualitário à saúde, cabe citar que a assistência oferecida pelo poder público não pode ser proporcionada mediante distinções discriminatórias, atendendo meramente as demandas individuais. O sistema público de saúde deve ser capaz de garantir a toda a população a disponibilização de medicamentos, instrumentos e procedimentos semelhantes, respeitando o princípio da coletividade conforme a situação fática.

3.2 Saúde Pública Brasileira e sua Importância para uma Vida Digna

Historicamente, o campo da saúde pública brasileira no decorrer dos anos adquiriu importantes conquistas até ser reconhecida como um direito humano essencial.

Durante o Brasil Colônia e o Império, pouco ou nada foi feito com relação à saúde. Não haviam políticas públicas estruturadas, muito menos centros de atendimento à população. O acesso a tratamentos e cuidados médicos dependia da classe social do indivíduo: pobres e escravos viviam

em condições duras e poucos sobreviviam às doenças que tinham. Os nobres e colonos brancos, que tivessem terras e posses, tinham maior facilidade de acesso a médicos e remédios da época. Portanto, suas chances de sobrevivência eram maiores.

Desde a época da colonização, as entidades religiosas foram determinantes para a implementação de tratamentos de saúde no território brasileiro.

As Santas Casas de Misericórdia foram uma dessas entidades que se destinaram a prestar assistência médica às pessoas. As Santas Casas foram, durante décadas, a única opção de acolhimento e tratamento de saúde para os pobres e “desvalidos”.

Após a Independência do Brasil, em 1822, D. Pedro I determinou a criação de órgãos para inspecionar a saúde pública, como forma de evitar epidemias e melhorar a qualidade de vida da população. Também foram adotadas medidas voltadas para o saneamento básico, inexistindo no texto da Constituição Imperial dispositivos relacionados à saúde.

Na República Velha (1889-1930), pode-se destacar a omissão do Estado em relação à saúde.

Em que pese a criação das caixas de aposentadoria e pensões e os institutos de previdência, a assistência sanitária não visava ao acesso universal ao sistema, de modo que o trabalhador sem carteira de trabalho ficava desassistido pelo Estado, dependente da caridade e da filantropia (PICORELLI, 2019, p. 3).

Na década de 30, a atenção à saúde se tornou uma iniciativa fundamental para o país, caracterizada pela adoção de um modelo assistencial mais efetivo, uma vez que os órgãos públicos se dedicaram a disseminar campanhas e ações, objetivando o controle das doenças epidêmicas em todo o contexto nacional.

A Constituição de 1934, promulgada durante o governo Vargas, concedia novos direitos aos trabalhadores, como assistência médica e “licença-gestante”. A Consolidação das Leis do Trabalho – CLT de 1943, determinou que os trabalhadores de carteira assinada, além do salário mínimo, também tinham benefícios relativos à saúde.

O Ministério da Saúde foi criado em 1953 com o objetivo de definir políticas públicas de saúde e melhorar o atendimento em zonas rurais. Na época também aconteceram as primeiras conferências sobre saúde pública no Brasil, que tiveram um papel muito importante ao levantar a discussão sobre a criação de um sistema de saúde para toda a população, garantindo que o acesso à saúde fosse universal, onde se pode destacar a VIII Conferência Nacional de Saúde ocorrida em 1986 – marco importante para a Reforma Sanitária que foi determinante para a criação de um sistema público de saúde como temos hoje.

A partir daí, pode-se aumentar os debates para a necessidade de redemocratizar os serviços públicos e assegurar a universalização da atenção (BARROSO, 2007).

Voltadas para as condições de saúde da população brasileira, as tendências nos últimos 50 anos demonstraram que inúmeros determinantes sociais foram responsáveis pelas mudanças nas políticas públicas. Após a Ditadura Militar de 1964 até o final dos anos 80, o país apresentou rápido crescimento econômico, por outro lado houve o aumento da concentração de renda e proteção social inadequada, gerando um quadro fragmentado e escasso em diversos setores, inclusive o da saúde pública (ALBUQUERQUE, 2015).

Este cenário estimulou intensos movimentos sociais que buscaram reformas no setor da saúde brasileira, a fim de melhorar a qualidade de vida da população.

Cabe destacar as Ações Integrals de Saúde – AIS, desenvolvidas de 1983 a 1987 buscando a integração assistência médica – assistência previdenciária e pública. Entre 1988 e 1989, houve um avanço a integração da assistência médica unificada em direção à descentralização através do SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde.

A institucionalização do direito à saúde a todos os cidadãos brasileiros foi assegurada através da promulgação da Constituição Federal em 1988, em seu artigo 196, propiciando a efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS) através das Leis 8.080/90 e 8.142/90 visando garantir a universalidade, integralidade e a equidade da atenção direcionada a saúde, permitindo o desenvolvimento de uma nova perspectiva de saúde que não se limita apenas a uma vivência sem doença alguma, mas também almeja a qualidade de vida

(AGUIAR, 2011).

Este sistema é considerado uma das mais importantes estratégias de inclusão social implementada no Brasil, representando a afirmação política do compromisso do Estado brasileiro para com o bem estar da população. Assim, se caracteriza por ser um sistema diferenciado quando se comparado às outras nações do mundo, responsável por garantir à sua população acesso a um simples atendimento médico ambulatorial, assim como atendimentos mais complexos como transplantes de órgãos (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2017).

Desde a criação do SUS (Lei 8080/90), foi possível identificar grandes conquistas para a população brasileira, no entanto, é fato que o sistema ainda possui inúmeras questões a ser debatidas, para que os problemas realmente possam ser sanados, e propostas, cada vez mais inovadoras e benéficas para a sociedade, possam ser elaboradas.

Apesar dos crescentes avanços na descentralização e na regionalização da atenção e da gestão da saúde, muitos obstáculos ainda se impõem no processo de aperfeiçoamento do sistema, onde se identifica a fragmentação e a verticalização do trabalho, responsável por afetar as relações existentes entre os profissionais da saúde e usuários (AGUIAR, 2011).

Mesmo com os avanços na saúde brasileira implementados pelo SUS, observa-se atualmente que o acesso aos serviços públicos de saúde não é devidamente garantido a todos os cidadãos, pois muitos problemas persistem como a baixa qualidade de serviços prestados, a falta de profissionais capacitados, infraestrutura inadequada ou insuficiente, falta de insumos fundamentais para os procedimentos mais simples, dentre outros que demonstram o sucateamento da rede pública de saúde (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2017).

A conscientização do Estado sobre esta questão parte da necessidade de se investir na qualificação da saúde, na disponibilização de insumos conforme a demanda e o combate ao desvio de dinheiro público que prejudica o sistema como um todo.

3.3 Princípios e estrutura do sus

De acordo com o art. 198 da Constituição Federal de 1988 “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único” (BRASIL, 1988). A organização dessa rede se apoia em três principais diretrizes: descentralização, visando integrar todas as esferas do governo; atendimento integral, a fim de implementar medidas preventivas em saúde, sem prejudicar os serviços assistenciais; e participação da comunidade, o que contribui com o atendimento democrático.

O art. 7, da Lei nº 8.080/90, determina que as ações e serviços disponibilizados pelo SUS estejam permeadas pelas seguintes diretrizes e princípios:

I – universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II – integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; III – preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; IV – igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; V – direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; VI – divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; VII – utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; VIII – participação da comunidade; IX – descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo; X – integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; XI – conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; XII – capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; XIII – organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos; XIV – organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras, em conformidade com a Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013 (BRASIL, 1990).

Partindo dessa concepção, a estrutura do SUS é constituída por instituições de atenção básica como postos de saúde, centros e unidades de saúde da família, que encaminham os cidadãos às instituições de saúde de

natureza hospitalar mais complexas, responsáveis por tratar as doenças mais graves. Desde a criação deste sistema percebem-se avanços significativos no modelo de atenção à saúde no Brasil, muito embora haja a necessidade de reavaliar as prioridades de atenção à saúde conforme as demandas territoriais existentes, sempre respeitando os preceitos de universalidade e equidade (AGUIAR, 2011).

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, abrangendo desde o simples atendimento para avaliação da pressão arterial, por meio da Atenção Primária, até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral universal e gratuito para toda a população do país.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é composto pelo Ministério da Saúde, Estados e Municípios, conforme determina a Constituição Federal. Cada ente tem suas corresponsabilidades.

O Ministério da Saúde é o gestor nacional do SUS: formula, normatiza, fiscaliza, monitora e avalia políticas e ações, em articulação com o Conselho Nacional de Saúde. Atua no âmbito da Comissão Inter gestores Tripartite (CIT) para pactuar o Plano Nacional de Saúde. Integram sua estrutura: Fiocruz, Funasa, Anvisa, ANS, Hemobrás, Inca, Into e oito hospitais federais.

Apesar do êxito enquanto política pública, a garantia do direito à saúde está longe de ter sido alcançada no cotidiano da vida dos cidadãos, registrando-se a persistência e a emergência de problemas de saúde e de lacunas e falhas dos serviços, inaceitáveis em sociedades civilizadas.

3.4 Garantia do atendimento isonômico na saúde pública

Um sistema de saúde consistente que atenda às necessidades dos cidadãos permite o desenvolvimento de novas competências nas esferas do governo, mantendo a categorização das ações por níveis de complexidade, território e portes de municípios, garantindo com que toda a população seja atendida (CZERESINA; FREITAS, 2005).

A isonomia é reconhecida como “a proibição aos privilégios e distinções desproporcionais” (SALVADOR, 2016, p). No âmbito da saúde, espera-se que a

isonomia atue como suporte e orientação em todo o processo de tomada de decisão, a fim de nivelar os serviços e a qualidade do cuidado oferecido aos cidadãos, de modo que todos recebam o mesmo tratamento estabelecido pelas instituições de saúde nacionais. Entende-se, portanto, que:

[...] quando duas pessoas igualmente enfermas recebem tratamento diferenciado há grave lesão à isonomia, isto porque, indivíduos que se encontrem em uma mesma categoria, no caso os acometidos de doença, devem ser tratados do mesmo modo. Em outros termos, para garantia da igualdade, ao Poder Judiciário caberia estabelecer como um determinado indivíduo enfermo deve ser tratado, depois, garantir que o tratamento igual seja reservado a todos os indivíduos que se encontrem em situação semelhante de enfermidade.

Conforme relata Bullé (2016) mesmo com a criação do SUS, a saúde do cidadão não foi defendida pelo caráter público, que tem a utilizado como mercadoria para visionar o lucro e assegurar a materialização dos interesses do capital de grupos privados, impactando na participação e controle social.

Existe a tendência dos fundos públicos, ao invés de serem destinados aos estados e municípios do País, estão sendo utilizados para financiar a iniciativa privada e reproduzir o capital, demonstrando que o setor de saúde se transformou um mercado livre, onde organizações privadas buscam se apropriar dos recursos públicos destinados ao atendimento da população.

Os interesses empresariais movidos pela lógica econômica do lucro é a principal problemática da área de saúde brasileira no contexto geral, uma vez que prejudica o atendimento das necessidades dos cidadãos, visto que o objetivo desenvolvimentista industrial busca primordialmente o crescimento tecnológico e de inovação dos medicamentos (GADELHA, 2006).

É função do poder público gerir a saúde com presteza e rendimento funcional de modo a combater o desperdício de dinheiro público, além de evitar que alguns jurisdicionados se beneficiem da generalidade da cidadania, prejudicando a instituição de políticas universais eficientes. É fundamental que formas ilegítimas sejam combatidas por meio dos mecanismos constitucionais que permitem reduzir o potencial de influência do capitalismo no cumprimento da democracia da cidadania, sendo imprescindível assegurar que os interesses de todos sejam atendidos de maneira equilibrada e legítima.

3.5 Vulnerabilidade Social e Acesso à Saúde

Os primeiros trabalhos ancorados na perspectiva da vulnerabilidade social foram desenvolvidos e motivados pela preocupação de abordar de forma mais integral e completa não somente o fenômeno da pobreza, mas também as diversas modalidades de desvantagem social. (PINTO, 2012).

A vulnerabilidade se relaciona com a capacidade do ser humano em luta e recuperação, a possibilidade de sofrer danos, a capacidade de enfrentá-los e a chance de exposição ao adoecimento individual resultante de uma interação com o contexto social.

Esta questão associa-se ainda com os aspectos vivenciados pelos indivíduos durante suas relações e no processo de superação das práticas preventivas de saúde, incidindo, sobretudo na identificação dos riscos que acometem os mesmos, proporcionando agravos que podem ocasionar adoecimentos individuais ou coletivos (BRASIL, 2009).

De acordo com Melo et al. (2013, p. 68) a vulnerabilidade é um “conceito estruturante das abordagens de avaliação das condições de vida e saúde fundamentada na atribuição de sentidos e na interpretação da pluralidade dinâmica e complexa dos fenômenos sociais, inconstantes e relativos”.

O tema caracteriza-se por um complexo campo conceitual, constituído por diferentes concepções e dimensões que podem voltar-se para o enfoque econômico, ambiental, de saúde, de direitos, entre tantos outros. Ainda que essa temática venha sendo trabalhada ao longo de anos, cabe salientar que ela consiste em um conceito em construção, tendo em vista sua magnitude e complexidade (MONTEIRO, 2011, p.31).

A vulnerabilidade social de pessoas, famílias ou comunidades pode ser entendida como uma combinação de fatores que possam produzir uma deterioração de seu nível de bem-estar, em consequência de sua exposição a determinados tipos de riscos. Vulnerabilidade é uma noção multidimensional, na medida em que afeta indivíduos, grupos e comunidades em planos distintos de seu bem-estar, de diferentes formas e intensidade. (BUSSO, 2001, FUNDAÇÃO SEADE)

A população vulnerável vive em situação de risco, apresentando sinais de desnutrição, condições precárias de moradia e saneamento, sendo cidadão, mas sem os mesmos direitos e deveres dos outros indivíduos pertencentes a classes mais altas da sociedade. O indivíduo nesta situação torna-se um excluído, pois se encontra impossibilitado de participar da partilha dos bens e recursos ofertados pela sociedade.

A exclusão social no Brasil é fruto normalmente da elevada pobreza de grupos que ocupam determinado espaço geográfico, onde os riscos envolvem os aspectos pessoais, econômicos e sociais básicas. Neste contexto, a vulnerabilidade relaciona-se com aspectos materiais, culturais e políticos que permanecem associados com a vida em sociedade, impactando em ações voltadas para a educação, trabalho, gênero e relações raciais. Para tanto, a vulnerabilidade:

[...] se apresenta como perspectiva de renovação das práticas de cuidado para além do risco de adoecer, especialmente na promoção da saúde, constituindo-se em importante referencial para a construção de intervenções intersetoriais dinâmicas e aplicáveis (FERREIRA et al., 2012, p. 314).

Ao ser afastado dos espaços da sociedade o indivíduo fica em estado de vulnerabilidade e risco social, o que se pode entender como um sinônimo de pobreza, sendo, no entanto, uma consequência da outra, uma vez que a vulnerabilidade é que coloca as pessoas em um risco social.

A vulnerabilidade pode ter uma gradação maior ou menor que predispõe ao risco, e as proteções têm relação direta para compensar. A renda constitui um elemento da vulnerabilidade, junto com outras circunstâncias como idade, sexo, raça/etnia, orientação sexual e outras. O recorte da vulnerabilidade não é apenas o da precariedade, como também da resiliência, da capacidade de agir (RODRIGUES; GONÇALVES; TEIXEIRA, 2011, p. 05).

Enquanto a vulnerabilidade pode ser entendida como os fatores predisponentes ao risco, o risco engloba o vínculo rompido. Neste sentido:

Assim, a vulnerabilidade social de pessoas, famílias ou comunidades pode ser entendida como uma combinação de

fatores que possam produzir uma deterioração do seu nível de bem-estar, em consequência disso a exposição a determinados tipos de riscos. (COHN e FERREIRO PINTO, 2021, P 80)

Com isso, o risco social apresenta uma situação ainda mais crônica, pois podem ser identificados casos graves nas famílias de “trabalho infantil, abuso sexual de menores, prostituição infantil, prostituição de mulheres, violência doméstica, uso de drogas, homicídios, formação de gangues, embriaguez/alcoolismo” (RODRIGUES; GONÇALVES; TEIXEIRA, 2011, p. 05).

[...] o conceito de vulnerabilidade permite repensar sobre as práticas de saúde, de maneira crítica e dinâmica, para contribuir na busca de mudanças políticas, culturais, cognitivas e tecnológicas, por meio do trabalho transdisciplinar com diferentes setores da sociedade, que promovam impacto nos perfis epidemiológicos (BRASIL, 2010, p. 17).

Assim, a vulnerabilidade à pobreza não se limita em considerar a privação de renda, mas também à composição familiar, as condições de saúde e o acesso a serviços médicos, o acesso e a qualidade do sistema educacional, a possibilidade de obter trabalho com qualidade e remuneração adequadas, à existência de garantias legais e políticas, etc. (FUNDAÇÃO SEADE, 2001).

Em Pinto (2018), o termo vulnerabilidade foi incorporado ao campo da saúde com os trabalhos realizados sobre AIDS na Escola de Saúde Pública de Harvard por MANN *et al.* (1993). As primeiras discussões articulavam dois estratos de visibilidade: pessoas que eram discriminadas socialmente, tais como homossexuais e usuários de drogas; e a doença – AIDS – associada ao medo e à moral.

Em Ayres e col. (2003), o conceito aplicado à saúde resulta do processo entre o ativismo gay diante da epidemia de HIV/AIDS e o movimento dos Direitos Humanos. A abordagem conceitual da vulnerabilidade veio atender à necessidade de apreender os diferentes contextos sociais como determinantes de diversas suscetibilidades para criar alternativas técnicas ao atendimento às diferenças.

Em saúde pública é consensual o reconhecimento de que os grupos com piores condições socioeconômicas têm uma maior carga de doença, tanto crônicas como agudas, maior carga de incapacidades físicas e mentais em idade mais precoce, sofrem maior número de acidentes domiciliares ou urbanos, têm menor acesso aos cuidados de saúde em todos os níveis e esses cuidados quando prestados têm menor qualidade. (STARFIELD, 2002).

Para Lorenzo (2006, p. 300), a vulnerabilidade em saúde pública seria o estado de sujeitos e comunidades nos quais a estrutura de vida cotidiana, determinada por fatores históricos ou circunstanciais momentâneos tem influência negativa sobre os fatores determinantes e condicionantes de saúde.

Ainda segundo o autor:

É evidente que quanto mais significativa for a parcela da população em situação de vulnerabilidade em saúde pública, mais difíceis se tornarão as possibilidades de suas necessidades serem atendidas a curto ou médio prazo por meio das políticas públicas de saúde. As implicações são ainda maiores pelo fato de que as necessidades precisam ser tratadas, tanto do ponto de vista geográfico, garantindo a uma determinada região as ações de promoção e proteção e de assistência em todos os níveis de complexidade, quanto do ponto de vista de vulnerabilidades especiais, como as de trabalhadores em risco, as do gênero feminino, as dos grupos etários extremos, as dos grupos raciais e étnicos em desvantagem social, entre outras (LORENZO, 2006, p.304).

Por outro lado, continua o autor que, a capacidade dos grupos vulneráveis tornarem visíveis as especificidades de suas demandas depende da capacidade de organização civil. Porém a dificuldade de atendimento às suas demandas traz implicações consideráveis para as políticas públicas de saúde (LOURENZO, 2006, p. 304-305).

Ao abordar a questão da vulnerabilidade na atenção primária em saúde proporcionada pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), Silva, Alvarenga e Oliveira (2012) afirmam que o mesmo se encontra associado com a compreensão dos processos de saúde e das doenças que acometem os indivíduos, exigindo o uso de instrumentos e estratégias que busquem oferecer o cuidado assistencial integral aos cidadãos com base na coletividade,

garantindo a acessibilidade na saúde para todos.

Schwartz et al (2010) ressaltam que a acessibilidade se relaciona com inúmeros fatores que podem ser observados a partir de diversos elementos e situações, como o modelo institucional de saúde, os programas oferecidos, as práticas diárias, os profissionais, o nível de satisfação dos usuários, as questões econômicas e sociais, e outras variáveis que demonstram a pluralidade de uma unidade de saúde.

França e Pagliuca (2008) relatam que a acessibilidade se encontra estritamente associada aos direitos de uma minoria como os portadores de necessidades especiais que apresentam a perda de funções ou elementos físicos do organismo humano que os colocam em situações de enfrentamento de obstáculos perante a sociedade. Estas situações são capazes de desenvolver limites, restringindo sua participação na comunidade e consequentemente reduzindo a acessibilidade aos bens e serviços disponibilizados aos cidadãos, gerando a perda da autonomia e da cidadania.

Segundo Milbrath et al. (2009, p. 756):

Acredita-se que a acessibilidade possui uma abrangência que extrapola a disponibilidade dos recursos num determinado momento e lugar. Ela deve abarcar as peculiaridades dos serviços e dos recursos de saúde que facilitam ou dificultam a sua utilização pelos usuários. A acessibilidade corresponde a características dos serviços que assumem significado quando analisados à luz do impacto que exercem na capacidade da população de usá-los.

Partindo desta mesma concepção, Minayo (2008) chama a atenção para a questão da violência que também aumenta consideravelmente os riscos de vulnerabilidade dos cidadãos. A autora afirma que a violência não é meramente uma questão social, pois permanece relacionada com os aspectos de saúde e de qualidade de vida, já que causa lesões físicas, mentais e morais que podem se agravar e se transformar em doenças, exigindo atenção e cuidados dos serviços médico-hospitalares.

Assim, não pode ser considerado um caso médico típico, pois origina-se das relações sociais que acompanham toda a história da humanidade juntamente com suas transformações. No entanto, quando inserida no contexto humano pode provocar morte, lesões, traumas físicos, agravos psicológicos,

emocionais e até mesmo espirituais, reduzindo significativamente a qualidade de vida dos cidadãos e da comunidade ao qual estão inseridos (MINAYO, 2008).

3.6 O Sistema Único de Assistência Social – SUAS no enfrentamento da Vulnerabilidade Social

Com o estabelecimento das novas diretrizes governamentais originando a Constituição da República Federativa do Brasil em 1988, a área de Assistência Social adquiriu conquistas significativas, uma vez que passou a ser considerada uma Política Pública de Seguridade Social não contributiva, beneficiando todos os cidadãos brasileiros (BRASIL, 1988).

O art. 194 define a Seguridade Social como:

[...] 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. Parágrafo único. Compete ao Poder Público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos: I – universalidade da cobertura e do atendimento; II – uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; III – seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; IV – irredutibilidade do valor dos benefícios; V – equidade na forma de participação no custeio; VI – diversidade da base de financiamento, identificando-se, em rubricas contábeis específicas para cada área, as receitas e as despesas vinculadas a ações de saúde, previdência e assistência social, preservado o caráter contributivo da previdência social; VII – caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados (BRASIL, 1988).

Esse foi um marco o desenvolvimento de uma gestão política social mais eficaz e humanitária, que visavam à descentralização administrativa através do aumento da participação da sociedade nas organizações sociais. Dessa maneira, foi possível redefinir as funções das organizações federativas, onde o município passou a ser o principal responsável por suas próprias ações sociais (CAVALCANTE; RIBEIRO, 2012).

Na visão de Carvalho (2009, p. 03):

[...] a política de Assistência Social só foi reconhecida como política de Estado muito tardiamente. Até o final do século XX, a

Assistência Social em nosso país esteve fortemente assumida pela sociedade providência, seguindo os padrões da benemerência, seletividade, tutela, filantropia. De fato, até 1988 a Assistência Social não era reconhecida como missão do Estado; este atuava supletivamente.

Ressalta-se que este modelo de gestão rompeu com a tradição histórica brasileira onde as decisões governamentais deveriam ser decididas a nível federal. Além disso, é preciso enfatizar que a política de assistência social passou a ser permeada por medidas democráticas através da implementação da Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) de 1993, e principalmente da Política Nacional de Assistência Social (PNAS) em 2004, a fim de melhorar a inclusão social dos cidadãos brasileiros.

A PNAS, sob direção do poder público, atua diretamente na organização e disponibilização de serviços de assistência e proteção social, efetiva pelas seguintes ações de Vigilância Social:

Quadro 1 – Vigilância Social

Funções da Vigilância Social
- Produz, sistematiza informações, constrói indicadores e índices territorializados das situações de vulnerabilidade e risco pessoal e social, que incidem sobre famílias / pessoas, nos diferentes ciclos de vida (crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos);
- Identifica pessoas com redução da capacidade pessoal, com deficiência ou em abandono;
- Identifica a incidência de crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos vítimas de formas de exploração, de violência, de maus tratos e de ameaças;
- Identifica a incidência de vítimas de apartação social, que lhes impossibilite sua autonomia e integridade, fragilizando sua existência;
- Exerce vigilância sobre os padrões de serviços de Assistência Social, em especial aqueles que operam na forma de albergues, abrigos, residências, semi-residências, moradias provisórias para os diversos segmentos etários.

Fonte: Brasil (2005, p. 93)

No ano de 2005, o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) foi regulamentado, atuando na ordenação da gestão das atividades socio assistenciais que atendiam os aspectos federativos, porém permanecia destinado a reconhecer os direitos dos cidadãos brasileiros para alcançar seu bem estar. Segundo Almeida, Dórea e Vasconcelos (2011, p. 09), foi somente no governo Lula que se pode:

[...] construir o novo desenho da política nacional de assistência social. Para tanto, teve importância fundamental a implantação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e a NOB/SUAS. O SUAS inaugura um modelo de gestão que se configura como um importante mecanismo de superação da centralização político-administrativa, pois tem o objetivo de ampliar o acesso aos serviços da assistência social sob valores democráticos e universais, na perspectiva de materializar os pressupostos contidos no CF/1988 e na LOAS.

Diante disso, afirma-se que o processo de gestão do SUAS se encontra voltado para a organização e o fortalecimento da relação social e familiar, criando novas bases tanto para o Estado quanto para a sociedade. Este sistema busca ainda:

[...] o financiamento; o controle social; a política de recursos humanos; a informação, o monitoramento e avaliação. Além disso, estabelece níveis de gestão diferenciados, que no âmbito dos municípios corresponde às seguintes modalidades de habilitação: inicial, básica e plena. Além disso, considera o Plano, o Orçamento, o Monitoramento, a Avaliação e o Relatório Anual de Gestão como instrumentos fundamentais no processo de operacionalização e planejamento das ações da assistência social (ALMEIDA; DÓREA; VASCONCELOS, 2011, p. 09),

Em 2011, foi promulgada a Lei 12.435/2011 que alterou a LOAS, incluindo o SUAS, as unidades de referência, serviços e programas conjunto assistenciais. Também introduziu novos dispositivos relacionados ao Benefício de Prestação Continuada – BPC e financiamento do sistema.

Em 2012 foi aprovada a NOB/SUAS/2012 que adensou o conteúdo da política de Assistência Social, firmou instrumentos de aprimoramento de gestão do SUAS e de qualificação da oferta de serviços através de planejamento e monitoramento, do fortalecimento da vigilância socioassistencial, do aperfeiçoamento da responsabilidade dos entes federados no controle e na participação social.

A partilha dos recursos governamentais direcionados para o bem estar social da população também diz respeito à gestão da assistência social, sendo de responsabilidade dos Fundos de Assistência Social, onde cada esfera governamental possui a função de gerenciar seu próprio fundo. Assim, Almeida, Dórea e Vasconcelos (2011) ainda relatam que é preciso seguir alguns critérios para ser possível repassar recursos do Fundo Nacional de Assistência Social

(FNAS) para os fundos estaduais, federais e municipais, dentre eles: ações compatíveis de gestão; comprovação dos orçamentos e das atividades financeiras que utilizam os recursos próprios do tesouro provenientes de financiamentos voltados para os benefícios sociais; e comprovação das medidas de gerenciamento e controle da gestão pelos órgãos e entidades que regulamentam o setor.

Com base nestes aspectos, Carvalho (2009) afirma que o SUAS possui a finalidade de introduzir um novo modelo de organização e controle na atenção pública, redefinindo e melhorando significativamente as atividades socioassistenciais de maneira hierarquizada.

O autor considera que:

Com o SUAS, há uma retomada pelo Estado de uma ação pública delegada tradicionalmente a iniciativas filantrópicas da sociedade civil. Os serviços socioassistenciais integram em seus objetivos o desenvolvimento de ações de proteção social, vigilância e defesa social sempre na perspectiva territorializada com foco na matricialidade sócio familiar. É na integração dessas consignas que desenvolve um novo modelo assistencial coerente ao SUAS (CARVALHO, 2009, p. 07).

O SUAS é Sistema unificado, não contributivo, hierarquizado e participativo, organizado em níveis de complexidade de atendimento por meio de programas, projetos, serviços e benefícios. Oferece dois tipos de proteção social: básica e especial.

A proteção social básica oferece um conjunto de serviços, benefícios, projetos e programas ofertados em caráter preventivo nos equipamentos públicos do SUAS – CRAS (Centro de Referência de Assistência Social), porta de entrada do SUAS.

As unidades do CRAS apresentam porte e capacidades de atendimento anual diferentes, uma vez que seu tamanho e características de atendimento dependem do número de habitantes das cidades.

Estas unidades são constituídas por espaços físicos utilizados para oferecer o cuidado assistencial às determinadas famílias e públicos, a fim de melhorar o atendimento socioassistencial, sendo possível articular os serviços de psicólogos, assistentes sociais, profissionais em saúde e outros trabalhadores que atuam na garantia dos direitos básicos à população. Diante

disso, constata-se que o principal serviço disponibilizado pelo CRAS é o serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF), responsável por fortalecer os vínculos familiares e comunitários devido a inúmeros problemas sociais, econômicos e afetivos encontrados nas famílias atendidas (LEMOS, 2016).

O Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) é um sistema cuja administração provém do poder público que atua diretamente na organização e disponibilização de serviços de assistência e proteção social básica em localidades que se encontram mais vulneráveis para determinados riscos sociais. Família que vivem sob extrema pobreza ou que enfrentam inúmeros outros problemas podem receber o auxílio do CRAS através de inúmeras atividades de cuidado e acompanhamento. Este sistema é:

[...] o responsável pela organização e oferta de serviços da Proteção Social Básica nas áreas de vulnerabilidade e risco social. Por meio do Cras, as famílias em situação de extrema pobreza, incluídas pelo Plano Brasil Sem Miséria, passam a ter acesso a serviços como cadastramento e acompanhamento em programas de transferência de renda. O País conta, atualmente, 7.669 unidades distribuídas pelo território nacional (BRASIL, 2013, np).

A proteção social especial é desenvolvida nos CREAS (Centro de Referência Especializado em Assistência Social) que desenvolve ações direcionadas à População que vive em situação de risco pessoal e social em decorrência de: abandono, maus tratos físicos e, ou, psíquicos; abuso sexual; uso de substâncias psicoativas; cumprimento de medidas socioeducativas; situação de rua, situação de trabalho infantil, dentre outras.

Atualmente, o país apresenta uma Política de Assistência Social que visa não somente garantir o cumprimento dos direitos humanos, mas também permitir que os cidadãos tenham acesso aos serviços de saúde, transporte, lazer e medidas que visem à promoção do respeito a esta população e consequentemente combate às situações de violência, seja física ou emocional.

4. MISTANÁSIA: A MORTE NÃO DIGNA

No presente trabalho abordamos a Mistanásia como um fenômeno inserido no contexto do sistema público de saúde brasileiro, no entanto, não é exclusivo deste. O capítulo a seguir traz a origem etimológica da palavra “*mistanasia*” buscando esclarecer suas variações conceituais e interpretativas.

4.1 Origem etimológica e conceitos:

A palavra Mistanásia foi proposta pelo teólogo brasileiro Márcio Fabri dos Anjos no ano de 1989 e significa morte precoce e miserável, que poderia ser evitada se os indivíduos recebem a atenção devida pelas Políticas de Saúde Pública, estando associada ao termo Eutanásia Social (VARGAS, 2020).

Segundo Ricci (2017, p. 44):

A eutanásia social situa-se no campo econômico-sanitário quando a sociedade decide a sorte do doente, considerando apenas os recursos econômicos administrados com critérios de custo-benefício. Refere-se, particularmente, ao risco permanente de morte antecipada e prematura nas camadas pobres da população por falta de condições mínimas de vida e inadequado atendimento sanitário.

Segundo Lavor (2018) para compreender o conceito de Mistanásia e entender sua relação com a dignidade humana, é preciso inicialmente entender os conceitos de outras modalidades de término de vida como a Eutanásia, Ortotanásia e Distanásia, a fim de propiciar a diferenciação dos mesmos.

A Eutanásia é citada como o método que visa colocar fim ao sofrimento do paciente terminal, que mesmo sujeito a tratamentos não obteria a cura e resultados satisfatórios perante suas dores. Dessa maneira, “a morte é deslocada de tempo e modo, ou seja, tem-se a morte antes da hora de modo provocado objetivando ser de forma suave e indolor” (HÜBNER, 2013, p. 15).

Diferentemente da Eutanásia, a Ortotanásia é um processo terminal cujo paciente não poderá ter sua vida encerrada antecipadamente, priorizando os cuidados paliativos que oferecem maior conforto e amenizam as dores perante os intensos tratamentos invasivos e abusivos. Já, a distanásia visa prolongar a vida a partir de meios artificiais por um pequeno período, provocando dor e sofrimento ao indivíduo (HÜBNER, 2013).

Vargas (2020) afirma que a principal diferença entre o conceito de

Mistanásia e outras modalidades é a crueldade a qual os indivíduos são acometidos, visto que os mesmos antes de morrerem experimentam situações de intenso sofrimento e negligência, agravadas pela vulnerabilidade e a presença de doenças que afetam sua saúde e bem-estar. Enfatiza-se que muitas dessas doenças são curáveis com possibilidade de reversão, mas a omissão e negligência do Estado, provocam a morte prematura e injusta do cidadão.

Com o aprofundamento das pesquisas verificou-se três possibilidades que caracterizam a Mistanásia, são elas: a morte das pessoas que não chegam a se tornar pacientes, visto não conseguirem sequer atendimento pelo sistema de saúde pública disponível; a morte daqueles pacientes que, embora atendidas pelo sistema, padecem pelos erros médicos/hospitalares; e a morte dos indivíduos vítimas da má gestão ou de questões mais complexas como: econômica, científica, ou sócio políticas.

Segundo Leonard Martin (1998), tem-se, dentro da esfera macro “morte miserável”, além daquela abordada neste trabalho como objeto (delimitada no sistema público de saúde no Brasil), as seguintes divisões:

A omissão de socorro estrutural, onde a ausência ou a precariedade de serviços de atendimento médico atingem doentes nas fases avançadas/terminais e de suas enfermidades durante a vida inteira; fazendo com que os usuários padeçam de sofrimentos e morram antes da hora. Assim, seja por motivos políticos, sociais e/ou econômicos, muitos doentes nem sequer chegam a ingressar efetivamente no sistema público de saúde.

Pacientes vítimas de imperícia por erro médico (fraqueza humana), também fazem parte deste certame, quando o profissional deixa de diagnosticar a tempo, uma doença (crônica ou terminal) que poderia ser tratada ou curada ou abdicar de tratar adequadamente por falta de conhecimentos dos avanços na área de analgesia e cuidado da dor.

Ainda há casos em que o médico, adepto da medicina curativa, não encontra sentido em ocupar o seu tempo com pacientes desenganados, expondo o doente a risco de terapia paliativa inadequada e sofrimento desnecessário de forma imprudente. Qualquer procedimento médico realizado pelo profissional de saúde, sem o esclarecimento e o consentimento prévios do paciente, pelo fato da doença ser crônica ou terminal, também se configura

imprudência ao desconsiderar a autonomia do paciente, ocasionando mal-estar mental/espiritual devido à perda sensível de controle sobre sua vida.

Apontamos a omissão de tratamento e o abandono do paciente crônico ou terminal sem motivo justo como negligência médica, causando danos irreversíveis ao paciente, precipitando uma morte precoce e/ou dolorosa.

Todas as situações elencadas anteriormente, ferem a ética que respeita a verdade e a dignidade da condição humana, com base naquilo que é bom e correto, nos momentos de concretude da vida e da morte, tornando o processo de morte miserável e mistanásico.

É preciso destacar que no Brasil a concepção de Mistanásia nasce dentro do contexto da religião envolvendo a reflexão bioética. O termo Mistanásia foi criado em 1989 por Márcio Fabri dos Anjos, um Teólogo da Moral e bioeticista brasileiro. Para este teólogo, se a eutanásia seria uma maneira boa de desligar a pessoa da vida, também existia a maneira ruim a qual denominou de Mistanásia.

Segundo Anjos (1989, p.6):

Parece importante falar, então, da morte infeliz, dolorosa, que chamaríamos de “mistanásia”. Isto nos remete, dentro da área da biomedicina, aos pacientes terminais sofredores, seja pela convicta recusa em não se interferir no processo de morte, seja pelo mau atendimento médico-hospitalar. Mas nos remete também muito além da área hospitalar. E nos faz pensar na morte provocada de formas lentas e sutis por sistemas e estruturas.

Conforme se verifica a partir da leitura deste pensamento expresso acima, no contexto religioso existe uma preocupação sobre como os seres humanos estão sendo tratados dentro da sociedade no campo da saúde. Fica claro que dentro do catolicismo praticado no Brasil, existe uma indissociabilidade entre a vida e a dignidade. Neste sentido, defendem a morte digna para todos os seres humanos e inclui-se nisto, que a vida é um direito inviolável e que a todos devem ser dadas igualdades de condições para que tenham uma vida digna (MENDONÇA; DA SILVA, 2014).

Sobre a crítica da morte precoce e evitável de indivíduos vulneráveis o padre Luiz Antônio Lopes Ricci escreveu um livro intitulado “ a morte social: Mistanásia e bioética”, o conteúdo do livro é escrito na perspectiva da Teologia Moral, que é ramo da teologia que estuda os atos humanos e as fontes desses

atos deliberados para que o discípulo de Jesus Cristo possa direcioná-los à visão amorosa de Deus entendida como sua verdadeira e plena felicidade e fim último. Essa visão é alcançada por meio da graça, das virtudes e dos dons do Espírito Santo e à luz da revelação e da razão.

O padre Antônio Lopes Ricci também proferiu palestra denominada “ bioética e Mistanásia: por uma bioética afirmativa e vivencial” na Universidade do Sagrado Coração na Diocese de Bauru –SP, no ano de 2017. O tema foi debatido no contexto da bioética social, cotidiana e apresenta a ética aplicada à realidade social com injustiças, cujo objetivo foi colaborar para defender e promover a vida humana, especialmente, a vida que está exposta à probabilidade da Mistanásia.

No campo religioso a violação de seu direito à saúde representa o descaso moral pela vida humana. A posição da Igreja Católica, com relação às diferentes formas de interrupção da vida, passa pela sua fé e reflexão teológica na revelação bíblica. Assim, o entendimento da vida vai além da aceitação ou negação da morte e as formas de enfrentá-la, sendo necessário compreender que existe uma escala de valores entre o valor da vida e o valor da morte. Por esta razão é que emerge o conflito ético que se trata de um conflito de valores. Inclui-se nestes aqueles casos em que pessoas são deixadas para morrer à própria sorte abandonadas em hospitais, asilos, abrigos, na rua (FERNANDES, 2014).

Na visão de Moraes e Chaves (2019, p.3):

A mistanásia, prática vedada pelo ordenamento jurídico pátrio, vai muito além de insuficiência financeira do Estado, ela é o resultado de um mau e cruel relacionamento humano, diante de um quadro de banalização da morte, mormente das mais carentes social e financeiramente, atingindo-se um processo de coisificação do indivíduo, em que sua vida não apresenta a devida relevância nem para o Estado, nem para a sociedade.

Na perspectiva cultural e filosófica a Mistanásia está diretamente associada à geração das desigualdades sociais existentes em todo Brasil é, é uma negação ao exercício da cidadania, pois, conforme disposto na Constituição Federal de 1988 em seu artigo 196, caput, “a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos”. O direito à saúde faz parte do

núcleo mínimo da dignidade da pessoa humana, fazendo parte, portanto, do mínimo existencial (LAVOR, 2018).

4.2 Causas e consequências da Mistanásia na sociedade

Conforme relata Vargas (2020) uma das causas mais conhecidas da Mistanásia e discutida no âmbito legal diz respeito à ação ou omissão do Estado em disponibilizar estruturas suficientes para atender às demandas da saúde, havendo a carência de insumos e profissionais para socorrer os doentes, aumentando os riscos significativamente dos indivíduos virem à óbito. Conforme abordado anteriormente há outros fatores que acarretam a Mistanásia “culposa” envolvendo o erro médico, impedindo que o paciente receba intervenções adequadas; imprudência proveniente da incapacidade em efetuar o tratamento recomendado; imperícia, decorrente da falta de atualização técnica; e negligência, referente à omissão na prestação de serviços.

As consequências da Mistanásia na sociedade são inúmeras, pois este problema viola não apenas o direito à vida, mas também à morte justa. De acordo com Namba (2015, p. 224) “um exemplo seria o caso de idosos internados em hospitais ou hospícios onde não se oferecem alimentação e acompanhamento adequados, provocando, assim, uma morte precoce, miserável e sem dignidade”.

Embora, as Políticas Públicas sejam elaboradas com o intuito de atender a grande demanda em saúde, definindo orientações para que Estados e municípios disponibilizem serviços mais eficientes, observa-se que a cada dia, milhares de brasileiros sofrem com a falta de vagas em hospitais e de medicamentos, além de profissionais qualificados, deixando os cidadãos expostos ao risco de Mistanásia (VARGAS, 2010).

Este descaso do Estado acarreta consequências não apenas no âmbito da saúde, mas agrava o quadro de vulnerabilidade social que afeta todo o território nacional.

Pode-se apontar um território propenso a vulnerabilidade quando existe a presença de tráfico de drogas, o consumo de drogas lícitas e/ou ilícitas ausência de saneamento básico e um contexto familiar frágil em função da baixa

renda familiar, crianças e/ou adolescentes fora da escola, além da falta de uma renda familiar ou baixa renda, impactando na acessibilidade à saúde (MILBRATH et al., 2009).

Muitos cidadãos se encontram à mercê da vulnerabilidade da condição social de suas famílias, recebendo um péssimo atendimento em saúde pública, pois o atendimento integral não está em conformidade com a estrutura organizacional hierarquizada e regionalizada assistencial dos serviços de saúde, não suprimindo as necessidades da família como um todo (MILBRATH et al., 2009).

A Mistanásia ocorre por falta de estrutura do Estado, por meio de omissão quando se trata de atendimento médico no sistema de saúde, também conhecida como eutanásia social, vista como uma morte miserável, ou seja, pacientes que não tem condições financeiras para iniciar um tratamento médico, de modo que acabam se deparando com a precariedade do sistema de saúde (LAVOR, 2018).

Conforme Pattera (2015, p.5):

Tencionamos aqui colocar em evidencia a omissão de socorro estrutural que atinge milhões de doentes durante sua vida inteira e não apenas nas fases avançadas e terminais de suas enfermidades. A ausência ou a precariedade de serviços de atendimento médico em hospitais ou clínicas especializadas, locais esses que garantem que pessoas com deficiências físicas ou mentais (ou com doenças que poderiam ser tratadas) morram antes da hora, padecendo enquanto vivem dores e sofrimentos, em princípio, evitáveis. Seria hipocrisia não mencionar os milhões de crianças que padecem vítimas de doenças diversas que culminam com a morte, o que também é uma espécie de infanticídio. As políticas do Governo Federal não são voltadas para a solução dos problemas da população de rua, mas visam apenas minimizá-los. Sob esse prisma uma reavaliação e novas implementações nas políticas públicas são imprescindíveis.

Destaca-se o ponto de vista de Saldanha (2017) sobre a Mistanásia, advindo do descaso no sistema de saúde, a falta de estrutura mínima e, ou profissionais de saúde para atendimento.

Uma das consequências da mistanásia é a precarização do trabalho dos profissionais da saúde. A Mistanásia decorre muitas vezes da morosidade do cumprimento dos fiéis recursos destinados ao serviço público, aos quais os profissionais desempenham suas funções laborais de forma desrespeitosa com o objetivo de lesar os direitos trabalhistas e fundamentais do cidadão. Como

garantir um serviço imediato e qualificado, se os profissionais não recebem a respectiva remuneração pelo cumprimento do serviço, ou se não recebem o mínimo devido dos instrumentos para o desempenho da sua função. Superlotação no hospital, médicos com plantões exacerbados, falta de estoque de remédios, equipamentos sem manutenção, horários prolongados (TERRA;CABRAL, 2021).

De acordo com Siqueira e Luzareti (2019, p.23):

Na Constituição Federal de 1988, o direito à saúde, bem como regulamentar, através da legislação ordinária, o Sistema Único de Saúde, sérios problemas ainda permeiam a saúde pública, dentre os quais a falta de médicos e de infraestrutura, a demora no atendimento nas unidades de saúde, o longo tempo de espera para obter acesso a consultas, a baixa qualidade dos serviços prestados, a falta de medicamentos à população, entre outros. Os mais afetados costumam ser a população carente que, em geral, depende exclusivamente do SUS para o tratamento de qualquer enfermidade.

A Convenção Americana sobre Direitos Humanos, tratado internacional ratificado no Brasil em 1992, afirma expressamente que a vida deve ser preservada desde a concepção, relacionando as características vitais mínimas, como igualdade, fraternidade e solidariedade diante do reconhecimento dos direitos humanos

O que leva o cidadão a buscar a saúde pública, seja por meio de consulta, remédio, cirurgia ou exame, independente da complexidade do paciente, tem o direito de ser atendido de forma humana, ágil e eficiente, evidenciando o devido tratamento e qualidade, para remediar o sofrimento saturado pelo paciente,

Portanto uma das consequências da Mistanásia é a exclusão social que faz parte do crescimento da expansão das desigualdades sociais. Devido a isto o conceito de pobreza em relação à escassez ou ausência de recursos materiais, devem ser reconsiderados diante da noção de exclusão social, que está enraizada na profundidade das estruturas sociais e econômicas de alguns países, os quais estão imersos em um intenso processo de mudanças em diferentes níveis. Neste contexto, as velhas formas de desigualdade renda, somada às lacunas em cidadania, à perda de vínculos e redes social, ou outro, dá sentido pleno ao uso cada vez mais difundido o conceito de exclusão social.

A exclusão social pode ser entendida como uma situação fruto concreto de um

processo dinâmico de acumulação, sobreposição e / ou combinação de vários fatores de desvantagem ou vulnerabilidade social, e que gera entre pessoas ou grupos sociais, uma situação de impossibilidade ou dificuldade intensa de acessar mecanismos de desenvolvimento inserção pessoal, sócio comunitária e aos sistemas de proteção pré-estabelecidos Social. Por outro lado, e em relação a acima, o conceito de vulnerabilidade social delimita toda uma série de situações que são presididos por uma balança social precária que pode ser transformada em exclusão social por meio de um processo de intensificação de um ou mais fatores de exclusão. (SUBIRATS et al, 2005).

De acordo com Vieira (2017, P.,4):

Quando nos referimos ao problema da exclusão social, vem em mente a ideia de pobreza, miséria, de carência material, porém, tratar sobre este assunto, é ir além dos problemas materiais! Devemos nos atentar a questões sutis e, aparentemente, imperceptíveis, relacionadas à identidade, à individualidade e à própria condição humana. Em suma, a exclusão social é um fenômeno expropriador, excludente, alienador da própria condição humana! Em toda a história humana, encontramos indícios da presença de processos de exclusão social e de alienação subjetiva dos indivíduos em suas sociedades.

A exclusão social é um fenômeno altamente complexo na medida em que se refere a um multidimensionalidade e uma multifatorialidade que operam dinamicamente de acordo com os contextos e que têm seus efeitos, mais repentinos ou prolongados, em um dado espaço de tempo. As dimensões e fatores de exclusão são presente em todas as esferas do desenvolvimento pessoal e social.

A exclusão social, então pode ser considerada como um conjunto de problemas que levam ao isolamento/afastamento de uma pessoa ou de um determinado grupo da sociedade em que está inserida.

A pobreza e a exclusão social estão intimamente relacionadas, pois a pobreza leva à exclusão social, ou seja, regra geral, uma pessoa pobre é normalmente excluída da sociedade.

A exclusão social é suscetível a ser abordado a partir dos valores, da ação coletiva, a partir da prática institucional e das políticas públicas. O território, delimitado geograficamente, é o quadro onde a realidade social está entrelaçada com Políticas públicas (SUBIRATS et al, 2005).

A exclusão social reflete as desigualdades presentes na sociedade que, por sua vez, geram as desigualdades em saúde. As desigualdades na saúde geram desiguais possibilidades de usufruir dos avanços científicos e tecnológicos ocorridos nesta área, bem como diferentes chances de exposição aos fatores que determinam a saúde e a doença e por fim as diferentes chances de adoecimento e morte. (BARRETO, 2017).

As desigualdades em saúde podem ser evitáveis, injustas e desnecessárias que se traduzem em iniquidades. As iniquidades em saúde são diferenças no estado de saúde ou na distribuição dos recursos de saúde entre diferentes grupos populacionais, decorrentes das condições sociais em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem.

No momento em que desigualdades se transformam em iniquidades é que emergem as condições para formulações e ações políticas concretas direcionadas a minimizar as desigualdades existentes. (BARRETO, 2017).

Políticas públicas não é somente um conjunto de decisões, mas visa a garantia dos direitos sociais é o paradigma e referencial ético a orientar a ordem constitucional (JARDIM et al, 2009).

De acordo com Magalhães (2012, p.3) os direitos sociais:

Visam garantir condições mínimas para o bem-estar social, atendendo as necessidades dos indivíduos. Por este motivo, ou seja, considerando que os direitos sociais devem atender as necessidades da sociedade é imprescindível ter em mente o imperativo da ação de alguém ou algo para que estes interesses se concretizem. Por este motivo, em que pese à realização dos direitos sociais estes são concretizados a partir da ação do Estado, e assim considera-se a necessidade peremptória da intervenção do Estado na ordem social para viabilização da justiça distributiva.

A concretização dos direitos sociais se dá por meio de efetivação de políticas públicas por meio de programas de ação governamental imbuída de caráter político, que visa a melhoria de condições econômicas, políticas ou sociais da sociedade

Quando se diz social, o “social” engloba a maioria das formas de exclusão plural. Como se pode ver, se a palavra exclusão é definida por um adjetivo, este é o de Social. Esta exclusão inclui o resto das exclusões; é o que todos eles têm em comum elas. Assim compreende-se que o termo exclusão em situações

muito diferentes, pois as exclusões são múltiplas: sabemos sobre exclusão étnica, saúde, acesso ao emprego, do exercício dos direitos políticos, da exclusão profissional, da exclusão do direito de voto, da exclusão educacional, da definição da identidade sexual, da exclusão em habitação dentre outros (RUBIO, 2016).

Desse modo, compreende-se que na área da saúde a Mistanásia é uma forma de exclusão social tendo em vista que impossibilita os indivíduos que terem acesso ao sistema de saúde.

Segundo Vieira (2017, p.5):

A mistanásia é o processo de nadificação da pessoa, por meio da antecipação da morte ou o prolongamento de dor ou sofrimento desnecessário, devido a negligência, imprudência ou imperícia no atendimento médico. Seria, portanto, a inacessibilidade do indivíduo ao tratamento necessário à preservação de sua saúde (condição quantitativa ou ontológica / neste caso a pessoa não consegue se tornar paciente), ou acessibilidade precária, carente de condições adequadas para o correto tratamento (condição qualitativa ou axiológica). Os agentes passivos deste processo são as pessoas deficientes ou doentes em condição de carência, de exclusão econômica, política ou social, que estão impossibilitados de ingressar no sistema de atendimento médico público ou privado, ou, os doentes e pessoas debilitadas que ingressam no sistema público de atendimento, mas são vítimas da já referida negligência, imprudência ou imperícia. Trata-se do fenômeno resultante da omissão de socorro, ou seja, o agente médico se recusa a atender emergencialmente o paciente ou o pretere em função de outro mais "viável".

Para melhor compreensão é preciso destacar que "Saúde" foi inicialmente considerada em relação à doença.". Após a Segunda Guerra Mundial, a Constituição da Organização Mundial da Saúde, adotada em 1946, definia saúde como "o estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade". Esta definição apela à percepção subjetiva de cada indivíduo, que varia entre as pessoas e os tempos. Na verdade, foi a primeira vez que a saúde foi considerada de outra forma que não pelo simples prisma do cuidado ou da saúde física. Essa definição incorporou a ideia de bem-estar mental e social. No entanto, permanece estático na medida em que não considera os outros determinantes sociais do estado de saúde: habitação, trabalho, relações sociais, meio ambiente, e outros.

O outro texto de referência é a Carta de Ottawa para Promoção da Saúde,

adotada pela Organização Mundial da Saúde em 21 de novembro de 1986, que afirma: “A saúde é vista como um recurso para a vida cotidiana, e não como a meta da vida; é um conceito positivo que enfatiza os recursos sociais e pessoais e as habilidades físicas. A promoção da saúde não é, portanto, apenas uma questão do setor da saúde: não se trata apenas de defender a adoção de estilos de vida que promovam a boa saúde; sua ambição é o completo bem-estar do indivíduo ” (BRASIL, 2002). Este texto acrescenta: "A saúde requer uma série de condições e recursos, pré-requisitos, o indivíduo deve ser capaz, em particular: moradia, acesso à educação, alimentação adequada, ter uma determinada renda, beneficiar-se de um ecossistema estável, contar com um suprimento sustentável de recursos, ter direito à justiça social e a um tratamento justo. Esses são os pré-requisitos para qualquer melhoria na saúde "(BRASIL, 2002).

Para Oliveira (2020, p.3):

A saúde depende de tantos determinantes que ninguém a pode garantir, portanto, como direito, deve ser interpretado como um direito humano, que obriga a garantia não só dos cuidados de saúde oportunos e eficazes como também ao provimento da água necessária de forma segura, saneamento, alimentos seguros e saudáveis, habitação protegida e salubre, conhecimento, cultura, o enfrentamento das mudanças climáticas e ambientais, enfrentamento a questões de racismo e homofobias, entre outros.

É, portanto, compreensível que a saúde “exija” diversidade e complementaridade de respostas políticas. Com efeito, a saúde precária resulta de uma infinidade de deficiências e, na realidade, reflete uma situação de exclusão social e precariedade.

Ainda refletindo sobre a exclusão social tendo como consequência a Mistanásia, é preciso lembrar que as populações pobres usam o sistema de saúde de forma mais restritiva e não necessariamente têm acesso a atividades ou estilos de vida que lhes permitam melhorar seu bem-estar. Ao contrário disto, existe uma interação entre este mal-estar e as suas condições de vida, em particular porque o esforço exigido das pessoas para se integrar é geralmente muito maior do que o exigido pelas pessoas bem integradas socialmente (ASSIS;JESUS, 2012).

De acordo com Pêcego e Silveira (2013, p.3):

A saúde pública integra os direitos sociais fundamentais de segunda dimensão que implicam numa obrigatória prestação positiva por parte do Estado para que o cidadão possa exercer em sua plenitude a cidadania moderna em que se fundamenta o Estado Democrático de Direito. Há tempos a questão da saúde pública vem se agravando por inação ou falha na prestação do serviço por parte do Estado que, assim agindo, deixa de assegurar a contento o exercício desse direito coletivo e da cidadania. Os óbitos ocorrem por falta de leitos nos hospitais públicos, de médicos para atendimento, de medicamentos e até mesmo por falta de saneamento hospitalar, fazendo com que haja um desvirtuamento do alcance dos direitos sociais que passa a não ser oportunizado ao povo que ficam impedidos de exercer com cidadania esses direitos, fazendo com que os desassistidos sejam vítimas de uma morte miserável e prematura, o que configura a denominada mistanásia.

Outra consequência da Mistanásia é a violação dos direitos humanos, pois, a discriminação óbvia ou implícita na prestação de serviços de saúde constitui uma violação dos direitos fundamentais. O direito à saúde pressupõe liberdades e direitos., ou seja, o direito a gozar do melhor estado de saúde possível implica o cumprimento de um conjunto de critérios sociais favoráveis ao estado de saúde de todos, nomeadamente a disponibilidade de serviços de saúde, condições de trabalho seguras, habitação adequada e alimentação nutritiva.

De acordo com Oliveira (2020, p.3):

O direito à saúde, previsto nos arts. 6º, 196 e seguintes da Constituição Federal, insere-se nos direitos sociais fundamentais². Por conseguinte, depara sua origem no constitucionalismo contemporâneo, sendo considerado um direito humano primordial³. A garantia dos direitos humanos, por sua vez, apresenta-se como condição fundamental para o exercício de outros direitos sociais⁴, e sua efetivação revela dificuldades para a consolidação de novas formas de partilha de poder político e direcionamento das decisões políticas para o interesse público resultante no fortalecimento dos valores democráticos da soberania popular e do respeito aos direitos fundamentais, tal como é o direito à saúde.

Os direitos humanos são um todo de padrões que foram acordados em nível internacional e aplicável a todos seres humanos. Eles reúnem direitos civis, culturais, econômicos, políticas e sociais definidas na Declaração Universal dos Direitos Humanos 1948. Na base e na extensão desse texto fundamental, outros

tratados internacionais de direitos humanos concentraram suas provisões em certos grupos e categorias da população, como minorias raciais, mulheres, crianças, migrantes, pessoas com deficiência ou em questões específicas, como desaparecimentos forçado ou tortura.

Todo o Estado Membro das Nações Unidas ratificou pelo menos um dos nove principais tratados de direitos humanos e 80% ratificaram quatro ou mais. A ratificação de um tratado obriga legalmente os Estados interessados a respeitar, para proteger e cumprir os direitos que eles reconheceram. Leis de direitos humanos levam em consideração os sérios desafios dos países pobres e, portanto, admite que o último não pode, a curto prazo, garantir a satisfação da população de todos direitos econômicos, sociais e culturais.

Os governos desses países são, no entanto, obrigados a estabelecer um plano a longo prazo visando assegurar a implementação progressiva dos direitos humanos. Eles devem também tomar medidas rápidas e concretas, principalmente de natureza financeira, e, dentro dos limites dos recursos disponíveis, orientar resolutamente sua política na sensação de pleno gozo de todos os direitos humanos. Deste modo, quando grande parte da população não consegue usufruir dos direitos do homem, o Estado em questão deve fornecer prova de que dedica todos os recursos disponíveis para ele - recursos que pode, se necessário, ser fornecido no quadro de ajuda internacional - para a implementação desses direitos.

Violações de direitos humanos no setor saúde (gera a Mistanásia). Se os direitos humanos forem violados ou levados em consideração de forma insuficiente, isso pode ter consequências graves para a saúde. Esta é uma violação profundamente enraizada nos valores das sociedades. A realização do direito à saúde está intimamente ligada à realização de outros direitos humanos, incluindo o direito à alimentação, moradia, trabalho, educação, não discriminação, acesso à informação e participação.

Conforme Pêcego e Silveira (2013, p.4):

Inegavelmente o direito à vida se questiona nesse quadro lastimável, direito humano universal e fundamental que impõe o dever ao Estado de se abster de o violar por ação ou, no caso, por omissão no dever de prestar o direito coletivo à saúde

pública. Tal atuar promove permanente exclusão social das camadas desassistidas da sociedade e, contrapartida, fomenta o investimento na saúde privada que sustenta a classe mais privilegiada, atendendo a política neoliberal dominante que viola a dignidade da pessoa humana e o pleno exercício da cidadania moderna num Estado Democrático de Direito.

As liberdades incluem o direito humano de controlar sua própria saúde e corpo (por exemplo, direitos sexuais e reprodutivos), bem como o direito à integridade (por exemplo, o direito de não ser submetido a tortura e de não ser submetido sem seu consentimento a tratamento ou experiência médica)

Os direitos incluem o direito de acesso a um sistema de proteção da saúde que garanta a todos, em condições de igualdade, a oportunidade de desfrutar do mais alto padrão de saúde possível. As políticas e programas de saúde têm a capacidade de promover ou violar os direitos humanos, incluindo o direito à saúde, dependendo de como são elaborados ou implementados. Embora tenham como objetivo respeitar e proteger os direitos humanos, eles ajudam o setor da saúde a cumprir sua responsabilidade de cuidar da saúde de todos.

Uma abordagem da saúde baseada nos direitos humanos fornece estratégias e soluções para enfrentar e retificar as desigualdades, práticas discriminatórias e lutas de poder injustas, que muitas vezes estão no cerne de resultados de saúde desiguais. A abordagem da saúde baseada nos direitos humanos visa assegurar que todas as políticas, estratégias e programas de saúde sejam elaborados de forma a melhorar gradualmente o gozo de todos o direito à saúde (OLIVEIRA et al , 2017). Algumas ações para atingir estes objetivos são:

Quadro 2 – Ações de saúde baseada nos direitos humanos

Não discriminação	O princípio da não discriminação visa garantir que os direitos humanos sejam exercidos sem qualquer discriminação com base na raça, cor, sexo, idioma, religião, opinião política ou qualquer outra opinião.
Disponibilidade	Existem instalações, bens, serviços e programas públicos de saúde e cuidados de saúde suficientes
Acessibilidade	As instalações, bens e serviços de saúde são acessíveis a todos. A acessibilidade é composta por quatro dimensões inter-relacionadas: sem discriminação; acessibilidade física; acessibilidade;

	acessibilidade da informação
Aceitabilidade	Todas as instalações, bens e serviços de saúde devem respeitar a ética médica e as diferenças culturais, e levar em consideração as necessidades de homens e mulheres ao longo da vida
Qualidade	A qualidade, bem como o nível científico e médico dos estabelecimentos, bens e serviços de saúde devem ser adaptados
Responsabilidade	Estados e outras entidades responsáveis devem ser responsabilizados pela medida em que respeitam os direitos humanos
Universalidade	Os direitos humanos são universais e inalienáveis. Eles devem ser respeitados por todas as pessoas, em todos os lugares

Fonte: OLIVEIRA (2017)

As políticas e programas de saúde devem ser elaborados para atender às necessidades da população por meio do sistema de responsabilização implantado. Uma abordagem baseada nos direitos humanos determina as relações entre os diferentes atores, a fim de capacitar as pessoas a fazerem valer seus direitos e encorajar os tomadores de decisão e prestadores de serviços a respeitar sua obrigação de criar sistemas de direitos humanos.

A Mistanásia é uma violação de direitos humanos, visto que todo ser humano goza do direito à melhor saúde possível, física e mental, sem discriminação, onde quer que estejamos e seja qual for a circunstância. Todos têm o direito de nos beneficiar de serviços de saúde de boa qualidade prestados com dignidade e respeito. Em razão disto os Estados são legalmente obrigados a permitir alcançar nosso direito à saúde, que é o pré-requisito para respeitar todos os outros direitos humanos, como o direito para a vida, educação e informação, para participação, bem como os benefícios de progresso científico e suas aplicações (VARGAS, 2020).

Segundo Oliveira (2020, p.4):

As violações ou a falta de atenção aos direitos humanos não apenas contribuem e exacerbam problemas de saúde na população, mas podem ter sérias consequências para a saúde de pessoas em vulnerabilidade, levando a um cenário de risco de maior exposição a violações dos direitos humanos, que, por vezes, abrange tratamentos e procedimentos coercivos ou forçados.

Os direitos humanos desempenham um papel capital para atingir os

objetivos do Milênio para o Desenvolvimento (ODM), ou os oito objetivos essenciais, definidos na Declaração do Milênio, relativa a redução da pobreza, doenças e desigualdades, melhorando o acesso à educação e estabelecimento de um ambiente sustentável. Na verdade, é colocando-se de uma perspectiva de direitos humanos que podemos entender melhor como certos fatores - discriminação, desigualdades, sentimento de impotência e desempoderamento, entre outros – faça leito de pobreza e miséria (BRASIL, 2005).

De acordo com Oliveira (2020, p.6):

Todo ser humano tem o direito ao mais alto possível padrão de saúde física e mental, sem discriminação, onde quer que estejamos, e sejam quais forem as nossas circunstâncias. No entanto, existe uma lacuna importante entre o reconhecimento do direito ao mais alto padrão atingível de saúde e sua implementação. Legisladores e políticos devem ser convencidos de suas responsabilidades para proteger direitos econômicos, sociais e culturais da mesma forma como eles são obrigados a proteger os direitos civis e políticos.

Até recentemente, os direitos de humanos foram associados às condições concessão de programas de ajuda e mais atenção, neste contexto, direitos civis e políticos. Esta tendência, combinada com uma compreensão insuficiente de aspectos econômicos, sociais e cultural, ajudou a obscurecer as ligações que existem entre os direitos humanos e redução da pobreza e para coletar direitos humanos ligados a questões controversas demais para serem possíveis para usá-los para o desenvolvimento. Na verdade, alguns governos e algumas organizações ainda hesitam em lidar explicitamente com questões relacionadas a direitos humanos em suas políticas e seus programas.

4.2 Mistanásia Materializada: Pandemia Da Covid-19

De acordo com a Dra. Rosa Maria Ferreiro Pinto, a pandemia da Covid-19 representa, no Brasil, não apenas um fenômeno social de relevância, mas um fato social total, ou seja, uma sindemia, que atinge grupos sociais vulnerabilizados com maior gravidade, já que, não há explicação estritamente biológica para o fato do Brasil apresentar o maior índice de mortalidade materna associada à Covid-19).

Segundo Horton “Não importa quão eficaz seja um tratamento ou quão

protetora seja uma vacina, a busca por uma solução puramente biomédica contra a Covid-19 vai falhar”. (HORTON, R. in MATTA, G. C. et alii, 2021). Tal afirmativa se justifica conforme o Relatório da Oxfam publicado em janeiro de 2021, que afirma que a probabilidade de morrer de Covid-19 é significativamente maior quando se é pobre. Se a pessoa é de uma comunidade negra ou indígena, essa probabilidade é ainda mais alta.

A crise econômica proveniente da crise pandêmica e da política econômica que vem sendo implementada, aprofunda o processo de vulnerabilização somado a pobreza, a raça, ao gênero, ao desemprego vem se configurando como uma somatória de erros e negligências por parte do governo nacional, indo na direção contrária e a preservação da vida e do direito à saúde dos cidadãos, como reza a Constituição de 1988. (COHN, A. 2020).

Citar o recorte de como a pandemia é desvelada por esses autores, não só descortina a realidade nua e crua, mas revela que o compromisso universalista do SUS consolida-se em níveis minimalistas, insuficientes para enfrentar a desigualdade (Esping-Andersen e Myles), fragilizando sua capacidade protetiva e corroborando o caminho mistanásico.

Em 14 de janeiro de 2021 nós tivemos o mais recente caso amplamente divulgado de Mistanásia, ocorrida em Manaus, onde mais de 30 pacientes internados por covid morreram por falta de oxigênio nas unidades. Durante as investigações de responsabilidade ficou comprovado que a falta de oxigênio na região era previsível, visto que os números de produção vs consumo já apontava a escassez com pelo menos um mês de antecedência.

A conselheira do Conselho Nacional de Saúde afirmou que a falta de coordenação entre os níveis municipal, estadual e federal é um grande vilão na falta de recursos para o sistema de saúde local.

Luiza Garnelo, pesquisadora do Instituto Leônidas & Maria Deane (Fiocruz Amazônia) alerta que a crise no Amazonas é resultado de medidas de prevenção inadequadas e um contexto extremamente desfavorável. Em análise apresentada no painel virtual “Pandemia na Amazônia: crise e caos”, organizado pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), em 27/1, ela ressaltou que a situação caótica na região “não surge do nada”, mas se assenta em indicadores sociais e sanitários muito precários,

4.3 Aspectos jurídicos

Estudiosos apresentam debates necessários sobre a questão da judicialização das Políticas Públicas em Saúde e dos serviços oferecidos. Considerando as dificuldades e desafios que abrangem as políticas públicas de saúde e o acesso a um serviço em saúde de qualidade voltado para os cidadãos, a judicialização das ações públicas tem sido citada como uma ferramenta para garantir tratamentos médicos ou medicamentos não obtidos pelas vias tradicionais ou não autorizados pelo SUS (SILVA, 2013). Com isso:

[...] percebe-se que é crescente o aumento das demandas judiciais no Brasil, com ênfase ao acesso a medicamentos não fornecidos pelo sistema SUS e outros serviços de saúde, conforme dados do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), o que representa um enorme avanço ao efetivo exercício da cidadania, pois garante que o Estado cumpra com as decisões judiciais favoráveis, em que pese o impacto significativo nos gastos públicos na questão da saúde (OLIVEIRA, 2013, p. 81).

Para Wang (2008) a judicialização fez com que o judiciário se transformasse em um ator importante para as políticas de saúde brasileiras, dando origem ao “litígio da saúde”. O autor relata que é fundamental que as ações judiciais sejam orientadas conscientemente, considerando não apenas as intervenções médicas e terapêuticas dos pacientes, mas também a atuação de empresas farmacêuticas que normalmente incentivam o litígio.

Por outro lado, alguns estudos tem demonstrado que estas decisões contribuem com a construção de um sistema público de saúde menos justo e racional, onde os tribunais estão gerando um sistema de dois níveis voltado para os cidadãos que possuem condições de recorrer às decisões judiciais e obter o tratamento necessário; e para aqueles que não conseguem ter acesso a cuidados restritos.

Para Salvador (2016) as decisões judiciais neste âmbito visam analisar tutelas individuais para assegurar o direito de saúde de determinados indivíduos, mas consequentemente beneficiam cidadãos em detrimento de outros, provocando a desigualdade dos serviços oferecidos pelo SUS, e fomentando uma classe de privilegiados. O principal problema deste processo envolve a determinação do oferecimento de medicamentos e serviços pelo Estado aos

cidadãos a partir da comprovação de evidências científicas pobres, que muitas vezes, não consideram a relação custo-efetividade, bem como as necessidades e prioridades da saúde pública.

Na visão de Lima et al. (2019) as políticas públicas de saúde são responsáveis por elaborar ações eficientes para a redução das desigualdades sociais e econômicas. Entretanto, quando o poder judiciário é incluído das decisões e implementações dessas políticas, acaba por beneficiar os cidadãos que possuem acesso especial à justiça, seja por manterem maior conhecimento acerca de seus direitos ou por possuírem condições de custear profissionais especializados para sua defesa. Dessa forma, entende-se que neste caso, os cidadãos de classe média e alta são privilegiados quando comparados aos mais pobres. Cita-se ainda que a exclusão da classe mais baixa seria ainda incentivada pela tendência de o poder público manter programas institucionalizados que visam ordenar os processos judiciais, que normalmente atendem sobretudo a classe média.

Souza (2010) afirma que não há dúvidas que o direito à saúde deve ser garantido a partir da disponibilização do medicamento ou outro recurso que o paciente precisa, exigindo a intervenção do judiciário, sempre que o bem da vida não for considerado. Entretanto, considerando o princípio da igualdade, não se deve priorizar um direito fundamental sobre o outro, demonstrando que o direito à saúde, mesmo que citado como fundamental, não é absoluto. Portanto, observa-se a violação do princípio da igualdade quando há a intervenção do Poder Judiciário.

Segundo Vargas (2020) outro aspecto jurídico associado à Mistanásia engloba o conflito ideológico entre os debates sobre o mínimo existencial e da reserva do possível para a implementação das políticas em saúde. Enquanto o Poder Legislativo possui a função de definir metas prioritárias na questão das Políticas Públicas, concretizando os preceitos indispensáveis; o Executivo implementa e executa as metas; o Judiciário exerce o controle mediante o princípio da universalidade da jurisdição. Com isso:

Respeita-se, contudo, em princípio, a liberdade de conformação do legislador, a quem se reconhece discricionariedade na opção normativa tida como mais oportuna para a proteção dos direitos fundamentais. Cabe aos órgãos políticos, e não ao Judiciário,

indicar qual a medida a ser adotada para proteger os bens jurídicos abrigados pelas normas definidoras de direitos fundamentais. A dimensão objetiva cria um direito a prestação associado a direito de defesa, e esse direito a prestação há de se sujeitar à liberdade de conformação dos órgãos políticos e ao condicionamento da reserva do possível (MENDES, COELHO, BRANCO, 2009, p. 301).

Cabe citar que a Administração Pública deve planejar seus orçamentos no intuito de assegurar o mínimo existencial, especialmente quando há a necessidade de financiamento dos tratamentos de custos elevados, cumprindo as decisões judiciais sempre que preciso. É neste contexto, que o Poder Público invoca a reserva do possível, fundamentando suas condições de insuficiência de recursos públicos e orçamento ineficiente (RIBAS, 2013).

Ribas (2013, np) cita que “ainda que devidamente legítimas, as decisões judiciais geram uma desorganização no planejamento estatal, sobretudo no que diz respeito à reserva orçamentária destinada à saúde”. É determinado na Constituição que o Poder Público atenda os planos orçamentários, conforme o Art. 165:

Art. 165. Leis de iniciativa do Poder Executivo estabelecerão:

- I - o plano plurianual;
- II - as diretrizes orçamentárias;
- III - os orçamentos anuais.

§ 1º - A lei que instituir o plano plurianual estabelecerá, de forma regionalizada, as diretrizes, objetivos e metas da administração pública federal para as despesas de capital e outras delas decorrentes e para as relativas aos programas de duração continuada.

2º - A lei de diretrizes orçamentárias compreenderá as metas e prioridades da administração pública federal, incluindo as despesas de capital para o exercício financeiro subsequente, orientará a elaboração da lei orçamentária anual, disporá sobre as alterações na legislação tributária e estabelecerá a política de aplicação das agências financeiras oficiais de fomento.[...]

§ 5º - A lei orçamentária anual compreenderá:

- I - o orçamento fiscal referente aos Poderes da União, seus fundos, órgãos e entidades da administração direta e indireta, inclusive fundações instituídas e mantidas pelo Poder Público;
- I - o orçamento de investimento das empresas em que a União, direta ou indiretamente, detenha a maioria do capital social com direito a voto;
- II - o orçamento da seguridade social, abrangendo todas as entidades e órgãos a ela vinculados, da administração direta ou indireta, bem como os fundos e fundações instituídos e mantidos pelo Poder Público (BRASIL, 1988).

Esta ineficiência gera problemas orçamentários secundários, que prejudicam ainda mais o cumprimento das necessidades dos cidadãos, cabendo ao Poder Judiciário a difícil decisão de fazer com que o Estado rateie seus poucos recursos disponíveis para atender o mínimo existencial. Com isso, a Administração Pública retira determinada receita de uma área para atender as decisões judiciais, deslocando a verba que normalmente seria utilizada no cumprimento de certa Política Pública (RIBAS, 2013).

Souza (2010) afirma que a problemática da intervenção judicial na garantia da saúde abrange os limites desta ação sobreposta a função do Poder Executivo. A autora afirma que “há quem defenda a possibilidade de se deixar de assegurar um direito fundamental, no caso à saúde, em virtude de inexistirem recursos suficientes. Essa tese é corriqueiramente defendida pelos entes federativos nas ações judiciais” (SOUZA, 2010, p. 18).

De acordo com Reis e Pamplona (2013, np):

As inúmeras prestações estatais positivas demandam um gasto ostensivo de recursos públicos. Os recursos públicos são finitos e o leque de sua abrangência é infinito, sendo assim nem todos estes interesses poderão ser classificados à condição de direitos exigíveis ou fundamentais. Decorrendo desta análise denomina-se a reserva do possível fática (real) que está ligada a este contingenciamento financeiro a que se encontram submetidos os direitos prestacionais. Poderá também ocorrer situações onde há recursos financeiros, porém não existe previsão orçamentaria que os destine ou licitação que legitime a aquisição de determinado insumo ocorrendo assim à chamada reserva do possível jurídica.

Os autores explicam que a reserva do possível voltada para as questões financeiras estatais dependem da disponibilidade de recursos materiais para o atendimento das condenações do poder público na assistência à saúde. Quando os serviços públicos de saúde se apresentam como cunho constitucional a fim de garantir os direitos fundamentais necessitam de atuação em vários níveis. Assim, são citadas como “opções vinculativas do constituinte para o legislador infraconstitucional e somente podem ser restritas ainda que se utilize a reserva do possível na medida em que esta restrição atenda a outro interesse também fundamental atento a aplicação da ponderação de princípios” (REIS;

PAMPLONA, 2013, np).

Cabe ao Sistema Único de Saúde a tarefa, não só de gerir os recursos da saúde, mas de efetivamente estabelecer políticas públicas eficazes ao atendimento do cidadão em suas necessidades vitais básicas, especialmente no que diz respeito ao fornecimento de medicamentos. Constatada omissão ou abuso do Poder Público na implementação desse direito social fundamental, vital e básico, cabe ao cidadão, ou a quem o represente, acionar o Poder Judiciário para a sua efetivação (RIBEIRO, 2011, p. 914).

Sempre que o Estado eleger a reserva do possível, os princípios constitucionais anularão esta decisão, visando preservar o núcleo essencial dos direitos fundamentais. Diante da reserva do possível, será instituída a preservação de um mínimo existencial, envolvendo a vida digna a um mínimo razoavelmente exigível. Como exemplo cita-se a decisão do Ministro Celso de Mello do Supremo Tribunal Federal:

[...] entre proteger a inviolabilidade do direito à vida e à saúde, que se qualifica como direito subjetivo inalienável assegurado a todos pela própria Constituição da República (art. 5º, caput e art. 196), ou fazer prevalecer, contra essa prerrogativa fundamental, um interesse financeiro e secundário do Estado, entendo - uma vez configurado esse dilema – que razões de ordem ético-jurídica impõem ao julgador uma só e possível opção: aquela que privilegia o respeito indeclinável à vida e à saúde humana (BRASIL, 1997, np).

Mesmo alguns medicamentos, procedimentos ou equipamentos serem reconhecidos como custos elevados, a questão econômica não pode impedir que o Poder Judiciário interfira em sua efetivação. Por outro lado, os julgadores precisam manter a cautela e responsabilidade, a fim de avaliar as provas dos fatos e exigir que o SUS cumpra com sua decisão. A reserva do possível não pode estar inserida nesta discussão, a fim de estabelecer um limite que se sobrepõe a ofensa à vida, até mesmo porque, a Constituição Brasileira é bem clara quando cita a saúde como um princípio de dignidade humana, e fundamental para a integridade física e bem-estar dos cidadãos (SOUZA, 2010).

Em algumas discussões, verifica-se a dúvida do julgador em avaliar se o medicamento é realmente indispensável para a vida do indivíduo. No entanto, este problema está sendo resolvido a partir da apresentação de perícia médica e laudos específicos (BARROSO, 2007). Para sanar esta problemática, Timm

(2008) expõe sua opinião sugerindo que se faça uso da tributação, evitando o tratamento diferenciado aos indivíduos que permanecem sujeitos a mesma condição, indo contra o princípio da igualdade. A efetivação do direito à saúde a partir da intervenção judiciária apresentaria maiores problemas e injustiças.

O direito disposto no art. 5º, *caput*, da Constituição Federal engloba várias facetas que vão desde o direito de nascer, de permanecer vivo e de defender a própria vida, por isso, Cretella Júnior (1988) em seus Comentários relativos à Constituição Brasileira de 1988, estabelece:

Bastaria que se tivesse dito “o direito” ao invés de “a inviolabilidade do direito à vida”. Se “vida é um direito” garantido pelo Estado, esse direito é inviolável, embora não “inviolado”. Se eu digo que é ‘inviolável’ (a correspondência, a intimidade, a residência, o sigilo profissional), ‘ipso facto’, estou querendo dizer que se trata de rol de bens jurídicos dotados de inviolabilidade (inviolabilidade da correspondência, da intimidade, da residência, do sigilo profissional) ... O direito à vida é o primeiro dos direitos invioláveis, assegurados pela Constituição. Direito à vida é expressão que tem, no mínimo, dois sentidos, (a) o “direito a continuar vivo, embora se esteja com saúde” e (b) “o direito de subsistência”: o primeiro, ligado a segurança física da pessoa humana, quanto a agentes humanos ou não, que possam ameaçar-lhe a existência; o segundo, ligado ao “direito de prover à própria existência, mediante trabalho honesto (CRETELLA JUNIOR, 1988, 182-183 p.).

Assim, Alexandre de Moraes (2000), lembra-nos que:

A Constituição Federal proclama, portanto, o direito à vida, cabendo ao Estado assegurá-lo em sua dupla acepção, sendo a primeira relacionada ao direito de continuar vivo e a segunda de se ter vida digna quanto à subsistência (MORAES, 2000, 61p.).

Neste sentido, André de Carvalho Ramos (2015) divide a proteção à vida em dois planos: a dimensão vertical e a dimensão horizontal.

A dimensão vertical desenvolve questões e discussões científicas para a garantia das diferentes fases do desenvolvimento humano. A dimensão horizontal engloba a qualidade de vida fruída. Como base na inviolabilidade à vida, princípio pilar do Estado brasileiro com relação à vida humana, temos como resultante três obrigações ao Estado, quais sejam a de respeito, garantia e tutela.

A Convenção Americana de Direitos Humanos, de 22 de novembro de 1969, consta no artigo 4.1 que a regra é proteção da vida desde a concepção. Logo, ao quebrar tal proteção, a lei nacional sofrerá o crivo da proporcionalidade,

verificando-se o equilíbrio entre o custo e o benefício dos valores constitucionais eventualmente protegidos, conforme Ramos (2015, 473p.).

Ora, tratamos neste capítulo não tão somente sobre vida, mas sim a combinação entre esta e a dignidade. Diante disso, encontramos na definição do Dicionário Houaiss¹ da Língua Portuguesa, o seguinte: Dignidade: 1. Qualidade moral que infunde respeito; consciência do próprio valor; honra... 4. Respeito aos próprios sentimentos, valores; amor-próprio.

A “vida”, inserida nos aspectos que tratamos neste trabalho, não pode ser avaliada de maneira seca, objetiva e puramente legal, temos a presença de pressupostos que transcendem a compreensão humana, não se trata de uma vida qualquer, mas sim de uma vida digna. Por conta disso faz-se interessante trazer o entendimento de Elimar Szaniawisk, citando Gonella: A ideia de dignidade teve origem na concepção cristã de pessoa como uma substância racional, e no princípio da imortalidade da alma e na ressurreição do corpo. (GONELLA apud SZANIAWSKI, 1993, 23 p.)

Capelo de Souza, citando Antônio Luiz de Seabra, tecendo comentários sobre a Constituição Portuguesa, arremata com primazia o que há de mais relevante quando abordamos o capítulo “direitos fundamentais à vida”, ao afirmar que: “o termo “dignidade” é mais abrangente que “vida”, ou seja, não basta a vida, se esta não é digna. ...todos os seres humanos têm a mesma dignidade vital” (SEABRA apud SOUZA, 1995, 78p.).

No trecho a seguir, Pessini (2004), ao retratar a passagem da morte, demonstra que as desigualdades sociais refletem, no modo pelo qual são construídas as concepções atuais, de forma que, apesar do ordenamento jurídico determinar que o direito à vida é supremo, acaba por desconsiderar as particularidades de uma população, de forma que inibe a oportunidade de viver, mas, simultaneamente, não permite uma morte digna.

Passamos historicamente da convivência pacífica, da aceitação para a negação sistemática da morte. Os profissionais e instituições da saúde cumprem à risca seu papel de preservar a vida, lutando com denodo contra o “inimigo” morte. Esta é sempre uma presença incômoda, reveladora de um limite

¹ HOUAISS, Dicionário da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Instituto Antônio Houaiss. Ed. Objetiva, 2001.

perante o qual ser humano experimenta impotência e sai sempre vencido. O paciente fora de possibilidades terapêuticas é em grande parte marginalizado por ser uma lembrança viva de nossa finitude, da mortalidade humana, de que não gostamos de ser lembrados. A recusa de reconhecer a morte como parte da vida traz como consequência a marginalização dos pacientes em fase terminal.

Cumprir frisar que existe uma incompatibilidade profunda entre a sociedade mercantil e a aceitação da morte. O mito da crueldade de todos diante da morte, elaborado numa linguagem abstrata, alimentada por esta mesma sociedade, encobre as desigualdades dos seres humanos em relação à própria morte e às oportunidades de viver. (PESSINI, 2004m, 182p.)

4.4 O papel da Assistência Social e a Saúde no combate à Mistanásia

O fortalecimento das Políticas Públicas em saúde será alcançado apenas com a inserção da gestão participativa nas três esferas governamentais, adotando uma visão estratégica e democrática de todos os setores que compõem o poder público juntamente com os Conselhos de Saúde, proporcionando a articulação e mobilização popular no desenvolvimento de melhores ações gerenciadoras do sistema de saúde.

Defende-se a adoção de um SUS totalmente público, responsável por assegurar os interesses da população, a fim de exercer o controle social, indispensável para o desenvolvimento da sociedade como um todo. A democracia participativa alcançará resultados satisfatórios no controle social quando conseguir harmonizar os interesses de todos os envolvidos em uma sociedade, voltados para o bem comum, desconsiderando as práticas que priorizam a mercantilização da saúde e a obtenção do lucro mediante a qualquer custo.

Severo e Da Ros (2012) enfatizam que a efetiva participação da sociedade civil no controle do SUS representa a garantia, promoção e defesa dos direitos sociais mediante a perspectiva neoliberal do Estado em desenvolver Políticas Públicas que busquem consolidar o direito à saúde, além de exercer a cidadania e a democracia participativa. Para estes autores, a criação do SUS juntamente com o descontentamento dos serviços públicos em saúde marca o início da luta social por meio da criação de movimentos, conselhos e conferências, a fim de melhorar as tomadas de decisões e desenvolver sujeitos

críticos e conscientes de seus papéis na sociedade.

Neste contexto, mesmo diante da falta de estrutura em saúde pública, os profissionais atuantes no campo da Assistência Social podem contribuir significativamente com a redução da vulnerabilidade dos cidadãos não apenas na unidade de saúde, mas na comunidade ao qual se encontram inseridos, facilitando os aspectos de acessibilidade como um todo. Os profissionais devem se concentrar na incorporação de novas práticas em saúde, onde o cuidado assistencial engloba não apenas a identificação dos agravos que acometem os usuários, mas também os contextos em que os mesmos são gerados, associando-os com as potencialidades de atendimento das ESF.

A melhoria da saúde pública parte da identificação e hierarquização das necessidades sociais em saúde. Isto é possível através da adoção de métodos e instrumentos que visam a priorização da atenção domiciliar por meio de visitas que muitas vezes envolvem o trabalho multiprofissional e interdisciplinar. Segundo Melo et al. (2013, p. 61):

A visita domiciliar como qualquer outra atividade precisa ser planejada e sistematizada para se configurar como parte do arsenal de atenção na Estratégia Saúde da Família, onde se torna imprescindível a valorização do trabalho em equipe, a troca de informações e conhecimentos sobre o paciente, o conhecimento das competências comuns e específicas de todos os profissionais envolvidos visando uma atenção integral com resolutividade adequada.

A integralidade na área da saúde é obtida apenas com a interligação de quatro eixos, dentre eles: necessidades: referente à qualidade do atendimento prestado e o acolhimento nas demandas de cuidado à saúde; finalidades: referentes aos modelos de integração que visam à promoção, prevenção, tratamento e recuperação; articulações: voltadas para os conhecimentos interdisciplinares das equipes que praticam as intervenções em saúde; interações: referentes à qualidade e abordagem das interações identificadas rotineiramente no processo de assistência (AYRES et al., 2012).

Todos os profissionais atuantes na saúde pública mantem como objetivo melhorar a relação entre os aspectos políticos, econômicos, culturais e ideológicos de uma sociedade, atuando diretamente na solução dos obstáculos e dificuldade encontrados pelos vulneráveis, fortalecendo o trabalho na questão

social por meio da luta contra a desigualdade, a discriminação, a violência e outros graves problemas de exclusão que a sociedade brasileira enfrenta.

Conforme relatam Bastos e Franco (2007) é função da equipe de saúde abordar o coletivo familiar de modo a reproduzir ações e intervenções que possam melhorar o contexto social dos indivíduos e consequentemente proporcionar maior conscientização a respeito dos agravos que prejudicam sua saúde e bem estar. Com isso, estes profissionais atuam em diversificadas relações de convivência, identificando diferentes conflitos, doenças e costumes.

É de extrema importância que os vulneráveis sejam considerados como sujeitos ativos e participativos da sociedade, e cidadãos íntegros de direitos e deveres, sendo valorizados através de uma prática discursiva que deverá resgatar possibilidades autônomas e produtivas para melhorar a questão do processo de inclusão deste público na sociedade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo teve como principal objetivo analisar a relação entre Mistanásia e a Saúde Pública brasileira, considerando os fundamentos jurídicos e sociais. Nesse percurso, buscou-se compreender os aspectos históricos, socioculturais, filosóficos e religiosos da concepção de morte; avaliar a efetividade dos direitos fundamentais do cidadão e da dignidade humana em relação ao direito à vida e à morte digna e discutir a relação entre a vulnerabilidade social e a acessibilidade da saúde pelos cidadãos.

Como se pode observar, no decorrer da história, a morte apresentou diferentes concepções, onde cada civilização desenvolveu métodos e rituais para o seu enfrentamento. Do ponto de vista cultural, sociológico e filosófico, a morte é entendida como a passagem do mundo do vivo para os mortos, trazendo intenso sofrimento a família, provocando muitas vezes o luto antecipado em razão da necessidade do paciente ser encaminhado para uma instituição de saúde.

Um dos direitos fundamentais determinados pela Constituição Brasileira diz respeito à vida, e estando intimamente relacionada ao princípio da dignidade humana, que orienta as práticas jurídicas e que abrange a liberdade do cidadão em se autodeterminar, respeitando as normativas das leis. Com isso, todo cidadão brasileiro tem direito à vida e a morte digna, recebendo tratamentos adequados e humanizados.

Embora a saúde seja um direito de todos e dever do Estado, observa-se que a estrutura do SUS não consegue atender todas as demandas da saúde, especificamente os mais vulneráveis, deixando os pacientes em tais condições sem receber o cuidado necessário para que suas doenças sejam sanadas. Este cenário, acarreta constantes casos de Mistanásia estrutural, quando há a morte precoce do indivíduo por não receber assistência em saúde, seja omissão ou negligência do Estado.

Quando o sistema público se torna ineficiente, a judicialização da saúde torna-se um instrumento para assegurar com que os cidadãos tenham acesso adequadamente aos seus direitos, sendo, portanto, uma questão ampla e diversa que ainda merece debates significativos para identificar que nem os

direitos sociais da população e a atuação do poder público sejam aferidos.

A superação dos desafios da rede de saúde pública brasileira torna-se fundamental e requer uma tomada de decisão dos gestores do SUS de modo eficiente, instituindo e organizando o sistema de saúde adequadamente de acordo com elementos técnicos, éticos e culturais, sendo possível cumprir com as responsabilidades cooperativas e coletivas dos serviços.

Com isso, afirma-se que a reorganização e o desenvolvimento das linhas de cuidado são as principais atividades da proposta do SUS, pois contribui com a integralidade do sistema e combate possíveis ações judiciais de cidadãos que desejam receber outros serviços ou medicamentos que não são disponibilizados pelo poder público. Assim, sistemas de saúde fundamentados em planejamentos consistentes de sua agenda, serviços e profissionais consegue oferecer a população em estado de vulnerabilidade social e de saúde o atendimento assistencial necessário para garantir a qualidade de vida.

Neste intuito, deverá haver a devida articulação e integração entre as políticas públicas que envolvem não só o sistema de saúde, elevando a qualidade dos serviços públicos, mas fundamentalmente políticas públicas para o enfrentamento da pobreza e da exclusão social, diminuindo as iniquidades e contribuindo para a garantia da equidade, da integralidade e da universalidade da saúde pública brasileira.

Por fim, conclui-se que somente com a garantia de um SUS totalmente público e socialmente acessível e funcional, as necessidades da população vulnerabilizada poderão ser supridas e a articulação com o Sistema Único Assistência Social – SUAS poderá minorar as desigualdades sociais e de saúde, reduzindo, assim, os casos de Mistanásia.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Z. N. **SUS - Sistema Único de Saúde: Antecedentes, Percurso, Perspectivas e Desafios.** São Paulo: Martinari, 2011.

AL-MAHREZI, Abdulaziz;AL-MANDHARI, Zahid. Palliative Care: Time for Action. **Oman Med J.** 2016 May; 31(3): 161–163.

ALBUQUERQUE, M. I. N. **Uma revisão sobre as políticas públicas de saúde no Brasil.** Recife: [s.n.], 2015.

ALMEIDA, I. O. de; DÓREA, G. S. S; VASCONCELOS, M. da C. A. **O assistente social na gestão da política de assistência social em Sergipe** (2011) Disponível em: <<http://www.educonufs.com.br/vcoloquio/cdcoloquio/cdroom/eixo%2015/PDF/Microsoft%20Word%20-%20O%20ASSISTENTE%20SOCIAL%20NA%20GESTaO%20DA%20POLITICA%20DE%20ASSISTeNCIA%20S%85.pdf>> Acesso em: 22 de abr. 2021.

ALVIM, F. C. S. **Sobre a morte e o morrer: aspectos históricos e o contexto da pandemia Covid-19** (2020). Disponível em: <<http://co.unicaen.com.br:89/periodicos/index.php/UNICA/article/view/174>> Acesso em: 22 de abr. 2021.

ANJOS, Márcio Fabri dos. Eutanásia em chave de libertação. **Boletim ICAPS** ano 7, n. 57, 198.

ASSIS, Marluce Maria Araújo; JESUS, Washington Luiz Abreu de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(11):2865-2875, 2012.

ATTY, Adriana Tavares de Moraes;TOMAZELLI, Jeane Glaucia. Cuidados paliativos na atenção domiciliar para pacientes oncológicos no Brasil. **Saúde debate** 42 (116) Jan-Mar 2018.

AYRES, J. R. C. M. et al. Caminhos da integralidade: adolescentes e jovens na Atenção Primária à Saúde. **Interface comunicação saúde educação**, v.16, n.40, p.67-81, jan./mar. 2012.

BARRETO, M.L. **Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global.** Ciência & Saúde Coletiva, 22(7):2097-2108, 2017.

BARROSO, L. R. **A Dignidade da Pessoa Humana no Direito Constitucional Contemporâneo: Natureza Jurídica, Conteúdos Mínimos e Critérios de Aplicação.** Versão provisória para debate público. Mimeografado, dezembro de 2010. Disponível em: <http://www.luisrobertobarroso.com.br/wp-content/themes/LRB/pdf/a_dignidade_da_pessoa_humana_no_direito_constitucional.pdf> Acesso em: 22 de abr. 2021

BARROSO, L. R. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. **Revista de Direito da Procuradoria Geral do Estado do Rio de Janeiro**, 2007. Disponível em: <www.conjur.com.br/dl/estudobarroso.pdf>. Acesso em: 18 de jun. 2021.

BASTOS, A. C. S; FRANCO, A. L. S. **Aspectos da interação do médico com a família**. In: LEITE et al. Habilidades de comunicação com pacientes e famílias. São Paulo: Editora Sarvier, 2007.

BITTAR, E. C. B. Ética, Cidadania e Constituição: o direito à dignidade e à condição humana. **Revista Brasileira de Direito Constitucional – RBDC**, n. 8, p. 125-155, jul./dez. 2006.

BRASIL. **Centro de Referência de Assistência Social (CRAS)** (2013) Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/sobre/cidadania/brasil-sem-miseria/aceso-a-servicos/centro-de-referencia-de-assistencia-social-cras>> Acesso em: 10 de jul. 2021

BRASIL. **Objetivos de desenvolvimento do milênio**: relatório nacional de acompanhamento / coordenação: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ; supervisão: Grupo Técnico para o acompanhamento dos ODM.– Brasília: IPEA, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm> Acesso em: 12 de abr. 2021

BRASIL. **Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940**. Código Penal. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm> Acesso em: 01 de ago. 2021

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm> Acesso em: 21 de abr. 2021

BRASIL. **Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002**. Institui o Código Civil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2002/l10406.htm> Acesso em: 21 de abr. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartilha entendendo o SUS** (2006) Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_entendendo_o_sus_2007.pdf> Acesso em: 01 de ago. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde das crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência**. Brasília: MS; 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretoria de Articulação de Redes de Atenção à Saúde. **Redes regionalizadas e territórios integrados de atenção à saúde – teias a estratégia: pressupostos, componentes e diretrizes**. Brasília, DF, 01 out. 2009.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Petição 1246 MC/SC** (Medida Cautelar). Relator: Ministro Celso de Mello, julgado em 13 de fevereiro de 1997. Disponível em:

<<https://www.stf.jus.br/portal/diarioJustica/verDiarioProcesso.asp?numDj=29%daPublicacaoDj=13/02/1997&incidente=3724003&codCapitulo=6&numMateria=7&codMateria=2>>. Acesso em: 01 de mai. 2021

BULLÉ, C. G. **A privatização da Saúde através dos novos modelos de gestão e seus impactos na configuração do SUS Constitucional** (2016) Disponível em: <<https://pantheon.ufrj.br/bitstream/11422/10626/1/CGBulle.pdf>> Acesso em: 18 de abr. 2021

BUSSO, G. **Vulnerabilidad social: nociones e implicâncias de politicas para Latinoamerica a inícios Del siglo XXI**. Anais... Seminário Internacional “Las Vulnerabilidade e risco: apontamentos teóricos e aplicabilidade na Política. O Social em Questão - Ano XXII - nº 44 - Mai a Ago/2019 305 pg 291 - 306 (Online) diferentes expresiones de la vulnerabilidade social em América Latina y el Caribe”. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Santiago de Chile, 20 y 21 de junio de 2001.

CAMPO et al. Gastão Wagner de Sousa et al. Direito à saúde: o Sistema Único de Saúde (SUS) está em risco?. **Interface** 20 (56) Jan-Mar 2016 .

CAPUTO, R. F. **O Homem e suas Representações Sobre a Morte e o Morrer: um Percorso histórico**. SABER ACADÊMICO - n º 06 - Dez. 2008/ ISSN 1980-5950.

CARDINALLI, Ida Elizabeth. Heidegger: o estudo dos fenômenos humanos baseados na existência humana como ser-aí (Dasein). **Psicologia USP**, 2015, volume 26, número 2 , PP. 249-258.

CARNEIRO, M. **Dos primeiros estudos franceses às redes: breve percurso histórico das pesquisas sobre a morte e os cemitérios – o caso das associações de pesquisa**. In: Anais do XXVI Simpósio Nacional de História – ANPUH, São Paulo, jul/ 2011. Disponível em:

<http://www.snh2011.anpuh.org/resources/anais/14/1308159816_ARQUIVO_ARTIGO-EstadodaArte-Revisado.pdf> Acesso em: 17 de jul. 2021

CARVALHO, Gisele Mendes de et al. Breves considerações sobre a mistanásia e o caso do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba – PR, Brasil. **Opinião Jurídica**, vol. 15, núm. 29, pp. 223-242, 2016.

CARVALHO, M. do C. B. de. **A política de Assistência Social: novos desafios** (2009) Disponível em: <http://www.fundap.sp.gov.br/debatesfundap/pdf/nono_seminario/Apresentacao_de_Maria_do_Carmo_Brant_de_Carvalho.pdf> Acesso em: 10 de jul. 2021

CAVALCANTE, P; RIBEIRO, B. B. O Sistema Único de Assistência Social: resultados da implementação da política nos municípios brasileiros. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 6, p. 1459-1477, nov./dez. 2012.

COHN, A. As Políticas de Abate Social no Brasil Contemporâneo. *Lua Nova*. São Paulo, 109: 129-160, 2020.

COHN, A; PINTO, R. M.F. **Enfrentamento a Covid-19 no Brasil: Do Potencial de Êxito ao Desastre Humanitário**. In: GORICH, P. (Org) Saúde em Emergências Humanitárias. 2021. Aguardando publicação

COHN, Amélia e FERREIRO PINTO, Rosa Maria. Covid-19 – Desafios para o SUS e para a rede de proteção social na garantia do direito à saúde. In: *Direito da Saúde na era pós Covid-19*. Almeida, Akaoui e Lamy (coord.). São Paulo: Almedina. p. 67-87. 2021.

COMBINATO, D. S; QUEIROZ, M. S. Morte: uma visão psicossocial. **Estudos de Psicologia**, v. 11, n. 2, p. 209-216, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução nº 1.480/97** (1997). Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/1997/1480_1997.htm> Acesso em: 26 de jul. 2021

CRUZ, Danilo Nascimento. **Esboço para aplicação da fenomenologia existencial como paradigma filosófico dos direitos da personalidade**. Associação Brasileira de Direito Processual – ABD, 2013. Disponível em : file:///C:/Users/MASTER/Downloads/5398-20767-1-PB.pdf. Acesso em 12 de agosto de 2021.

CZERESINA, D; FREITAS, C. M. de. **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

DOCUMENTOS mostram que mais de 30 morreram nos dois dias de colapso por falta de oxigênio em Manaus. **G1.Globo**, 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/am/amazonas/noticia/2021/01/25/documentos-mostram-que-mais-de-30-morreram-nos-dois-dias-de-colapso-por-falta-de-oxigenio-em->

manaus.ghtml. Acesso em 12 de agosto de 2021.

DORIGON, A. O direito de morrer com dignidade - um estudo sobre a eutanásia, ortotanásia e o suicídio assistido. **Conteúdo Jurídico**, Brasília-DF: 21 fev. 2018. Disponível em: <<http://www.conteudojuridico.com.br/?artigos&ver=2.590355&seo=1>>. Acesso em: 15 jun. 2021

FALTA de oxigênio causa mortes e revela colapso em Manaus, que já soma mais de quatro mil mortes em 2021. **Informe Ensp Fiocruz**, 2021. Disponível em: <http://informe.ensp.fiocruz.br/noticias/50926>. Acesso em: 21 novembro de 2021.

FERNANDES, Leonardo Agostini. Como entendemos o Final da Vida A “morte” e o “morrer” à luz da revelação bíblica e da teologia. **Revista de Cultura Teológica** Ano XXII, nº 83 , Jan/Jun 2014.

FERREIRA, R. A; FERRIANI, M. G. C; MELLO, D. F; CARVALHO, I. P; CANO, M. A; OLIVEIRA, L. A. Análise espacial da vulnerabilidade social da gravidez na adolescência. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 313-323, fev, 2012.

FRANÇA, I. S. X. de; PAGLIUCA, L. M. F. Acessibilidade das pessoas com deficiência ao SUS: fragmentos históricos e desafios atuais. **Rev. RENE**. Fortaleza, v. 9, n. 2, p. 129-137, abr./jun.2008.

GADELHA, C. A. G. Desenvolvimento, complexo industrial da saúde e política industrial. **Rev. Saúde Pública**; v. 40, p. 11-23, 2006.

GOMES, Ana Luisa Zaniboni;OTHERO, Marília Bense. Cuidados paliativos. **Estud. av.** 30 (88), Sep-Dec 2016.

HUFFMAN, Jaime L.;HARMER, Bonnie. End of Life Care. **StatPearls Publishing**, 2020.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR HOSPICE PALLIATIVE CARE . **Global Consensus-based palliative care definition**. Houston, TX: The International Association for Hospice and Palliative Care; 2018.

JARDIM, José Maria et al. Análise de políticas públicas: uma abordagem em direção às políticas públicas de informação. **Perspect. ciênc. inf.** vol.14 no. 1 Belo Horizonte jan./abr. 2009.

JODELET, D. Représentations sociales: un domaine em expansion. JODELET, D. (org.) **Les représentations socilaes**. Paris: Presses Universitaires de France, 1989.

JUSTINO, Eveline Treméa et al. Palliative care in primary health care: scoping review. **Rev Lat Am Enfermagem**. 2020; 28: e3324.

KELLEY, Amy.S Defining “Serious Illness” [May 10, 2019]; **J Palliat Med.** 2014 17(9):985–985.

KELLEY, Amy.S.; MORRISON, R.Sea. Palliative Care for the Seriously Ill. **N Engl J Med.** Aug 20;373(8):747-55, 2015.

LAVOR, F. P. F. **Mistanásia: uma breve análise sobre a dignidade humana no Sistema Único de Saúde no Brasil** (2018) Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/68102/mistanasia-uma-breve-analise-sobre-a-dignidade-humana-no-sistema-unico-de-saude-no-brasil#:~:text=2%20MORRER%20COM%20DIGNIDADE%3A%20DIFEREN%C3%87A,a%20lei%2C%20sem%20qualquer%20distin%C3%A7%C3%A3o.>>> Acesso em: 22 de jul. 2021

LAVOR, F. P. F. Mistanásia: uma breve análise sobre a dignidade humana no Sistema Único de Saúde no Brasil. **Revista Jus.Com** , 2018.Disponível em : <https://jus.com.br/artigos/68102/mistanasia-uma-breve-analise-sobre-a-dignidade-humana-no-sistema-unico-de-saude-no-brasil>.Acesso em 12 de agosto de 2021.

LE MOS, F. S. **Os assistentes sociais e o CRAS: carreiras, conflitos e atuação profissional em Aracaju** (2016) Disponível em: <https://ri.ufs.br/bitstream/riufs/6341/1/Francilaine_Santos_Lemos.pdf> Acesso em: 13 de jul. 2021

LIMA, I. M; PRATA, I. K. S. F; SOUZA, C. C; AMARAL, L. C. R. A. **O princípio da isonomia na judicialização da saúde** (2019) Disponível em: <https://semanaacademica.org.br/system/files/artigos/artigo-_o_principio_da_isonomia_na_judicializacao_da_saude.pdf> Acesso em: 12 de mai. 2021

LIMA, Walber Cunha. **Bioética, mistanásia e direitos humanos: morte social e perspectivas para o seu enfrentamento.** Dissertação (Mestrado em Direito) 237 f. Universidade Federal do Rio Grande do Norte .Natal.RN, 2017.

LOURENZO. C. **Vulnerabilidade em Saúde Pública: implicações para as políticas públicas.** Revista Brasileira de Bioética. Volume 2 - número 3 – 2006.

MAGALHÃES, Daniella Santos. A judicialização dos direitos sociais como consequência da falta de efetividade das políticas públicas apresentadas pelos poderes legislativos e executivos. In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XV, n. 107, dez 2012.

MALUSCHKE, G. A dignidade humana como princípio ético-jurídico. **Revista do Curso de Mestrado em Direito da UFC**, v. 2, p. 95-117, 2007.

MARTIN, L. Eutanásia e distanásia [on line]. In: **Iniciação a Bioética.** Disponível em:https://www.portalmédico.org.br/biblioteca_virtual/bioetica/Partellleutanasia.htm. Acesso em 23 de dezembro de 2021.

MASSA, Maiara Suelen Pereira; MASSA, Leonardo Marcelo. Eutanásia E Mistanásia: A Hipocrisia do Estado. **Revista Âmbito Jurídico**, 2019. Disponível em: https://ambitojuridico.com.br/cadernos/biodireito/eutanasia-e-mistanasia-a-hipocrisia-do-estado/#_ftn62. Acesso em 12 de agosto de 2021.

MATTA, G. C., REGO, S. e SOUTO, E. P., **Os impactos sociais da Covid-19-19 no Brasil** – populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia. CEE-Fiocruz. Observatório da Covid-19-19. SciELO. Rio de Janeiro. 2021. <https://doi.org/10.7476/9786557080320>.
Lâmina 87. Acesso: 20 de janeiro de 2021.

MELO, R. H. V; VILAR, R. L. A; FERREIRA, A. F; CARNEIRO, N. E. A; FREITAS, N. G. H. B; DINIZ JUNIOR, J. **Análise de risco familiar na estratégia saúde da família**: uma vivência compartilhada entre preceptores, discentes e agentes comunitários de saúde (2013) Disponível em: <file:///D:/Downloads/4437-11979-2-PB.pdf> Acesso em: 15 de abr. 2021

MENDES, G. F; COELHO, I. M; BRANCO, P. G. G. **Curso de direito constitucional**. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

MENDONÇA, Márcia Helena; DA SILVA, Marco Antônio Monteiro. Vida, dignidade e morte: cidadania e mistanásia. **Revista lus Gentium**, v. 9, n. 5, p. 151-190, 2014.

MENEZES, Rachel Aisengart; GOMES, Edlaine de Campos. Uma "morte suave": valores religiosos e laicos nos discursos sobre ortotanásia. **Relig. soc.** 32 (2), 2012

MILBRATH, V. M; AMESTOY, S. C; SOARES, D. C; SIQUEIRA, H. C. H. de. Integralidade e acessibilidade no cuidado à criança portadora de paralisia cerebral. **Acta paul. enferm.**, v. 22, n. 6, p. 755-760, 2009.

MINAYO, M. C. S. **Violência, um problema para a saúde dos brasileiros**: introdução. In: SOUZA, E. R; MINAYO, M. C. S. organizadores. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

MIRANDA, G. M. D; MENDES, A. C. G; SILVA, A. L. A. O desafio da organização do Sistema Único de Saúde universal e resolutivo no pacto federativo brasileiro. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 329-335, 2017.

MONTEIRO, S. R. R. P. O marco conceitual da vulnerabilidade social. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 17, n. 2, p. 29-40, jul.-dez. 2011.

MORAES, A. de. **Direito constitucional**. 25ª ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MORAES, L. C; CHAVES, F. B. **Mistanásia**: um olhar sobre a dignidade da pessoa humana no Sistema Único de Saúde (2019) Disponível em: <<https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direitos-humanos/mistanasia-um-olhar->

sobre-a-dignidade-da-pessoa-humana-no-sistema-unico-de-saude/> Acesso em: 03 de jul. 2021

MORAES, Layze Castro;CHAVES, Fábio Barbosa. Mistanásia: Um Olhar Sobre a Dignidade da Pessoa Humana no Sistema Único de Saúde. **Revista Âmbito Jurídico**, 2019.Disponível em : <https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direitos-humanos/mistanasia-um-olhar-sobre-a-dignidade-da-pessoa-humana-no-sistema-unico-de-saude/>.Acesso em 12 de agosto de 2021.

MOREIRA, D. A. G. C. M. **Direito à Saúde e Acesso a Medicamentos**: em busca de parâmetros adequados para a tutela judicial. – Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2015.

NAMBA, E. T. **Manual de Bioética e Biodireito**. 2ª ed. São Paulo: Atlas, 2015.

NAKAMURA-PEREIRA, M. et al. Worldwide maternal deaths due to Covid-19: a brief review. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 151(1): 148-150,2020.Disponível em:<<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/ijgo.13328>>. Acesso em: 10 de janeiro de 2021.

NUNES, R. **O Princípio Constitucional da Dignidade da Pessoa Humana**: doutrina e jurisprudência. São Paulo: Saraiva, 2009.

OLIVEIRA, M. R. M. A Judicialização da Saúde no Brasil. **Rev Tempus Actas Saúde Col**, v. 1, n. 10, p. 79-90, 2013.

OLIVEIRA, Maria Helena Barros de et al. Direitos humanos, justiça e saúde: reflexões e possibilidades. **Saúde debate** 43 (spe4) 19 Jun 2020.

OLIVEIRA, Maria Helena Barros de. **Direitos humanos e saúde**: construindo caminhos, viabilizando rumos. / Maria Helena Barros de Oliveira et al. (Organizadores). – Rio de Janeiro: Cebes, 2017.

PATERRA, Marcos Tadeu Garcia. Mistanásia e as ações desumanas do ser humano: dos campos de concentração nordestinos ao holocausto brasileiro. **Educação, Gestão e Sociedade**: revista da Faculdade Eça de Queirós, ISSN 2179-9636, Ano 5, número 19, agosto de 2015.

PESSOA, L. S. **Pensar o final e honrar a vida: direito à morte digna**. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu – Mestrado em Direito da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestra em Direito. Salvador, 2011.

PICORELLI, L.F. **O papel da participação comunitária no SUS**. Revista de Direito e Medicina. Vol. 1/2019, jan-mar, p. 1-38, 2019

REIS, A. R; PAMPLONA, G. **A judicialização da saúde**: limites e possibilidades do poder judiciário (2013) Disponível em: <<https://jurisprudenciaemrevista.wordpress.com/2013/09/16/a-judicializacao-da>>

saude-limites-e-possibilidades-do-poder-judiciario/> Acesso em: 01 de fev. 2021

REVOLLO, P. E. O Vírus da Desigualdade: Nota Metodológica. Oxfam. 2021. www.oxfam.org.br. Acesso: 6 de maio de 2021.

RIBAS, C. L. O controle do judiciário nas políticas públicas na área da saúde. In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XVI, n. 119, dez 2013. Disponível em: <http://ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=14001&revista_caderno=4>. Acesso em: 11 de mai. 2021

RICCI, L. A. L. **A morte social**: Mistanásia e bioética. 1ª ed. São Paulo: Paulus, 2017.

ROCHA, C. L. A. **Vida Digna**: Direito, Ética e Ciência. In: ROCHA, Carmem Lúcia Antunes (coord.). O Direito à Vida Digna. Belo Horizonte: Fórum, 2004.

RODRIGUES, L; GONÇALVES, M. E; TEIXEIRA, G. E. **Indicadores de vulnerabilidade e risco social para as famílias pobres cadastradas no Ministério de Desenvolvimento Social, no município de Montes Claros (MG)** (2011) Disponível em: <file:///D:/Downloads/2010_Luciene,%20Unimontes_Indicadores%20de%20vulnerabilidade%20e%20risco%20social%20para%20as%20fam%C3%ADlias%20pobres%20cadastradas%20no%20Minist%C3%A9rio%20de%20Desenvolvimento.pdf> Acesso em: 22 de abr. 2021

ROSS, E. K. **Acolher a Morte**. Alfragide: Estrela Polar, 2002.

RUBIO, Juan García. La exclusión como pérdida de la condición de ciudadanía y de los derechos humanos sociales básicos. **Bauru**, v. 4, n. 2, p. 183-199, jul./dez., 2016 (7).

SALDANHA, Rodrigo Róger, **Testamento Vital**, Aspectos Controversos e a Autonomia de Enfermo. Curitiba : Juruá, 2017.

SALVADOR, C. C. **A tutela judicial do direito à saúde sob o prisma da isonomia** (2016) Disponível em: <<https://conteudojuridico.com.br/consulta/Artigos/47805/a-tutela-judicial-do-direito-a-saude-sob-o-prisma-da-isonomia>> Acesso em: 18 de abr. 2021

SARMENTO, D. **A proteção judicial dos direitos sociais**: alguns parâmetros ético-jurídicos. In: Souza Neto CP, Sarmento D. Direitos Sociais: fundamentos, judicialização e direitos sociais em espécie. Rio de Janeiro: Lumen Juris; 2008.

SCHELEMBERG A. M; ANDRADE, J; BOING, A. F. Notificações de mortes encefálicas ocorridas na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Governador Celso Ramos à Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos e Tecidos: análise do período 2003 – 2005. **Arquivos Catarinenses de Medicina**,

v. 36, n. 1, 2007.

SCHWARTZ, T. D. et al. Estratégia Saúde da Família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da Unidade de Saúde de Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória (ES). **Ciênc. saúde coletiva**, v.15, n. 4, p. 2145-2154, 2010.

SENGÊS, G. **O princípio da dignidade da pessoa humana e o direito a uma morte digna** (2018) Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/68663/o-principio-da-dignidade-da-pessoa-humana-e-o-direito-a-uma-morte-digna#:~:text=O%20direito%20de%20morrer%20dignamente%20refere%2Dse%20ao%20desejo%20de,para%20doen%C3%A7as%20apenas%20consideradas%20incur%C3%A1veis>> Acesso em: 18 de abr. 2021

SEVERO, D. O; DA ROS, M. A. A Participação no Controle Social do SUS: concepção do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 21, supl. 1, p.177-184, 2012.

SILVA, E. D. R; SILVA, M. V. **A morte no ocidente:** considerações sobre a história da morte no ocidente e suas representações históricas. In: Anais IV Congresso Nacional em Educação - CONEDU, Campina Grande: Realize Editora, 2017. Disponível em: <<https://www.editorarealize.com.br/index.php/artigo/visualizar/35481>>. Acesso em: 22 de jul. 2021

SILVA, L. C. Judicialização da saúde: em busca de uma contenção saudável. In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XVI, n. 112, maio 2013. Disponível em: <http://www.ambitojuridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=13182&revista_caderno=9> Acesso em: 10 de abr. 2021

SILVA, T. M. R. da; ALVARENGA, M. R. M; OLIVEIRA, M. A. de C. Avaliação da vulnerabilidade de famílias assistidas na Atenção Básica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 20, n. 5, p. 1-9, 2012.

SPINK, M. J. O Conceito de Representação Social na Abordagem Psicossocial. **Cadernos de Saúde Pública** v. 9 n. 3, jul./set. de 1993, p. 300-308.

SIQUEIRA, Dirceu Pereira; LAZARETTI, Bruna Furini. Eutanásia social e os direitos da personalidade: uma leitura constitucional crítica. **Argumenta Journal Law** n. 30 p. 297-329 jan/jun 2019.

SOUZA, F. O. **A intervenção judicial na garantia da efetivação do direito à saúde:** possibilidades e limites no caso dos medicamentos (2010) Disponível em: <http://www3.pucrs.br/pucrs/files/uni/poa/direito/graduacao/tcc/tcc2/trabalhos2010_1/fernanda_souza.pdf> Acesso em: 27 de abr.2021

STARFIELD, B. **Equidade e saúde:** uma perspectiva sobre a distribuição não aleatória da saúde na população. *Rev Panam Salud Publica*; 12 (6) 384-387,

dez. 2002

SUCESSÃO de erros que levou à crise de oxigênio em Manaus. **Poder360**, 2021. Disponível em: <https://www.poder360.com.br/coronavirus/a-sucessao-erros-manaus-dw/>. Acesso em: 21 de novembro 2021.

SUBIRATS, Joan et al. Exclusión social y políticas de inclusión. Algunos elementos sobre la realidad europea y española. **Revista do Serviço Público Brasília** 56 (1): 23-35 Jan/Mar 2005.

TEOLI, Dac; KALISH, Virginia B. Palliative Care. **Treasure Island** (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan-.

TERRA, Ana Freitas Goulart; CABRAL, Hideliza Lacerda Tinoco Boechat. A precarização do sistema público de saúde e a mistanásia. **Derecho y cambio social**, n.º 64, abr-jun 2021.

TERRA, A. F. G; CABRAL, H. L. T. B. A precarização do sistema público de saúde e a mistanásia. **Derecho y Cambio Social**, n. 64, p. 420-437, abr.jun. 2021.

TIMM, L. **Qual a maneira mais eficiente de prover direitos fundamentais: uma perspectiva de direito e economia?** In: SARLET, Ingo Wolfgang; TIMM, Luciano (Orgs). **Direitos Fundamentais, Orçamento e “Reserva do Possível”**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2008.

TRITANY, Érika Fernandes et al. Fortalecimiento de los Cuidados Paliativos durante la pandemia de la Covid-19 . **Interface** (Botucatu). 2021; 25: e200397.

VARGAS, Matheus. **Mistanásia: a morte precoce, miserável e evitável como consequência da violação do direito à saúde no Brasil – Centro Universitário UniCathedral**, 2020. Disponível em: <<https://ambitojuridico.com.br/cadernos/biodireito/mistanasia-a-morte-precoce-miseravel-e-evitavel-como-consequencia-da-violacao-do-direito-a-saude-no-brasil/>> Acesso em: 22 de abr. 2021

VAZ, W; ANDRADE, B. O. **O direito à morte digna** (2015) Disponível em: <<http://www.conteudojuridico.com.br/artigo,o-direito-a-morte-digna,54816.html>> Acesso em: 18 de jun. 2021

VIEIRA, Danilo Porfírio de Castro. **Mistanásia** - um novo instituto para um problema milenar.UNESP, 2017.Disponível em : http://unesp.edu.br/sites/_biblioteca/revistas/20170725110740.pdfAcesso em 12 de agosto de 2021.

VILELA, A. A. **Direito, dignidade humana e saúde pública: uma análise sobre a saúde nacional e a influência do capital para preservação da vida** (2018) Disponível em: <<https://www.conteudojuridico.com.br/consulta/Artigos/52280/direito-dignidade->

humana-e-saude-publica-uma-analise-sobre-a-saude-nacional-e-a-influencia-do-capital-para-preservacao-da-vida> Acesso em: 18 de mai. 2021

WANG, D. W. L. Escassez de recursos, custos dos direitos e reserva do possível na jurisprudência do STF. **Revista Direito GV**, v. 6, n. 2, p. 5

WILLMOTT, H. **Death. So what? Sociology, sequestration and emacipation.** Sociological Review, [S.l.], v. 48, n. 4, p. 469-465, 2000.

WHITELOW, Sandy;CLARK, David. Palliative care and public health: an asymmetrical relationship? **Palliat Care**. 2019; 12.