



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ - UFPA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS - ICJ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO – PPGD
MESTRADO EM DIREITOS HUMANOS**

CLEIDIANE MARTINS PINTO

**DIREITO À SAÚDE DO IDOSO PORTADOR DE DOENÇA RENAL
CRÔNICA: UMA ANÁLISE NO MUNICÍPIO DE CASTANHAL-PARÁ**

**BELÉM-PA
2016**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ - UFPA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS - ICJ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO – PPGD
MESTRADO EM DIREITOS HUMANOS**

CLEIDIANE MARTINS PINTO

**DIREITO À SAÚDE DO IDOSO PORTADOR DE DOENÇA RENAL
CRÔNICA: UMA ANÁLISE NO MUNICÍPIO DE CASTANHAL-PARÁ**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direito – Curso de Mestrado do Instituto de Ciências Jurídicas da Universidade Federal do Pará – ICJ/UFPA, como requisito para obtenção do título de Mestra em Direito.

Orientador: Professor Doutor Raimundo Wilson Gama Raiol.

Área de concentração: Direitos Humanos.

Linha de pesquisa: Direitos Humanos e Inclusão Social.

**BELÉM-PA
2016**

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da UFPA

Martins Pinto, Cleidiane, 1984-

Direito à saúde do idoso portador de doença renal crônica: uma análise no município de castanhal-pará / Cleidiane Martins Pinto. - 2016.

Orientador: Raimundo Wilson Gama Raiol.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Pará, Instituto de Ciências Jurídica, Programa de Pós-Graduação em Direito, Belém, 2016.

1. Idoso - Direitos fundamentais. 2. Direito à saúde. 3. Direitos humanos341.27. I. Título.

CDD CDDir: 4.ed.. ed. 341.27

CLEIDIANE MARTINS PINTO

**DIREITO À SAÚDE DO IDOSO PORTADOR DE DOENÇA RENAL
CRÔNICA: UMA ANÁLISE NO MUNICÍPIO DE CASTANHAL-PARÁ**

Apresentado em: ___/___/2016.

Conceito: _____

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Raimundo Wilson Gama Raiol
Programa de Pós-Graduação em Direito/UFPA – Orientador

Prof. Dr. José Cláudio Monteiro de Brito Filho
Programa de Pós-Graduação em Direito/UFPA – Membro interno

Prof.ª Dra. Valena Jacob Mesquita
Programa de Pós-Graduação em Direito/UFPA – Membro interno

DEDICATÓRIA

À memória de meu irmão Antônio Carlos Martins

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Universidade Federal do Pará pela valiosa oportunidade de ingressar e concluir a dissertação no Programa de Pós-graduação em Direito, em especial aos atores fundamentais que tornaram isso possível, do qual destaco o Professor Doutor José Claudio Monteiro de Brito Filho, um dos seres humanos mais dignos da minha profunda admiração, a quem tenho dívidas impagáveis desde as fases de gestação da pesquisa até aqui, agradeço imensamente toda sua disponibilidade, sugestões, críticas e incentivo.

Da mesma forma, agradeço ao meu orientador, Professor Doutor Raimundo Wilson Gama Raiol, a quem o Programa muito deve honrar, exemplo de profissional disciplinado e verdadeiramente humano, agradeço pelo incentivo e por acreditar na conclusão desta pesquisa, quando nem eu mesma acreditava.

Agradeço à Professora Doutora Valena Jacob que foi detalhista com as questões formais do texto, trouxe muitas críticas e sugestões na banca de qualificação e defesa, as quais enriqueceram a produção científica.

Registro, ainda, meu agradecimento a todos os colegas da Pós-graduação, cujo convívio intelectual aclarou tantas teorias novas e complexas estudadas na disciplina Igualdade Liberal, a qual influenciou diretamente no referencial teórico desta pesquisa, sendo destaque as contribuições em sala de aula, do doutorando Homero Lamarão Neto e da doutoranda Lívia Teixeira Moura Lobo.

Agradeço ao professor da Estácio Fcat, doutorando da UFSC Davi Silva, coordenador do grupo de estudos carinhosamente intitulado “Corujas do Apeú”, cujos encontros para travar embates filosóficos, foram fundamentais para o amadurecimento intelectual da pesquisa.

Ao meu esposo Estevão Pinto, compreensivo pelas ausências no tempo de dedicação à pesquisa, um incentivador das minhas escolhas acadêmicas.

À minha mãe, Alzira Martins, cuja inspiração e curiosidade no tema foi buscada nela, que, no vigor dos seus setenta e dois anos de idade, com sua imensa vontade de viver, luta diariamente contra o avançar da doença renal crônica, porém, sem exteriorizar qualquer reclamação, para não preocupar seus filhos, um exemplo de força que me motiva a contribuir na academia com propostas que dê visibilidade à questão social da longevidade, e o acesso à saúde pública aos atores marginalizados da sociedade.

Meu agradecimento final é a Deus que, certamente, está no controle de tudo.

RESUMO

Esta pesquisa versa sobre o direito à saúde como um direito de todos os seres humanos, do qual o idoso não pode ser apartado, assim, em razão da condição biológica do sujeito com idade avançada requisitar mais atenção no tocante a este bem fundamental, mais investimentos e gastos serão requeridos ao Estado, afim de atender as necessidades individuais dessa parcela da população. O texto retrata o liberalismo de princípios como modelo teórico capaz de fundamentar o dever do Estado de garantir o direito fundamental à saúde a todos os cidadãos, a partir da concepção de justiça distributiva contemporânea de John Rawls. Da mesma forma, os princípios bioéticos foram indicados como vetores para dirimir os casos emblemáticos, possibilitando o atendimento equânime das necessidades em saúde, especialmente do sujeito idosos. Trata-se de uma análise descritiva exploratória, com abordagem qualitativa, a partir da população idosa com doença renal crônica, que necessita da cobertura do Sistema Único de Saúde para tratamento de hemodiálise. Foram realizadas pesquisas de campo com coleta de informações sociais e diagnóstico dos idosos com doença renal crônica; pesquisa bibliográfica através da leitura de produções científicas, para compreensão dos conceitos abordados nesta pesquisa; além de análise de documentos oficiais do governo; processos em curso no judiciário; e, por fim, a legislação pertinente. A partir do recorte metodológico, concluiu-se que o Estado brasileiro, apesar de obter um regramento constitucional que atende os critérios de justiça distributiva, no ato de implementação da norma na vida dos necessitados, é falho na medida em que limita o custeio das ações em saúde pública, deixando uma maioria descoberta do seguro social, constatação extraída das filas de espera, especialmente para tratamento de hemodiálise crescente a cada dia.

Palavras-chaves: Idoso, Direito à Saúde, Justiça distributiva.

ABSTRACT

This research is about health law as a basic human right of all human beings, a right that can't be excluded from the elderly, who are even in more need of this due to their biological condition, which will imply more investments and expenses made by the government with the goal to provide sanity for everyone but especially for the old aged population. The essay exposes the liberalism of principles as theoretical models that are capable of substantiate the government's duty of providing this human right (health law) to every citizen, based on John's Rawls theory of distributive justice. By the same token, bioethical principles were stated as vectors to settle the emblematic cases, giving the chance of an equal health service especially for the elderly. It's an exploratory descriptive research, with qualitative approach, for the old aged population that suffer chronic kidney disease and that need health hedge from the "Sistema Único de Saúde" for hemodialysis treatments.

Field researches were made with social information and real diagnostics of those who suffer chronic kidney disease; biographical research through scientific perusal, with the aim to understand the concepts explained in this research; also, official government documents were analyzed; legal processes; and the applicable legislation. Through the methodological process, we can see that Brazil's government, even though it has a constitutional regulation that cares about the distributive justice, when it's needed; there are limitations for the defrayal in the public sanity, leaving uncovered the majority of the social welfare, for example the long waiting lists for those who need hemodialysis treatment, which is bigger everyday.

Key words: Elderly, Health Law, Distributive Justice.

LISTA DE SIGLAS

CF – Constituição Federal

CID – Código Internacional de Doenças

CNCDO – Central de Notificação, Capacitação e Distribuição de órgãos

CRS – Centro Regional de Saúde

DAB – Departamento de Atenção Básica de Saúde

DAE – Departamento de Atenção Especializada de Saúde

DM – Diabetes *Mellitus*

DRC – Doença Renal Crônica

FG – Filtração Glomerular

FFR - Falência Funcional Renal

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

HD - Hemodiálise

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

OMS – Organização Mundial da Saúde

PIB – Produto Interno Bruto

SESPA – Secretaria Estadual de Saúde Pública do Pará

STF – Supremo Tribunal Federal

SUS – Sistema Único de Saúde

SBN – Sociedade Brasileira de Nefrologia

UFPA – Universidade Federal do Pará

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Projeção de envelhecimento por gênero.....	38
Tabela 2 - Estagiamento da DRC proposta pelo grupo de trabalho do K/DOQI	51
Tabela 3 - População por faixa etária (últimas três décadas)	62
Tabela 4 - Indicador demográfico de envelhecimento – Castanhal (Pa).....	62
Tabela 5 - Distribuição da faixa etária dos Pacientes com DRC do Setor de HD. Castanhal (Pa).....	72
Tabela 6 - Perfil de escolaridade dos idosos portadores de DRC em tratamento hemodialítico Castanhal (Pa).....	74
Tabela 7- Perfil socioeconômico e demográfico dos portadores de DRC em tratamento hemodialítico. Castanhal (Pa).....	75
Tabela 8 - Tempo de tratamento dos idosos com DRC em hemodiálise - Castanhal (Pa).	76

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – População com mais de 60 anos no Brasil	39
Gráfico 2 - Distribuição da faixa etária e gênero da totalidade de pacientes com DRC atendidos na clínica de nefrologia de Castanhal (Pa).....	69
Gráfico 3 - Distribuição da raça dos Pacientes idosos com DRC do Setor de HD. Castanhal (Pa).....	73

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1- Risco para DRC.	53
--------------------------------	----

LISTA DE FIGURAS

Figura 2 – Localização município de Castanhal.....	59
Figura 3 – Cidades ao entorno de Castanhal atendidas pela UBS.....	63
Figura 4 - Clínica de nefrologia do município de Castanhal.....	66

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
1. A JUSTIÇA DISTRIBUTIVA DE JOHN RAWLS E O DEVER DE PRESTAÇÃO EM SAÚDE PELO ESTADO.....	15
1.1. Justiça Distributiva por John Rawls	15
1.2. O Papel do Estado como garantidor do mínimo em saúde para todos	28
2. IDOSO, BIOÉTICA E A DOENÇA RENAL CRÔNICA	35
2.1. Idoso e envelhecimento humano	35
2.2. A Bioética no contexto da população longeva	39
2.3. Considerações sobre a Doença Renal Crônica (DRC)	49
2.4. A fila de espera para o tratamento de DRC à luz dos Princípios da Bioética.	54
3. O MUNICÍPIO DE CASTANHAL E A SAÚDE PÚBLICA	59
3.1. Localização e Histórico	59
3.2. Rede de atendimento ao usuário com DRC no município de Castanhal.....	62
3.3 Aspectos dos idosos com DRC em Castanhal	65
CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81
ANEXOS	86

INTRODUÇÃO

Uma das maiores conquistas da humanidade é o envelhecimento de sua população, refletindo uma melhoria das condições de vida. Não há dúvida de que uma vida longa e saudável é aspiração da maioria das pessoas, logo, a longevidade com saúde possui valor inquestionável, haja vista que ter boa saúde é condicionante das realizações dos projetos de vida de cada um. A experiência do adoecimento é um desvio do projeto de felicidade, logo, reclama alguma resposta, seja no campo da saúde pública, ou no plano de vida pessoal.

As investigações no domínio do envelhecimento humano têm contribuído para o aumento da expectativa de vida, cuja transposição no cotidiano é imediata e direta. No mundo inteiro, a população idosa aumenta em ritmo superior ao do conjunto da população.

O Brasil tem experimentado a partir da década de 60 uma acelerada modificação em sua pirâmide etária, processo pelo qual o “perfil jovem” do país vem cedendo cada vez mais lugar para uma população de vida longa¹. O censo demográfico do IBGE projeta para 2050 o triplo do número de idosos no país, indicando para o referido ano uma população próxima de 50 milhões de idosos².

A velhice não é um fato estático; é o término e o prolongamento de um processo, processo este denominado de envelhecimento. Chegar à fase da velhice é um processo inerente ao ser humano que aspira viver muitos anos. É um fenômeno dinâmico e progressivo que envolve diferentes fatores³ e o envelhecimento traz, intrinsecamente, um conteúdo de vulnerabilidade que cabe ao Estado reconhecer e atender, tendo em vista que viver mais está longe de ser considerado sinônimo de viver bem. Ter uma vida longa digna representa a capacidade do indivíduo de responder às demandas do cotidiano de forma autônoma e independente, pressuposto básico para uma vida saudável, na qual o detentor seja capaz de realizar os mais variados fins e valores humanos.

¹ Informações que podem ser encontradas no estudo “Projeção da população do Brasil por sexo e idade 1980-2050”. Disponível em <http://www.ibge.gov.br>, acesso em 12, jan, 2016.

² PERES, L. A. B *et al.* Estudo epidemiológico da doença renal crônica terminal no oeste do Paraná: uma experiência de 878 casos atendidos em 25 anos. Disponível em www.scielo.br/pdf/jbn/v32n1/v32n1a10.pdf. Acesso em 30, jan, 2016.

³ BEAUVOIR, Simone de. A Velhice. Tradução de Maria Helena Franco Monteiro. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990. p. 17.

Diante disso, o Brasil se depara com um tipo de demanda por serviços médicos e sociais, outrora restrita a países desenvolvidos. Demanda que se verifica em função da longevidade requerer mais cuidados com a saúde e, por conseguinte, políticas e programas capazes de atender as necessidades desse grupo etário.

Ocorre que, paralelamente à era da longevidade, o Estado se depara com a escassez moderada de recursos. Assim, sob o argumento de que é preciso compatibilizar as necessidades em saúde à capacidade do Estado em custeá-las, estabelece-se um teto de custeio destinado à saúde pública, quando do seu implemento via Sistema Único de Saúde (SUS), ficando uma parcela da população descoberta de proteção estatal.

É preocupante tais questões serem tratadas pelo viés genérico do racionamento da assistência médica, pois tornar inacessíveis bens fundamentais como a saúde, significa dizer que a pessoa não será tratada com dignidade das doenças que possui, agravando-se e causando a morte precoce por descaso do poder público.

É o caso dos portadores de doença renais crônicas que, de acordo com o quadro clínico do paciente, deve ter oportunidade de tratamento através das terapias renais substitutivas denominadas de diálise ou transplante de rins. Todavia, são colocados em filas de espera de tratamento por longos meses, em razão da superlotação dos centros de hemodiálise e escassez de órgãos para transplantes, morrendo em condições indignas sem obter a chance do tratamento. Acredita-se que 50% a 70% dos brasileiros que têm doença renal crônica terminal, morrem sem usufruir de qualquer modalidade de tratamento⁴, isso corresponde a, aproximadamente, 850 milhões de mortes anuais.

Ora, as doenças do rim e do trato urinário adquiriram o *status* de problema de saúde pública mundial. A maioria dos pacientes, especialmente aqueles em estágio terminal, tem a capacidade física e psíquica tão comprometida, que são incapazes de realizar simples tarefas diárias, em razão das complicações do organismo, os quais trazem desfechos indesejados à maioria dos pacientes.

No Brasil, a prevalência de pacientes em tratamento da doença aumentou 150% em uma década e a incidência aumenta em torno de 8% ao ano⁵, sendo o avançar da

⁴ SILVA, G. D. Avaliação dos gastos realizados pelo Ministério da Saúde com medicamentos de alto custo utilizados no tratamento da DRC por pacientes do SUS no Estado de Minas Gerais – 2000 a 2004 [dissertação]. Belo Horizonte (MG): Programa de Pós Graduação em Saúde Pública. Universidade Federal de Minas Gerais; 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/jbn/v37n1/0101-2800-jbn-37-01-0091.pdf>. Acesso em 13, jan, 2016.

⁵ PINHO, N. A; SILVA, G. V.; PIERIN, A. M. G. Prevalência e fatores associados à doença renal crônica em pacientes internados em um hospital universitário na cidade de São Paulo, SP. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbn/v37n1/0101-2800-jbn-37-01-0091.pdf>. Acesso em 30, jan, 2016.

idade um fator de risco para o desenvolvimento da DRC. Isso deve colocar o país em alerta, já que o aumento de idosos já é uma realidade sentida por quem é idoso ou convive com idosos nos lares ou em espaços coletivos, logo, imperioso se faz a defesa dos amplos direitos dos idosos à saúde como condição de uma sociedade justa e igualitária e superação dos desafios de custeio das demandas.

Tais questões, pelo grau de complexidade que denotam, requerem um debate mais qualificado e, por conseguinte, que ultrapasse a observação técnica e superficial acerca do direito fundamental à saúde, componente do mínimo necessário para o respeito à dignidade humana, cujo propósito é reforçar a construção crítica do conhecimento.

Mesmo considerando que não há solução juridicamente fácil, tampouco moralmente simples nessa pesquisa, sem a menor pretensão de esgotar a matéria, a pesquisa se propõe a investigar qual a consequência prática da alocação de recursos à saúde de forma limitada na vida dos pacientes renais crônicos idosos no município de Castanhal.

Para responder a esta questão de pesquisa, em um contexto mais restrito, buscou-se identificar o perfil dos idosos com DCR no município de Castanhal, refletir e contribuir para o debate público dos idosos com DRC e a justiça distributiva no município de Castanhal, detectar elementos limitantes e desafiadores da jusfundamentalidade à saúde dos idosos com DCR no município de Castanhal, investigar em que medida as escolhas alocativas de recursos públicos contribuem para direito à saúde dos idosos com DRC, no município de Castanhal e analisar os princípios da bioética indicados como vetores para dirimir os casos emblemáticos.

A estrutura do trabalho apresenta, no primeiro capítulo uma discussão sobre a justiça distributiva e o papel do Estado prestacional, como garantidor do mínimo em saúde para todos à luz da teoria de John Rawls, estabelecendo-se uma relação no campo do direito fundamental à saúde no Brasil com muita cautela, especialmente porque a teoria de Rawls foi idealizada para uma sociedade bem ordenada, isto é, uma sociedade onde exista uma equitativa distribuição de direitos, deveres e de vantagens entre os membros dessa sociedade e o país não goza de instituições sólidas para o efetivo cumprimento desse míster.

Todavia, essa ressalva não invalida a pesquisa, ao contrário, o texto a retrata como uma diretriz a ser seguida como base de fundamentação por diversas vias para o estabelecimento da equidade, inclusive pela via judiciária.

No segundo capítulo, a pesquisa problematiza questões sobre o idoso, bioética no contexto da população longeva, associados com a doença renal crônica, apresentando conceitos sobre o idoso e envelhecimento, e conta com o apoio da disciplina bioética para resolver os diversos dilemas a serem enfrentados na medicina, haja vista que os princípios da bioética oferecerem aliança concreta com o lado historicamente mais frágil da sociedade, por uma ótica mais humanitária, preocupando-se em observar a realidade econômica, social e cultural em que a pessoa está inserida, buscando uma interpretação jurídica da lista de espera por transplante de rim, hemodiálise e diálise peritoneal à luz de tais princípios a fim de dirimir os casos emblemáticos.

No terceiro capítulo, apresenta-se o município de Castanhal, com descrição de localização e histórico do município, um panorama do custeio da saúde para os pacientes renais crônicos e alguns aspectos do perfil social dos idosos com DRC.

O desfecho da pesquisa relaciona a produção teórica com o enfrentamento da demanda por saúde dos sujeito idosos com doença renal crônica, haja vista que, como não há objeção em afirmar que a saúde é um direito humano corolário do direito à vida e que, como os demais direitos humanos, o estudo se encerra na defesa, sobretudo, da exigência do envolvimento do Estado para a distribuição de bens em saúde a todos os necessitados, sendo os idosos um grupo de destaque pela condição requisitar maior atenção por parte do poder público.

1. A JUSTIÇA DISTRIBUTIVA DE RAWLS E O DEVER DE PRESTAÇÃO EM SAÚDE PELO ESTADO

“Uma Teoria da Justiça” proposta por John Rawls⁶ em 1971, tornou-se uma das obras centrais da filosofia política contemporânea e, hodiernamente, é alvo de muitos comentários, críticas, aperfeiçoamentos ou desdobramentos.

Trata-se de uma das mais influentes teorias da contemporaneidade, senão a mais importante tese que sustenta as bases da justiça distributiva contemporânea, cujo comprometimento é garantir os bens fundamentais à sociedade e proteção das garantias individuais.

O modelo teórico concebido por John Rawls visa o benefício de todos, na medida em que não admite que os direitos individuais sejam sobrepujados ao cálculo de interesses sociais. Ao preocupar-se com todos os indivíduos, em especial, os menos favorecidos, volta-se à estrutura básica da sociedade e não para a correção ou incorreção moral de conduta dos agentes particulares.

Desse modo, as instituições sociais podem especificar os direitos e deveres fundamentais na sociedade, bem como determinar o esquema distributivo mais apropriado em relação aos encargos e benefícios resultantes da cooperação social⁷.

1.1 Justiça Distributiva por John Rawls

“Uma teoria da justiça”, proposta por John Rawls⁸ em 1971, nasceu sob a égide da reformulação do capitalismo, que levou à globalização atual. Rawls revitalizou em seu tempo o debate da filosofia política, ao trazer à tona a ideia do contrato social por sua própria perspectiva e romance, dando uma nova formulação.

Segundo Rawls, as regras de equidade são atingidas através da cooperação dos cidadãos, sem saber quem ocupará posição ou *status* na sociedade, decidindo

⁶ John Rawls, escritor e filósofo, nasceu em Baltimore, em fevereiro de 1921 e morreu em novembro de 2002, em Lexington. Entre 1943 e 1945 ele foi inscrito na Marinha dos Estados Unidos, concluiu seu doutorado pela Universidade de Princeton, em 1950, desenvolveu a maior parte de sua carreira de docente em Harvard, onde foi professor emérito. (https://pt.wikipedia.org/wiki/John_Rawls. acesso em: 26.01.2016)

precisamente os princípios das instituições sociais na distribuição de direitos e deveres básicos, determinando a divisão dos deveres e benefícios como um todo⁹.

A compreensão do conceito de Justiça requer uma visão ampla e ao mesmo tempo centrada numa discussão ética, histórica e social. Nesse diapasão, o filósofo Jonh Rawls defende que os dois pressupostos básicos para o estabelecimento de uma sociedade justa seriam a igualdade de oportunidades abertas a todos, de modo que os benefícios auferidos pelos cidadãos sejam redistribuídos, especialmente aos menos privilegiados da sociedade, os sujeitos vulneráveis. Na perspectiva rawlsiana, justiça e equidade significa amparar prioritariamente os desvalidos, de modo a corrigir as iniquidades sociais.

Nos ensinamentos de Brito Filho¹⁰, o indivíduo, singularmente considerado, tem uma importância primordial no estabelecimento da teoria de Rawls e, mais restritamente, para os princípios de justiça que estabelece, não permitindo que os direitos básicos reconhecidos sejam afetados a partir da consideração de que isto é melhor para a comunidade, ou para parte dela.

Os princípios da justiça defendidos por Rawls são as liberdades públicas ou direitos fundamentais, que sobrepõe a todo e qualquer direito ou dever, até mesmo de natureza constitucional, já que são alicerces do próprio Estado de Direito. Segundo Rawls, quaisquer desejos que entram em conflito com os princípios de justiça, devem ser desestimulados.

Desse modo, os princípios de justiça têm um duplo papel, o primeiro de serem justos por natureza, e o segundo de incentivar a virtude da justiça entre os cidadãos, de modo a definir uma parte do ideal de pessoa que os arranjos sociais e econômicos devem respeitar e desestimular desejos e aspirações que com ela sejam incompatíveis¹¹.

Nesse sentido, é possível a afirmação de que toda lei injusta é substancialmente inconstitucional. Quando Rawls sustenta a possibilidade da desobediência civil, sempre que houver descumprimento de tais liberdades, na realidade, significa dizer que a governabilidade corre sérios riscos, caso o sentimento de justiça da sociedade não coincida com o ordenamento jurídico. Muito embora a lei injusta possa ser vinculativa

⁹ VILLARREAL, N. Justiça como equidade: política, não metafísica “John Rawls. Relações Trabalhistas, Faculdade de Direito – UDELAR. Fundamentos Filosóficos. S/d.

¹⁰ BRITO FILHO, José Cláudio Monteiro de. Ações afirmativas. São Paulo. LTr.2012. p. 33.

¹¹ RAWLS, John. Uma teoria da justiça. Nova tradução, baseada na edição americana revista pelo autor, Jussara Simões; revisão técnica e da tradução Álvaro de Vita. - 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes. (Coleção justiça e direito). 2008, p. 325.

nos casos de inocorrência de inconstitucionalidade a mesma cairá no desuso e, portanto, a sua aplicação ocasionará o descrédito das instituições¹².

A grande contribuição de Rawls é trazer à baila uma alternativa à coexistência pacífica entre indivíduos pluralistas de crenças, interesses e valores concorrentes. De fato, é inconcebível a existência de uma unidade a respeito de justiça, eis que vivemos em uma sociedade plural e complexa. Rawls reconhece tal impossibilidade e enfrenta a questão com a proposta do consenso sobreposto sobre justiça.

Dado o fato do pluralismo razoável¹³ na sociedade contemporânea, as instituições políticas devem estabelecer arranjos em que todos concordem e sejam públicos, com fins de repudiar ações arbitrárias e unilaterais, bem como garantir a estabilidade social diante de tantas perspectivas de vida concorrentes entre os cidadãos que da vida pública participam.

Nesta seara, o fato de que as pessoas endossam a mesma concepção política, não significa que elas têm a mesma concepção de modo particularizado, demonstra apenas que elas praticam a tolerância liberal e, passam ao largo das controvérsias mais profundas, a fim de endossar um núcleo duro por uma base sustentável de um consenso sobreposto¹⁴ que lhes garantam uma estabilidade social.

O caráter moral da sociedade pensada por Rawls opera com uma noção pública de justiça, específica de uma sociedade bem-ordenada, de modo que o valor moral é endossado por todos os cidadãos e a concepção de pessoa está vinculada a uma política transparente, estabelecida por apoio do consenso sobreposto que consegue aquiescência

¹² RABELO JUNIOR, Luis Augusto. A justiça como equidade em John Rawls. Disponível em: <http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=10755> Acesso em: 27. Jan. 2016.

¹³ As bases da teoria proposta são apresentadas através de uma hermenêutica construtiva dos fatos e das idéias que marcaram as sociedades ocidentais contemporâneas. Entre os fatos Rawls enumera: (1) o pluralismo razoável, ou seja, a diversidade de doutrinas abrangentes coexistindo sob certas condições políticas e sociais; (2) o fato da opressão ou o reconhecimento de que a adesão de todos a uma doutrina abrangente particular só é alcançada através da opressão e do uso do poder estatal; (3) o reconhecimento de que um regime democrático só se sustenta com o endosso de diferentes e inconciliáveis doutrinas abrangentes; (4) o reconhecimento de que a cultura política de uma sociedade democrática engendra idéias fundamentais para a concepção política de justiça de um regime constitucional e, finalmente, (5) o reconhecimento de que nossos mais importantes julgamentos políticos são de tal ordem que pessoas razoáveis, após ponderações, chegam às mesmas conclusões a seu respeito. (John Rawls, *Justice as Fairness: a restatement*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 2001. Resenha por: Dias, Maria Clara. Disponível em: <<http://www.ifcs.ufrj.br/cefm/publicacoes/rawls.pdf>> Acesso em: 27. Jan.2016).

¹⁴ Considerando que estamos diante apenas de sociedades ditas bem ordenadas, Rawls postula ainda só haver uma forma plausível de justificação de princípios, a saber, uma justificação pública que envolve o apelo a elementos compartilhados pelas diversas concepções abrangentes que compõe a totalidade de uma sociedade política. Os princípios resultantes são assim aqueles sobre os quais é estabelecido um consenso sobreposto. Indivíduos razoáveis seriam aqueles capazes de reconhecer em um certo núcleo compartilhado de idéias políticas algo de sua própria concepção abrangente. *Idem*. pp.2 e 3.

mediante um ajuste de concordância de todos os indivíduos no estabelecimento de padrões comportamentais.

Retomando a teoria do contrato social, Rawls se propôs a responder de que modo podemos avaliar as instituições sociais, chegando a conclusão de que a virtude das instituições sociais consiste no fato de serem justas. Em outros termos, para o filósofo norteamericano, uma sociedade bem ordenada compartilha de uma concepção pública de justiça que regula a estrutura básica da sociedade. Ao deliberar sobre as obrigações do Estado para com os cidadãos, é unânime que os indivíduos representativos, em seus juízos ponderados enquanto observador imparcial, terão o mesmo senso de justiça.

O resultado das escolhas unânimes, apresenta-se conforme Kant interpretou a vontade geral proposta por Rousseau. A vontade em geral para Kant, significa ser capaz de agir segundo suas máximas, como leis que o próprio agente se impõe. A teoria da justiça, por sua vez, tenta formular uma interpretação procedimental da concepção kantiana no reino dos fins, das noções de autonomia e de imperativo categórico¹⁵.

Kant defende que as pessoas devem ser respeitadas em sua condição humana em virtude de outra característica que possuem, a saber, a faculdade da razão, logo, do ponto de vista moral, as pessoas devem ser avaliadas como possuidoras de um valor intrínseco, como fins em si mesmas. Ao fazerem uso da razão prática, gozam de autonomia da vontade enquanto fonte da lei moral¹⁶. Na segunda seção da Fundamentação da Metafísica dos Costumes, Kant se pronunciou sobre a lei moral nos seguintes termos:

Tudo na natureza opera segundo leis. Só um ser racional tem a capacidade de agir segundo a representação das leis, isto é, segundo princípios, ou: só ele tem uma vontade. Como para derivar as ações das leis é necessária a razão, a vontade não é outra coisa senão razão prática.

Essa passagem indica que somente o ser humano é capaz de agir conscientemente baseado em leis ou princípios que ele representa, princípios dos quais Kant denominou de máximas, cujo vocábulo mais próximo da leitura atual são as escolhas. A fórmula da lei moral para determinar se uma ação é boa, basta testar com

¹⁵ RAWLS, John. Uma teoria da justiça. John Rawls; nova tradução, baseada na edição americana revista pelo autor, Jussara Simões; revisão técnica e da tradução Álvaro de Vita. - 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes. (Coleção justiça e direito). 2008. Pag. 328.

¹⁶ KANT, Immanuel. Fundamentação da metafísica dos costumes. São Paulo: Abril, 1974, p. 229.

base na seguinte porposição: “Age apenas segundo uma máxima tal que possas ao mesmo tempo querer que ela se torne lei universal”¹⁷.

O imperativo categórico funciona como ordenação de uma conduta como absolutamente boa em si mesma e não como meio para se atingir coisa qualquer, por conseguinte, para que uma conduta seja aceita objetivamente no seio social, basta que façamos o teste da universalização de nossas máximas e não haja nenhuma inclusão contraditória.

Rawls equipara os princípios de justiça ao imperativo categórico para definir as escolhas dos bens fundamentais. Tais escolhas são importantes, na atual conjuntura de escassez moderada de recursos, haja vista que, ao definir o que é bom à vida das pessoas, o Estado deve se pautar em uma distribuição igualitária de recursos, limitados em proporcionar apenas o que está no rol dos bens fundamentais. Essa é a concepção contemporânea de justiça distributiva, pela qual o Estado é obrigado a proporcionar aos seus cidadãos um mínimo de bem-estar material¹⁸.

Aristóteles foi o pioneiro em dialogar sobre a justiça distributiva. Segundo o filósofo, trata-se de uma virtude que consiste em dar a cada um, bens como honra, riqueza, etc., com uma concepção associada à idéia de mérito, haja vista ter como critério para se auferir a justa distribuição, a igualdade de relações como propoção geométrica pelo mérito de cada parte envolvida, o que foge da ideia contemporânea de justiça distributiva.

Essa é a leitura de Brito Filho do pensamento de Aristóteles, ele considera que a justiça distributiva nesse sentido está relacionada à ideia de mérito, e não contém o caráter de obrigatoriedade na distribuição dos bens e oportunidades. Segundo Brito Filho, é entendimento remançoso, que no modelo de justiça distributiva atual, o Estado é obrigado a proporcionar a seus cidadãos um mínimo de bem-estar material aos seus cidadãos independentemente do mérito de cada um¹⁹.

No Brasil, ainda segundo o autor, há espaço para as instituições sociais levarem em consideração a busca do bem-estar de todos os indivíduos, pautada na justa distribuição, posto que temos à disposição um arcabouço normativo consistente na carta constitucional, que reserva uma lugar à dignidade da pessoa humana como fundamento da lei maior, constituído de um Estado Democrático, ao consagrar a igualdade tanto no

¹⁷ KANT, Immanuel. Fundamentação da metafísica dos costumes. São Paulo: Abril, 1974, p. 223.

¹⁸ BRITO FILHO, José Claudio Monteiro de. Ações Afirmativas. Ltr: São Paulo, 2012, Pag. 22.

¹⁹ Idem, pag. 18.

plano formal quanto substancial e, por fim, tem como um dos seus principais objetivos, a construção de uma sociedade livre e justa²⁰.

A atual concepção de justiça distributiva, leva em consideração que uma justa distribuição é devida a todos, em virtude apenas da condição das pessoas serem humanas. Em matéria de saúde, um mínimo de igualdade de acesso é devido a todos. Por isso, é necessário um esforço de desmistificar posições que se prestam a desautorizar o dever de prestação estatal, pois as consequências práticas desses modelos revelam a barbárie. Tais posições denotam insatisfação, em face da obrigação do Estado de proporcionar saúde a todos.

Neste aspecto, é oportuno mencionar novamente os ensinamentos de Brito Filho, quando descreve concepções teóricas incapazes de sustentar a tese defendida até então, como o libertarismo, o comunitarismo e o utilitarismo.

Segundo o autor, o libertarismo não permite sustentar quaisquer políticas distributivas, o comunitarismo recusa consistência à ideia de um conjunto de valores e direitos protetivos dos indivíduos em qualquer circunstância e o utilitarismo deve ser rechaçado, na visão do autor, em razão de ser utilizado como modelo de justiça distributiva em que o Estado não está obrigado a proporcionar o mínimo, a cada indivíduo²¹.

Para Brito Filho, as ações estatais de implementação da saúde pública no Brasil, tendo por referência algum dos modelos teóricos descritos acima, denotam uma mesquinha em proporcionar saúde enquanto bem fundamental, vejamos nas palavras do autor:

Não sendo possível desobrigar o Estado do “ônus” de proporcionar saúde, tentassem os que entendem que assim deveria ocorrer limitar ao máximo o direito dos indivíduos, circunscrevendo a obrigação estatal a um espaço controlado pelo próprio Estado, onde é possível limitar o direito, ao ponto de torná-lo bem menor do que o que é imposto pelo texto constitucional, e muito abaixo do que é necessário para os seres humanos.²²

²⁰ BRITO FILHO, José Claudio Monteiro de. *Ações Afirmativas*. Ltr: São Paulo, 2012, Pag.18.

²¹ *Idem*. p. 15 a 18.

²² BRITO FILHO, José Claudio Monteiro de. *Ações Afirmativas*. Ltr: São Paulo, 2012, p. 15-18.

Denota-se que as ações de saúde são ofertadas em um padrão mínimo, muito àquém das necessidades individuais em total contradição da função estatal, pela qual existe para servir aos indivíduos e não o reverso.

Com relação as circunstância arbitrárias, para as quais o indivíduo não contribuiu para merecer tal sorte bruta ou desventura, essas teorias reagem de modo diverso quanto a resposta estatal. Gargarella explica que os libertários não admitem que a sociedade intervenha para tentar remediar ou suprimir tais circunstâncias, considerando que qualquer remédio institucional seria pior que a própria enfermidade, gerando uma certa conformação social²³.

Desta forma, a contribuição dessas teorias para a organização da vida em sociedade e pela busca do bem-estar de seus indivíduos são desastrosas, pois não atendem de maneira satisfatória à concepção atual de justiça distributiva, uma idéia que vai se firmar a partir da teoria de justiça de John Rawls, quando da publicação da obra “Uma teoria da justiça”.

Como já mencionado, Rawls retomou a tradição lockeana, russeniana e kantiana do contrato social, a fim de superar as dificuldades da doutrina utilitarista dominante e, a debilidade teórica da filosofia moral como um todo, predominante no mundo anglo-saxão na década de 60, a qual permitia a exploração de uma minoria em benefício utilitarista de uma maioria²⁴.

O renovado interesse rawlsiano na política como contrato social, trouxe a noção de contrato hipotético, cuja validade do acordo a que se comprometem as partes contratantes, baseia-se no caráter racional de que se lhes fossem dado a opção de escolha livre, seria inevitável a deseabilidade dos seus princípios de justiça.

Até este ponto, não há nenhuma objeção de que a tentativa persuasiva rawlsiana como um projeto racionalista, na medida em que nada difere dos argumentos utilitaristas de Jeremy Bentham²⁵, pois pode se esperar que as pessoas optem, no momento da deliberação, por algo que possa produzir um maior número possível de

²³ GARGARELLA, Roberto. As teorias de justiça depois de Rawls: um breve manual de filosofia política. Martins Fontes: São Paulo, 2008, p. 27-28.

²⁴ RAWLS, John. Uma teoria da justiça. Nova tradução, baseada na edição americana revista pelo autor, Jussara Simões; revisão técnica e da tradução Álvaro de Vita. - 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes. (Coleção justiça e direito). 2008, p. 13.

²⁵ Jeremy Bentham (1748 – 1832), jurista e filósofo inglês. (N.T.) envolve uma conexão com a igualdade, de modo que todos devam ser tratados do mesmo modo na obtenção de agregados simples como a utilidade total. (SEN, Amartya e KLIKSBURG, Bernardo. As pessoas em primeiro lugar: A ética do desenvolvimento e os problemas do mundo globalizado. São Paulo. Companhia da Letras. 2010. p. 75).

resultados positivos, para um maior número possível de pessoas, valendo-se da estratégia generalista de maximização do bem.

O problema da opção utilitarista²⁶ é que, em um primeiro momento, até se torna atraente, mas, se analisada com afinco, a proposta se revela preconceituosa e elitista, pois exclui alguns indivíduos do sistema de proteção estatal, sob a justificativa de beneficiar um maior número de pessoas. Assim, acaba por subverter garantias constitucionais ao alcance do cálculo de interesses sociais, penalizando os indivíduos vulneráveis ou como alguns costumam chamar os menos favorecidos.

O fato é que tal sistema somente contempla preferências e esquemas de ações majoritários, ou seja, se o indivíduo tem uma necessidade que é valorizada pela grande maioria, este será amplamente beneficiado, porém, se esse mesmo indivíduo tem uma necessidade que apenas uma minoria valoriza e não tem recursos financeiros para suprir a falta de cobertura estatal, ele será amplamente prejudicado²⁷.

Para objetivar a temática, exemplificamos com a seguinte situação hipotética: caso um indivíduo não tenha condições de custear por seus próprios meios, uma assistência médica de que necessite, onde a maioria se vale da estratégia generalizada de maximização do bem, e decide a satisfação daquela necessidade de atendimento à saúde, encontra-se fora da cobertura a que o Estado está obrigado a fornecer, em razão de não beneficiar um maior número de pessoas, nestas circunstâncias, o sujeito sofrerá as consequências de uma vida indigna ou até a morte.

Levando em conta essas consequências práticas injustas da teoria utilitarista, Rawls se dedicou a convencer que, em circunstâncias de incertezas e na condição de pessoas livres e racionais, era improvável que a opção dos indivíduos fosse o utilitarismo.

²⁶ Segundo Gargarella, o utilitarismo é uma concepção teleológica, ou seja, é teoria uma finalista, pois coloca o bem como o objetivo a ser alcançado. E segundo, Rawls o objetivo do utilitarismo é a maximização da felicidade geral, ou seja, levar a maioria da população a uma condição de bem-estar. Era o “fantasma” que assombrava Rawls, usando a expressão de, era justamente o utilitarismo, que é uma teoria da justiça bastante poderosa e influente até os dias atuais, sendo a teoria política mais utilizada pelos governos dos quatro cantos do mundo. Assim, uma política pública utilitarista vai ter como finalidade a satisfação da maioria da população. *Op.cit.*, 2008: pg. 02.

²⁷ Na área da saúde, por exemplo, um programa de vacinação infantil, vai ser eficaz se o Estado conseguir vacinar 90% das crianças de uma determinada localidade. Do ponto de vista utilitarista, esse programa foi um sucesso, porque atingiu a maioria das crianças. O utilitarismo vai ignorar os anseios dos 10 % das crianças que ficaram de fora. Se a política pública foi eficaz e conseguiu maximizar o bem-estar geral, isso é que importa. As diferenças entre as pessoas não é considerada. No utilitarismo, o Estado é um observador imparcial que trata todos os cidadãos de maneira igual, como se todos esses cidadãos fossem uma só pessoa e não são.

Faz sentido supor que as pessoas que pensam com clareza, não concordariam com um arranjo político que as colocassem em desvantagem, caso estivessem em condição extremamente vulnerável, ainda que a probabilidade de estarem expostas a essa condição seja baixa, pois as pessoas têm aversão ao risco dessa forma.

Rawls, por sua vez, teorizou sobre um arranjo político em que a justiça é vista como a primeira virtude das instituições sociais, atentando para o fato da “loteria natural”²⁸, do qual os indivíduos são posicionados de maneira desigual na sociedade, determinando o grau de desigualdade material que o sistema vai tolerar.

De acordo com o filósofo norteamericano, é primordial a reivindicação do ideal da autonomia individual e isso implica dizer, que “cada pessoa possui uma inviolabilidade fundada na justiça que nem o bem-estar de toda a sociedade pode desconsiderar.”²⁹

Exatamente por preocupar-se com todos os indivíduos, em especial, os menos favorecidos, o enfoque da justiça na teoria rawlsiana se volta para a estrutura básica da sociedade³⁰, cuja finalidade é que a mesma promova os ajustes necessários por meio das instituições para que as pessoas possam perseguir de maneira efetiva seus fins, sem que estejam sujeitas a excessivas restrições.

Em realidade, Rawls reconhece que as condições necessárias para a justiça de base podem ser solapadas quando a forma institucional da sociedade é profundamente injusta.³¹ Portanto, certas condições de fundo são necessárias para evitar um ambiente mantenedor de desigualdades injustificadas e restrições a oportunidades equitativas.

De fato, as instituições têm papel fundamental em modelar aquilo que as pessoas são e suas expectativas de vida. A realização da justiça nas sociedades consiste

²⁸ Uma teoria que propõe a supressão das diferenças resultantes da "loteria natural" (talentos) e da "loteria social" (destino), porque são "moralmente arbitrarias" e, portanto, são moralmente arbitrários os estados resultantes dos seus efeitos. A "arbitrariedade moral", no sentido que lhe dá Rawls, é aquela resultante da natureza e do acaso, diferente, portanto, da arbitrariedade causada por uma decisão não justificada racionalmente (preconceitos, maldades, julgamento, etc.). Ele confere ao Estado responsabilidades no fornecimento de bens públicos e no controle das instituições responsáveis pelas liberdades individuais e coletivas e pela distribuição equitativa desses bens. Prega também a redistribuição compensatória: os que recebem maiores vantagens têm o dever de compensar a parcela maior recebida em decorrência do que a sociedade lhe proporcionou (por exemplo, impostos progressivos) (TJ § 81; 406) (THIRI-CHERQUES, Hermano Roberto. John Rawls: a economia moral da justiça. Revista Sociedade e Estado. Scielo. vol. 26, nº3. Brasília. Set/dez. 2011).

²⁹ RAWLS, John. Uma teoria da justiça. Nova tradução, baseada na edição americana revista pelo autor, Jussara Simões; revisão técnica e da tradução Álvaro de Vita. - 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes. (Coleção justiça e direito). 2008, p. 4.

³⁰ Para Rawls, “a estrutura básica da sociedade molda a forma como o sistema social produz e reproduz, ao longo do tempo, certa forma de cultura compartilhada por pessoas que têm certas concepções de bem”. (RAWLS, John. O liberalismo político. Martins Fontes: São Paulo, 2011, p. 319).

³¹ RAWLS, John. O liberalismo político. Martins Fontes: São Paulo, 2011, p. 316.

em organizar as instituições de modo que elas produzam condições de vida equitativas, que assegurem aos cidadãos as condições mínimas necessárias para a manutenção de suas liberdades e igualdade de oportunidades.

A estrutura social limita as ambições e expectativas das pessoas, tendo em conta os meios e oportunidades com os quais podem realisticamente contar³², logo, o que a teoria rawlsiana pretende regular são as desigualdades de perspectivas de vida entre os cidadãos, que resultam de posições sociais iniciais, vantagens naturais e contingências históricas.

Shapiro descreve o projeto de Rawls como solipsista³³, diferentemente de outros teóricos que enfatizam a deliberação na tradição democrática. Segundo o autor, “o contratante de Rawls raciocina sozinho”³⁴. Esse entendimento é o que solidifica a importância que o indivíduo, singularmente considerado, tem na teoria da justiça rawlsiana.

Outrossim, os princípios servem como apoio em instituições para garantir a todos os cidadãos valores políticos, por conseguinte, alguns direitos são excluídos da agenda política e são colocados fora do alcance do cálculo dos interesses sociais³⁵. Entre eles, o direito à saúde figura de forma inquestionável.

Nesse contexto, Rawls sustenta o argumento da razão pública para uma sociedade equilibrada, nas seguintes posições:

a) Além da capacidade de ter uma concepção de bem, os cidadãos têm a capacidade de aceitar princípios políticos razoáveis de justiça e o desejo de agir em conformidade com esses princípios; b) quando os cidadãos acreditam que as instituições e os procedimentos políticos são justos (tal como o especificam esses princípios), eles se dispõem a fazer sua parte naqueles arranjos, desde que estejam seguros de que os demais também farão a deles; c) se outras pessoas fazem sua parte com a intenção manifesta de fazer a própria parte, os demais tendem a desenvolver confiança nelas; d) essa confiança se torna mais forte na medida em que o êxito dos arranjos institucionais se prolonga; e) a confiança também aumenta conforme as instituições básicas

³² *Idem*, 2011, p. 319

³³ Solipsismo (do latim "solu-, «só» +ipse, «mesmo» +-ismo".) é a concepção filosófica de que, além de nós, só existem as nossas experiências. O solipsismo é a consequência extrema de se acreditar que o conhecimento deve estar fundado em estados de experiência interiores e pessoais, não se conseguindo estabelecer uma relação direta entre esses estados e o conhecimento objetivo de algo para além deles. O "solipsismo do momento presente" estende este ceticismo aos nossos próprios estados passados, de tal modo que tudo o que resta é o eu presente. (Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Solipsismo> > Acesso em 02, ago, 2015)

³⁴ SHAPIRO, Ian. Os fundamentos morais da política. São Paulo: Martins Fontes, 2006, p. 143.

³⁵ RAWLS, John. O liberalismo político. Martins Fontes: São Paulo, 2011, p. 190-191.

estruturadas para garantir nossos interesses mais fundamentais se tornam mais firmes e voluntariamente reconhecidas³⁶.

Tal argumento da razão pública é o que determina a ação individual na cooperação social, na medida em que todos estão conectados a uma noção pública de justiça. Assim, considerando que os indivíduos têm um senso de justiça, optam por um ideal de justiça razoável, no qual ninguém é favorecido ou desfavorecido pelo acaso ou pelas circunstâncias sociais na escolha dos princípios, estarão dispostos a perseguir esses fins, especificando os meios para alcançá-los³⁷.

Nesse arranjo, podemos vislumbrar uma “via de mão dupla”, pois, os indivíduos pretendem buscar a satisfação de seus interesses privados, mas, comprometendo-se seriamente com um ideal de justiça que beneficie a todos conjuntamente³⁸.

Dessa forma, o procedimento metodológico do acordo rawlsiano é exposto com a descrição da situação hipotética do véu de ignorância, em uma posição original, sob a qual os indivíduos representativos se unem, com o fito de escolher os princípios de justiça antes da elaboração da carta constitucional que irá reger a sociedade em que vivem.

Cobertos pelo véu de ignorância, os indivíduos são impedidos de conhecerem suas condições particulares, como o seu lugar na sociedade, a que posição sua classe ou *status* social pertencem, sua sorte na distribuição de habilidades naturais, faculdades físicas e mentais, idade, entre outras.³⁹

Somente nessas circunstâncias, semelhante ao estado de natureza, na conjectura de Rawls⁴⁰, será possível deixar os indivíduos em condição de completa igualdade, para que sejam capazes de firmar um acordo e decidir de forma imparcial, conforme menciona o próprio autor:

³⁶ RAWLS, John. O liberalismo político. Martins Fontes: São Paulo, 2011, p. 193.

³⁷ RAWLS, John. Uma teoria da justiça. Nova tradução, baseada na edição americana revista pelo autor, Jussara Simões; revisão técnica e da tradução Álvaro de Vita. - 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes. (Coleção justiça e direito). 2008, p. 22.

³⁸ RAWLS, John. Uma teoria da justiça. Nova tradução, baseada na edição americana revista pelo autor, Jussara Simões; revisão técnica e da tradução Álvaro de Vita. - 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes. (Coleção justiça e direito). 2008, p. 414.

³⁹ RAWLS, John. Uma teoria da justiça. Nova tradução, baseada na edição americana revista pelo autor, Jussara Simões; revisão técnica e da tradução Álvaro de Vita. - 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes. (Coleção justiça e direito). 2008, p. 165-166.

⁴⁰ *Idem*, 2008, p. 22-23.

Na justiça como equidade, a situação original de igualdade corresponde ao estado de natureza da teoria tradicional do contrato social. (...) Os princípios da justiça são escolhidos por trás de um véu de ignorância. Isso garante que ninguém seja favorecido ou desfavorecido na escolha dos princípios pelo resultado do acaso natural ou pela contingência das circunstâncias sociais⁴¹.

À guisa de exemplo, a sociedade de risco que estamos submetidas demanda a necessidade de nos resguardarmos por eventos futuros indesejados. A metáfora do véu de ignorância é um convite à reflexão sobre qual escolha seria feita, caso o sujeito fosse forçado a fazê-la, em uma condição em que ignorasse suas concepções particulares de bem.

O véu de ignorância, portanto, expressa as exigências da razão prática da escolha dos princípios de justiça, hábeis a reger o conjunto de instituições políticas, sociais e econômicas, os quais formam a estrutura básica das sociedades democráticas, pluralistas e liberais.

Rawls aspira a uma concepção política para dar forma às instituições da estrutura básica, na medida em que se possa estabelecer a deliberação e a reflexão. Seu projeto funciona como guia para ajudar os indivíduos representativos a alcançar um acordo político, ao menos sobre os elementos constitucionais essenciais e sobre as questões de justiça básica.⁴²

Nessas condições, os princípios de justiça escolhidos pelos indivíduos, na visão de Rawls, são: (a) o princípio das liberdades básicas iguais para todos - universalista; (b) o princípio da igualdade de oportunidades para todos - também universalista); e (c) o princípio da diferença - focalizado, os quais podem ser melhor explicados na seguinte passagem:

Cada pessoa tem igual direito a um esquema plenamente adequado de liberdades básicas iguais que seja compatível com um esquema similar de liberdades para todos; as desigualdades sociais e econômicas devem satisfazer duas condições. Em primeiro lugar, devem estar associadas a cargos e posições abertos a todos sob condições de igualdade equitativa de oportunidades; e, em segundo, devem ser para o maior benefício dos membros da sociedade que têm menos vantagens⁴³.

⁴¹ *Ibidem*, 2008, p. 14-15.

⁴² RAWLS, John. O liberalismo político. Martins Fontes: São Paulo, 2011, p. 184.

⁴³ SEN, Amartya. Desigualdade reexaminada. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Record, 2008, pp. 129-130.

Destes, o princípio da diferença, implícito na segunda parte do excerto supramencionado, é de amplo interesse para o debate do direito à saúde para os idosos, uma vez que, sugere, nos termos descritos por Gargarella "que ninguém seja beneficiado ou punido por questões pelas quais cada um não é responsável – questões que, em suma, não dependem dos gostos e escolhas de cada pessoa", ou seja, circunstâncias arbitrárias⁴⁴.

É permissível pelo projeto rawlsiano, inclusive, que as pessoas de talentos naturais obtenham vantagens adicionais, para serem incentivadas a colocarem seus talentos à disposição de tarefas que favoreçam a todos, em especial, aos sujeitos menos favorecidos⁴⁵.

Adentrando em um universo mais profundo da tese de Rawls, imperioso ressaltar que a inovação principal que o autor traz à lume, diz respeito ao reconhecimento da diferença entre as pessoas. A dimensão igualitária de seu postulado de autonomia admite desigualdade, sob a condicionante dessa ação estar a serviço de um objetivo muito maior, qual seja, a cooperação social. Rawls concebe as pessoas como portadoras de duas faculdades morais: (a) capacidade de possuir um senso de justiça (b) capacidade de ter uma concepção de bem⁴⁶.

A discussão engendrada até aqui, permite compreender que Rawls admite as desigualdades, mas não de uma forma desenfreada. Por isso, cabe a tese de Rawls no esquema de alocação de recursos para o custeio da saúde pública dos pacientes renais crônicos idosos, na medida em que se coaduna com a aplicação prática dos princípios bioéticos, os quais serão apresentados em subtópico próprio mais adiante.

Por detrás do véu de ignorância é prudente que o indivíduo representativo aceite um esquema distributivo que favoreça quem está na situação desfavorável, pois na pior das hipóteses, pode ser ele o sujeito que esteja nessa condição vulnerável. Portanto, a proteção mínima reservada ao Estado dá conta dessa escolha prudencial.

Contudo, não se pode olvidar de que a preocupação com os princípios fundamentais, não permite que as transferências de bens sejam feitas de modo ilimitado. Os princípios servem como vetores dos termos da cooperação, isto é, estabelecem linhas

⁴⁴ GARGARELLA, Roberto. As teorias de justiça depois de Rawls: um breve manual de filosofia política. Martins Fontes: São Paulo, 2008, p. 80.

⁴⁵ GARGARELLA, Roberto. As teorias de justiça depois de Rawls: um breve manual de filosofia política. Martins Fontes: São Paulo, 2008, p. 80.

⁴⁶ Essa capacidade de ter uma concepção de bem, denota uma capacidade de ser razoável – capaz de se colocar no lugar do outro, capacidade de ser racional – ter, perseguir e alterar um plano de vida.

limitrofes do que o Estado está autorizado a fazer. Há que se configurar um equilíbrio entre os preceitos no limite do razoável.

Ao se avançar sobre a questão da proteção social, o pensamento rawlsiano contribui para que o governo enfoque nos direitos fundamentais, seja qual for a concepção particularizada de bem que cada pessoa possui, pois se pressupõe que no contexto do pluralismo razoável inerente à sociedade, cada um é dono do seu projeto de vida, tendo o Estado o dever de criar condições favoráveis à realização de tais planos.

Portanto, não cabe ao Estado interferir na vida das pessoas, seu papel é tão somente o de gerenciar as liberdades políticas e civis, definir a estrutura legal de oportunidade para progredir na sociedade, em renda e riqueza e fornecer as bases sociais da autoestima e do autorespeito⁴⁷. O conteúdo destes postulados é fortemente influenciado pelas políticas governamentais e vice versa, logo, instrumentais para que o indivíduo execute seu plano de vida.⁴⁸

Tais políticas, de acordo com Rawls, são implementadas quando a estrutura básica é regulada por uma constituição justa que assegure as liberdades da cidadania igual; um processo político conduzido por um procedimento justo; haja igualdade de oportunidade na educação e saúde, nas atividades econômicas e na livre escolha da ocupação; e, por fim, a garantia de um mínimo social⁴⁹.

1.2. O Papel do Estado como garantidor do mínimo em saúde para todos

As instituições sociais que tenham por fim o bem-estar das pessoas, devem se pautar na justa distribuição dos recursos para assegurar um mínimo de bem-estar material aos seus cidadãos⁵⁰. Tal postulado coloca a justiça dentro de um contexto de relações interpessoais, não podendo ser compreendida como um atributo de situações individuais isoladas.

Evocar a noção de justiça pressupõe que as pessoas estão inseridas em contextos de produção e distribuição de bens, direitos e vantagens sociais e, ao

⁴⁷ Rawls, citando John Stuart Mill, afirma que tais valores são de fundamental importância, pois fazem parte dos próprios fundamentos da nossa existência: governam a estrutura básica da vida social e especificam os termos essenciais da cooperação social e política (RAWLS, John. O liberalismo político. Martins Fontes: São Paulo, 2011, p. 164).

⁴⁸ RAWLS, John. O liberalismo político. Martins Fontes: São Paulo, 2011, p. 161.

⁴⁹ RAWLS, John. Uma teoria da justiça. Nova tradução, baseada na edição americana revista pelo autor, Jussara Simões; revisão técnica e da tradução Álvaro de Vita. - 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes. (Coleção justiça e direito). 2008, pp. 342-343.

⁵⁰ Cidadania compreende um sistema de direitos compostos por três elementos: civil, político e social.

reivindicá-los, são motivadas por mecanismos garantidores de que os cidadãos não sejam vítimas de dominações sociais, políticas e econômicas, exercidas por regras injustas ou por assimetrias diversas.

No Brasil, tais mecanismos vieram à baila com as medidas de proteção social governamental normatizadas na Constituição Federal de 1988, cujos direitos sociais obtiveram um avanço em matéria de reconhecimento jurídico e a Seguridade Social⁵¹ ganhou maior visibilidade.

A Constituição Federal de 1988 definiu os princípios basilares da nação brasileira e identificou o papel do governo para garantir que tudo funcionasse de modo ordenado. Tendo em vista se constituir em verdadeira cláusula de proteção ao ser humano, a inserção do princípio da dignidade da pessoa humana foi garantida como um dos fatores fundamentais para sua elaboração.

O *caput* do artigo 1º da Constituição Federal⁵² informa que o Brasil é constituído de três elementos formadores, a saber: Estado Democrático que garante a soberania popular, ou seja, o poder político pertence ao povo, exercido pelo povo ou no mínimo em seu nome por meio de seus representantes escolhidos pelo povo; Estado de Direito, o que significa dizer que o poder do Estado é limitado pela lei, ou seja, o Estado não pode ir além do que a lei permite, desse modo, a lei funciona como limite da atividade estatal; e, por fim, compromisso com a melhoria da sociedade, que pressupõe a busca de seu aperfeiçoamento.

Tais elementos não surgiram por mera liberalidade, mas em decorrência das reivindicações da maior parte da população em um cenário político e social conflituoso, no qual José Sarney, desde quando assumiu a Presidência da República em 1985, no período de redemocratização do país, pensava estrategicamente na solução dos reclamos da maioria da sociedade brasileira à época, já que o país acabava de sair de uma ditadura que perdurou por vinte e um anos, e demandava uma nova constituição.

⁵¹ A expressão Seguridade Social foi introduzida no Brasil por influência da língua espanhola, que funciona como sinônimo de Segurança, mas a Constituição Federal destina o segundo vocábulo apenas para se referir à Segurança Pública que está prevista no Art. 144 da CF/1988. (NASSAR, Elody Bουλhosa. Envelhecimento populacional e previdência social: a questão social da longevidade e o financiamento dos sistemas previdenciários, sob a ótica do princípio da solidariedade social. Tese de doutorado, UFPA, 2011, p. 124).

⁵² Art. 1º da CF/1988: A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos: I - a soberania; II - a cidadania; III - a dignidade da pessoa humana; IV - os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa; V - o pluralismo político. Parágrafo único: Todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição.

Ulisses Guimarães, no discurso de promulgação da Constituição de 1988, introduziu uma espécie de preâmbulo não oficial intitulado “Constituição Coragem”, tornando claro os objetivos aos quais o regramento se propôs, cuja pretensão de volta para o combate da desigualdade social e aos grotões de pobreza na qual vivia a maior parte populacional do país, vejamos parte desse discurso nas palavras do autor:

O Homem é o problema da sociedade brasileira: sem salário, analfabeto, sem saúde, sem casa, portanto, sem cidadania. A Constituição luta contra os bolsões de miséria que envergonham o país(...). A Constituição (...) mudou quando quer mudar o homem em cidadão, e só é cidadão quem ganha justo e suficiente salário, lê e escreve, tem hospital e remédio, lazer quando descansa⁵³.

Logo, a Constituição Federal de 1988 representa um marco na história jurídica do Brasil, especialmente por elencar em seu conjunto normativo, o valor da pessoa humana, traduzido pelo princípio fundamental da dignidade humana⁵⁴. Ingo Wolfgang Sarlet define a dignidade da pessoa humana como sendo uma rede complexa de garantias mínimas de direitos e deveres, senão, vejamos:

A dignidade da pessoa humana é uma qualidade intrínseca e distintiva reconhecida em cada ser humano que o faz merecedor do mesmo respeito e consideração por parte do Estado e da comunidade, implicando, neste sentido, um complexo de direitos e deveres fundamentais que assegurem a pessoa tanto contra todo e qualquer ato de cunho degradante e desumano, como venham a lhe garantir as condições existenciais mínimas para uma vida saudável, além de propiciar e promover sua participação ativa e co-responsável nos destinos da própria existência e da vida em comunhão com os demais seres humanos⁵⁵.

Ao consagrar a dignidade da pessoa humana como fundamento do Estado Democrático de Direito, o ordenamento jurídico pátrio deve reconhecer categoricamente que é o Estado que existe em função da pessoa humana, e não o contrário, já que o ser humano constitui a finalidade precípua, e não meio da atividade estatal.

⁵³ Discurso de promulgação da Constituição proferido por Ulysses Guimarães na sessão de 05 de outubro de 1988. Disponível em: <http://apache.camara.gov.br/portal/arquivos/Camara/internet/plenario/discurso/escrevendohistoria/constituicao198701988/pdf/Ulysses%20Guimaraes%20DISCURSO%20REVISADO.pdf>. Acesso em 04 abr. 15.

⁵⁴ Art. 1º, III, CF/1988.

⁵⁵ SARLET, Ingo Wolfgang. Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2004. p. 143.

É nesse sentido que a Constituição preconiza nas diversas dimensões, o primado da dignidade, especialmente em seu art. 170, ao determinar que a ordem econômica assegure a todos uma existência digna e, em seu art. 193, ao exigir que a ordem social tenha como objetivos o bem-estar e a justiça social.

Nesse contexto, a Seguridade Social, conforme a redação do artigo 6º e no Capítulo II do Título VIII, que versa sobre a Ordem Social⁵⁶, funciona como mecanismo de proteção dos direitos humanos dos indivíduos, face os riscos aos quais os cidadãos estão submetidos por circunstâncias alheias as suas vontades.

É importante salientar a aplicação multidimensional desse primado, necessário para que a pessoa humana possa se afirmar plenamente enquanto sujeito de direitos na sociedade circundante, esse é o entendimento corroborado por Arnaldo Sussekind acerca da finalidade da Seguridade Social:

A finalidade da Seguridade social é o bem-estar social, sob os pressupostos do respeito à liberdade e à dignidade e da valorização do homem. Mais que isso, seu fundamento jurídico (Seguridade Social) é o reconhecimento do direito inalienável do homem ao bem-estar, que ao Estado cumpre assegurar por meio da justiça legal (fundamento objetivo), com esteio na cooperação ou Solidariedade Social (fundamento sociológico)⁵⁷.

Nesse contexto, o Estado de bem-estar social funciona como principal provedor dos direitos sociais cujo objetivo é garantir uma vida digna de ser vivida aos seus cidadãos, significando que o governo tem o dever positivado de realizar a prestação dos serviços de educação, saúde, infra-estrutura, urbanização, segurança pública, assistência social, saneamento básico, transporte, lazer ou esporte, habitação e regularização fundiária, emprego e geração de renda, promoção e extensão rural, e desenvolvimento integrado.

Destes direitos sociais, ainda que a saúde esteja contida no conceito amplo de Seguridade Social, o estudo se limitará ao conceito e aos caracteres da saúde, considerando, por conseguinte, que a mesma está integrada a um conjunto de proteção social pública paralelamente à assistência e à previdência social, voltado à perspectiva da cidadania, cujos benefícios e as formas de organização são guiadas pelo princípio da

⁵⁶ Arts. 194 a 204 da CF/1988.

⁵⁷ SUSSEKIND, Arnaldo. *Previdência Social Brasileira*. São Paulo: Freitas Bastos, 1955, p. 55.

universalidade⁵⁸. Vale lembrar, que a saúde e a assistência operam em caráter distributivo e a previdência social em caráter contributivo.

Com efeito, a atenção à saúde é implementada via um Sistema Único de Saúde (SUS), que opera sob a forma de uma rede integrada, descentralizada e regionalizada. Tal proposta defende um tratamento igualitário e universal para toda a população, por meio de ações que envolvam o cuidado com a saúde do ser humano, incluindo as ações e serviços de promoção, prevenção, reabilitação e tratamento de doenças.

Considerando um contexto de escassez moderada de recursos, essa acepção, fundada em princípios universalistas, tem servido de mote para muitas discussões no que tange ao implemento das políticas públicas em saúde. É prática comum que os princípios que asseguram o Estado Social de forma universal sejam interpretados de forma a atribuir um tratamento para todos os cidadãos de forma *standard*.

Essa forma de distribuição contrasta com a ideia contemporânea de justiça distributiva, que toma por base que a justa distribuição é dever do Estado e reconhece em cada indivíduo seu merecimento como pessoa humana, tratando-as como iguais, nas medidas de suas desigualdades, não o discriminando por raça, sexo, idade, posição social e econômica, conforme aduz Brito Filho com base nos ensinamento de Fleischacker:

Cada indivíduo é merecedor de direitos básicos, sendo que uma certa parcela de bens materiais está compreendida nesses direitos; garantir que ocorrerá a distribuição desses bens – entendida a distribuição como algo factível – compete principalmente ao Estado⁵⁹.

Logo, uma justa distribuição em saúde que se pretenda respeitar a dignidade do ser humano deve se empenhar por atender aos cidadãos individualmente, sem descartar as medidas coletivas que o Estado pretende prestar. Essa é a leitura acertada que deve ser extraída do texto constitucional, *in verbis*:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação⁶⁰.

⁵⁸ Art. 194, CF/1988.

⁵⁹ BRITO FILHO, José Claudio Monteiro de. Ações Afirmativas. Ltr: São Paulo, 2012, p. 24.

⁶⁰ BRASIL – art. 196, CF/1988.

Portanto, o princípio da universalidade deve garantir acesso indiscriminado fundamental para que toda forma de discriminação negativa ou exclusão social seja removida aliado ao princípio da equidade, que se funda no provimento de bens e serviços que sejam capazes de identificar as necessidades mais próprias de cada ser humano ou determinado grupo. Concretizar essa mútua referência entre tais princípios, significa incorporar à atenção ao mínimo em saúde a que cada ser humano precisa.

Considerando que as pessoas são plurais e desiguais por natureza, no entendimento de Brito Filho, o princípio da diferença proposto por Rawls, não deixa de proporcionar desigualdade, todavia o autor especifica que se trata de uma desigualdade controlada, concebendo que ninguém pode ter tudo, mesmo que isso seja amealhado licitamente, pelo que, ao menos pela tributação, uma parte deverá se reverter à sociedade, no esquema distributivo. De outra sorte, ninguém pode ficar sem alguma coisa, cabendo aos indivíduos um mínimo de direitos que devem ser garantidos.⁶¹

Do mesmo modo, a liberdade de que trata Rawls, não pode ser confundida com uma liberdade desenfreada e qualquer pessoa entender que é titular de direito de uma saúde perfeita, fazendo coro a uma cultura mercadológica que promete a realização do sonho da imortalidade física. Há que se considerar, conforme alerta Brito Filho, que a liberdade que se pretende preservar é somente aquela cujos componentes dos ideais políticos conduzam a uma sociedade justa⁶².

Desta forma, para esta pesquisa interessa a aplicação da teoria de Rawls no âmbito do direito à saúde no Brasil, especialmente a primeira parte do segundo princípio, ou seja, o princípio da diferença. Com efeito, aplica-se à distribuição de renda e riqueza e direitos fundamentais ao escopo das intuições que fazem uso de diferenças de autoridade e de responsabilidade.

Assim, tendo em conta o impacto do envelhecimento da população na saúde e a maior incidência de doença renal crônicas nos idosos, a eficácia da dignidade da pessoa humana, garantida constitucionalmente, na vida desta parcela da população, depende da forma que a comunidade responde relativamente ao cuidado.

⁶¹ Direito Fundamental à Saúde: propondo uma concepção que reconheça o indivíduo como seu destinatário, publicado na Revista *A Leitura/Caderno* da Escola Superior da Magistratura do Estado do Pará, Vol. 5, n. 9 (nov.2012), p. 136-145. Belém: ESM/PA, 2012.

⁶² BRITO FILHO, José Claudio Monteiro de. *Ações Afirmativas*. Ltr: São Paulo, 2012, p. 17.

A ideia que se quer impingir é a de uma distribuição desigual de acesso para tratamento de saúde na medida das diferentes necessidades das pessoas, haja vista que, embora reste claro que as pessoas estão vivendo mais, ainda não se sabe quanto do aumento da expectativa de vida vai se traduzir em anos de benefícios relacionados com a boa saúde.

2. IDOSO, BIOÉTICA E A DOENÇA RENAL CRÔNICA

Uma das maiores conquistas de um povo em seu processo de humanização é o envelhecimento de sua população, refletindo uma melhoria das condições de vida. Não há dúvida de que uma vida longa e saudável é aspiração da maioria das pessoas, logo, a longevidade com saúde possui seu valor inquestionável, haja vista que ter boa saúde é pré condição do exercício de realização dos planos de vida das pessoas.

A saúde é instrumental para o alcance do bem-estar de todos os seres humanos, da mesma forma em que as liberdades e conhecimento do que somos capazes de exercer são condicionantes das realizações dos nossos projetos de vida. Não somos capazes de fazer muita coisa se estamos incapacitados ou acometidos de doenças⁶³. A experiência do adoecimento é um desvio do projeto de felicidade, logo, reclama alguma resposta, seja no campo da saúde pública, ou no plano de vida pessoal.

Falar de idoso, bioética e cuidado com o envelhecimento humano no Brasil dialogando com as questões de saúde não é tarefa fácil, pois a conjuntura de uma população longeva com maiores demandas de assistência, que sejam capazes de preservar o ambiente propício para que o idoso concretize sua concepção de vida boa a ser vivida, não é vista como conquistas sociais, precedentes das lutas democráticas pela ampliação da cidadania. Pelo contrário, ela é associada geralmente a uma simples assistência de provisão, desvinculada dos direitos e de projetos coletivos de mudança social⁶⁴.

2.1. Idoso e envelhecimento humano

Antes de tratar diretamente de idoso e envelhecimento, é importante pontuar que existe uma diferença no uso entre tais termos. O envelhecimento deve ser entendido como um processo natural da vida que traz consigo algumas alterações sofridas pelo

⁶³ SEN, Amartya e KLIKSBURG, Bernardo. As pessoas em primeiro lugar: A ética do desenvolvimento e os problemas do mundo globalizado. São Paulo. Companhia da Letras. 2010. p. 85.

⁶⁴ PEREIRA, P. A. P. Formação em serviço social, política social e fenômeno do envelhecimento. In: Seminário sobre educação superior e envelhecimento populacional no Brasil, 2005, Brasil. Brasília. Ministério da Educação, SESu, Capes, 2005.

organismo, consideradas normais na fase etária das pessoa acima de 60 anos. Envelhecemos desde o momento em que nascemos, “se envelhece conforme se vive”⁶⁵.

Já o idoso é o sujeito do envelhecimento⁶⁶. O termo idoso, pelo recorte normativo no Brasil, caracteriza todo e qualquer indivíduo acima de 60 anos de idade. O conceito de idoso foi criado na França em 1962, substituindo termos como velho e velhote, os quais eram adotados no Brasil em documentos oficiais, a modificação se deu em razão da conotação mais pejorativa que é dado ao termo velho em suas diversas dimensões, como uma significação social que estes conceitos estão imbricados.

Importa destacar que a velhice é uma construção social que cria diversas formas de se entender o mesmo fenômeno, dependendo de cada cultura⁶⁷, considerado para algumas pessoas como o último ciclo da vida, que independe de condições de saúde e hábitos de vida e pode vir acompanhado de perdas psicomotoras, sociais, culturais e etc.

Para Nery, a velhice é a última fase do ciclo vital e é delimitada por eventos de natureza múltipla, incluindo, por exemplo, perdas psicomotoras, afastamento social, restrição em papéis sociais e especializações cognitivas⁶⁸. Apesar disso, as sucessivas limitações não impedem o processo vital, ao reverso, a velhice deve ser definida como o tempo de vida humana em que o organismo sofre consideráveis mutações de declínio na sua força e aparência, as quais, porém, não incapacitam ou comprometem o processo vital⁶⁹.

O envelhecimento, em termos gerais, é definido como um processo que acompanha o organismo do nascimento até a morte. A velhice é um momento específico dentro desse processo marcado pelo agudizamento de diferentes reduções e modificações do funcionamento de diversas funções, bem como determinadas modificações celulares, não implicando, todavia, um acúmulo de doenças.⁷⁰

A experiência da velhice é subjetiva e cronológica. O termo velhice é, portanto, individual, mas o envelhecimento da população é um problema que ultrapassa prismas individuais, vinculando sociedade e Estado.

Norberto Bobbio considera a velhice um tema não acadêmico, pois o envelhecimento e a velhice, cada vez mais rejeitados, transformaram-se em um

⁶⁵ Messy J. A pessoa idosa não existe. (Tradução JSM. Werneck). São Paulo: Aleph; 1999. p. 18.

⁶⁶ Disponível em: <http://www.portaldoenvelhecimento.com/comportamentos/item/3427-envelhecimento-idoso-velhice-ou-terceira-idade>. Acesso em: 25 de fev. 2016.

⁶⁷ Disponível em: <http://www.portaldoenvelhecimento.com/comportamentos/item/3427-envelhecimento-idoso-velhice-ou-terceira-idade>. Acesso em: 25 de fev. 2016.

⁶⁸ NERI, Anita Liberalesso. Palavras chaves em gerontologia. Campinas: Alínea, 2001. p.69.

⁶⁹ SALGADO, Marcelo Antonio. Os Grupos e a ação pedagógica do trabalho social com idosos. Políticas públicas para a habitação do idoso. A Terceira Idade, v. 39, São Paulo, 2007.

⁷⁰ MUCIDA, Ângela. O sujeito não envelhece, psicanálise e velhice. 2ª.ed. Belo Horizonte: Autentica, 2006, p.23.

problema social no decorrer do século XX e, despontaram no século XXI, trazendo consequências importantes, principalmente devido o aumento demográfico de idosos que se acentua cada vez mais⁷¹.

Cabe a nós reconhecer que o envelhecimento populacional é um fenômeno social que requer ações afirmativas do Estado, da sociedade e de suas instituições como forma de efetivar sua existência digna e não a negar. Independente das definições, as pesquisas de natureza demográfica indicam que a expectativa de vida das pessoas está crescendo cada vez mais, porém de nada adianta valorizar os anos a mais se os idosos não possuem uma boa qualidade de vida e saúde.

Identificar os fatores que assegurem uma boa qualidade de vida e saúde na velhice deve ser primordial tanto para os idosos quanto para profissionais que lidam com esses idosos. Políticas públicas e o dispêndio de grandes verbas para manter a população idosa são necessários, pois nessa condição, são demandados atendimento médico com maior frequência, bem como alternativas de lazer e aposentadoria.

De acordo com o sítio eletrônico da Secretaria de Direitos Humanos, uma em cada 9 pessoas no mundo tem 60 anos ou mais, e estima-se um crescimento para 1 em cada 5 por volta de 2050. Em 2012, 810 milhões de pessoas tinham 60 anos ou mais, constituindo 11,5 % da população global. Projeta-se que esse número alcance 1 bilhão em menos de dez anos, e mais, que duplique em 2050, alcançando 2 bilhões de pessoas ou 22 % da população global. Em 2050, haverá mais idosos que crianças menores de 15 anos⁷².

Segundo Nassar, a população idosa, hoje, é majoritariamente feminina. A autora aponta alguns fatores que resultaram na predominância das mulheres em idade avançada, como a redução da mortalidade maternal, resultado das melhores condições de saúde e da queda de fecundidade; a mortalidade diferencial por sexo, com diferença de sete a nove anos, favorecendo as mulheres na expectativa de vida, e o fato de que no Brasil o homem, em regra, casa-se com mulheres mais jovens⁷³.

Além disso, Nassar também considera que a predominância das mulheres na fase da velhice é devido a menor exposição aos riscos de acidentes de trabalho, menor

⁷¹ BOBBIO, Norberto. O tempo da memória: de Senectute e outros escritos biográficos. Tradução de Daniela Versiani. Rio de Janeiro: Campus, 1997, p.17.

⁷² Dados sobre o envelhecimento no Brasil. Disponível em: <http://www.sdh.gov.br/assuntos/pessoaidosa/dadosestatisticos/DadossobreoenvelhimentonoBrasil.pdf>. Acesso em 20, mar, 2016.

⁷³ NASSAR, Elody Boulhosa. Envelhecimento populacional e Previdência Social: a questão social da longevidade e o financiamento dos sistemas previdenciários, sob a ótica do princípio da solidariedade. Tese. UFPA. ICJ. 2011. p. 108.

consumo de álcool e tabaco a maiores cuidados com a saúde e busca de tratamento, sendo mais assíduas em hospitais que os homens⁷⁴. Neste cenário, destaca-se a feminização da velhice, conforme a tabela abaixo:

Tabela 1- Projeção de envelhecimento por gênero.

	2010		2020	
	Masculina	Feminina	Masculina	Feminina
Proporção de população idosa (60 e mais)	8,4%	10,5%	11,1%	14,0%
Proporção da população				
Grupos de idades				
60-64	46,4%	53,6%	45,6%	54,4%
65-69	45,2%	54,8%	44,5%	55,5%
70-74	43,2%	56,8%	42,8%	57,2%
75-79	40,2%	59,8%	39,9%	60,1%
80 ou mais	34,7%	65,3%	33,8%	66,2%
População idosa	7.952.773	10.271.470	11.328.144	15.005.250

Fonte: BRASIL. (Adaptado).

Simultaneamente, a participação da faixa com mais de 65 anos avançou de 5,9% na última década para 7,4% até 2010. O envelhecimento é reflexo do mais baixo crescimento populacional aliado a menores taxas de natalidade e fecundidade⁷⁵.

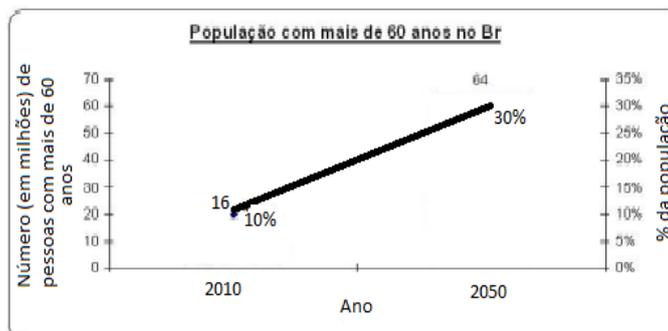
No Brasil, o envelhecimento da população brasileira é acentuado de acordo com a nova pesquisa do IBGE⁷⁶ (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), conforme se observa no gráfico a seguir:

⁷⁴ Idem, p. 109.

⁷⁵ INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Censo 2015. Disponível em <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em 30 jan. 2016.

⁷⁶ INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Censo 2015. Disponível em <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em 30 jan. 2016.

Gráfico 1 – População com mais de 60 anos no Brasil



Fonte: IBGE, Censo 2015. (Adaptado).

O IBGE registra que os idosos - pessoas com mais de 60 anos - somam 23,5 milhões dos brasileiros, mais que o dobro do registrado em 1991, quando a faixa etária contabilizava 10,7 milhões de pessoas. Na comparação entre 2009 (última pesquisa divulgada) e 2011, o grupo aumentou 7,6%, ou seja, mais 1,8 milhão de pessoas. Há dois anos, eram 21,7 milhões de pessoas⁷⁷.

2.2 A Bioética no contexto da população longeva

A população idosa no Brasil não goza de atenção e respeito devido o que acaba por subverter em todos os campos que aqueles que passam dos 60 anos no Brasil, já estão em vantagem pelo simples avançar da idade, não merecendo atenção por parte do deslocamento de recursos públicos para maior extensão da expectativa de vida.

Nesse âmbito, algumas indagações são postas em evidência diante da emergência da população longeva frente a um ambiente de escassez moderada de recursos: Quando envelhecemos, como avaliar a necessidade em saúde? Será que um idoso precisa de uma intervenção cirúrgica que tem poucas probabilidades de êxito de lhe salvar a vida? A idade avançada do paciente realmente importa? Será que uma pessoa acima de 60 anos precisa ou merece mais tratamento que um indivíduo mais

⁷⁷ Dados sobre o envelhecimento no Brasil. Disponível em: <http://www.sdh.gov.br/assuntos/pessoaidosa/dadosestatisticos/DadosobreoenvelhecimentoBrasil.pdf>. Acesso em 20, mar, 2016.

jovem? Por que? O que se considera dentro do conjunto de responsabilidades do Estado de oferecer o mínimo de saúde ao idoso? De que forma proteger o direito fundamental à saúde?

Estas questões⁷⁸ estão interconectadas, são facetas de um ponto nevrálgico que, sob o viés de algumas teorias em referência, faz alusão a dois pólos antagônicos, quais sejam: a proteção mínima⁷⁹ de uma vida digna a todos em lado oposto à realidade econômica de escassez moderada.

Os argumentos da oposição são inúmeros, os mais comuns sustentam que é preciso compatibilizar as necessidades infinitas das pessoas com a capacidade econômica do Estado de custeá-las. De fato, isso é bem verdade, mas tal argumento deve ser cuidadosamente avaliado.

Sustentam, ainda, que, caso as pretensões dos indivíduos sejam disponibilizados de forma universal e absoluta pelo Estado, ter-se-ia um custo altíssimo ao sistema, causando um desequilíbrio financeiro aos cofres públicos, ao mesmo tempo que, se imposto forçadamente para garantir o direito a um único indivíduo, frente ao orçamento público indisponível, é implementada de forma desordenada em detrimento da execução de programas de políticas públicas gerais à população.

Visando a correta alocação de recursos, essa discussão da longevidade vale a pena ser conectada com os ensinamentos de Amartya Sen e Bernardo Kliksberg, para o qual destacam em seu texto “As pessoas em primeiro lugar: a ética do desenvolvimento e os problemas do mundo globalizado”, que as chances de desfrutar a vida longa são influenciadas pela renda pessoal e pela política econômica, as quais estão intrinsecamente relacionadas, já que a primeira depende do padrão distributivo da renda nacional.

É de suma importância destacar que o estudo dos autores defendem que a renda não pode ser considerada um fator isolado para a garantia de uma vida digna à população. Eles consideram que a qualidade de vida requer boas condições físicas e sociais, como por exemplo a disponibilidade de atendimento de saúde e a natureza do

⁷⁸ A temporalidade e a morte fazem parte da condição permanente do ser humano como vulnerável, e esta consciência de vulnerabilidade aparece na velhice porque o idoso se dá conta do passar do tempo e da proximidade da morte. essas duas condições são constantes antropológicas típicas do ser humano. (JUNGES, José Roque. Bioética: hermenêutica e casuística. Reflexão bioética sobre a situação do idoso. Editores Loyola. s/d. p. 214).

⁷⁹ Não confundir proteção mínima com o mínimo de sobrevivência, mas com a garantia de um mínimo vital ou mínimo existencial. Para ver mais a respeito, verificar Nassar, *Op. cit.* 2011. p. 410-413.

seguro médico – público e privado – serviços sociais, incluindo educação básica, ordenamento da vida urbana, acesso à ciência médica moderna.

Assim, considerando a questão da longevidade, na visão dos autores, os recursos gerados pelo crescimento econômico devem ser utilizados para expandir serviços sociais relevantes, em particular o atendimento à saúde e educação, logo, a melhoria das condições de vida do idoso está diretamente ligada com o crescimento econômico, na medida das condições de acesso à assistência médica de que os sujeitos idosos necessitam.

Anand e Ravallion, em estudo comparativo entre dois países, descobriram que a expectativa de vida tem uma relação significativamente positiva com PNB *per capita*, mas que a relação funciona, sobretudo, através do impacto do PNB sobre (1) a renda especificamente dos pobres e (2) o gasto público, especificamente em saúde pública⁸⁰.

É válido dizer que a importância desse estudo para a temática em voga, justifica-se porque em alguns lugares do mundo como a Coreia do Sul e Hong Kong, têm possibilitado elevar a expectativa de vida tão rapidamente por meio do crescimento econômico, enquanto que o Brasil, apesar da rápida expansão demográfica dos idosos, dá-se de forma desordenada em detrimento das altas taxas de crescimento econômico.

Para Sen e Kliksberg, o custeio alto não deve servir de escusa para o não atendimento desse tipo de investimento em saúde pública, porque apesar da escassez moderada de recursos, os serviços mais relevantes como atendimento em saúde básica, utilizam mão-de-obra barata intensivamente, vejamos nas palavras dos autores:

Uma economia pobre pode ter menos dinheiro para gastar em atendimento de saúde e educação, mas ela também precisa de menos dinheiro para fornecer os mesmos serviços que custariam muito mais em países ricos. Preços e custos relativos são parâmetros importantes ao determinar o que um país pode gastar, se houver um compromisso político apropriado⁸¹.

Com base nestes argumentos, a capacidade econômica do Estado para o custeio da saúde pública deve ser debatida pelo campo da Bioética, especialmente porque, ao se analisar diferentes dilemas, tais como autonomia *versus* justiça combinada com equidade; benefícios individuais *versus* benefícios coletivos; a disciplina oferece subsídios teóricos de aliança concreta com o lado historicamente mais frágil da

⁸⁰ SEN, Amartya e KLIKSBURG, Bernardo. As pessoas em primeiro lugar: A ética do desenvolvimento e os problemas do mundo globalizado. São Paulo. Companhia da Letras. 2010. p. 106.

⁸¹ Idem.

sociedade, por uma ótica mais humanitária, preocupando-se em observar a realidade econômica, social e cultural em que a pessoa está inserida para uma tomada de decisão.

Pelo recorte da longevidade, vive-se em um contexto que Junges aponta como uma esquizofrenia em relação ao idoso, ao afirmar que o aumento dessa parcela da população enfrenta duas questões primordiais:

A ancianidade é, por um lado, uma questão demográfica e gerontológica que aponta para uma crescente melhoria quantitativa e qualitativa da vida dos idosos e, por outro lado, é uma questão sociocultural e econômica com a qual não se sabe lidar, porque incomoda e cria mal-estar.⁸²

Seria fácil lidar com essas questões do ponto de vista teórico, advogando que se basta para tal defender genericamente que as necessidades essenciais devem ser conferidas a todos, resolvendo-se pela alocação de recursos, como entende Krell:

Se os recursos não são suficientes, deve-se retirá-los de outras áreas (transporte, fomento econômico, serviço de dívida) onde sua aplicação não está tão intimamente ligada aos direitos mais essenciais do homem: sua vida, integridade física e saúde⁸³.

Todavia, os reclamos por justiça fundados na noção de necessidade, como critério distributivo, devem ser cuidadosamente avaliados na realidade em que as pessoas estão inseridas, especialmente quando são tomadas como justificativa para garantir o direito à saúde dos idosos, bem como adverte Walzer:

A despeito do caráter impositivo da palavra, as necessidades são enganosas. As pessoas não apenas têm necessidades, elas têm idéias sobre suas necessidades; têm prioridades, têm graus de necessidade; e essas prioridades e graus estão relacionados não apenas com sua natureza humana, mas também com sua história e cultura. Dado que os recursos são sempre escassos, escolhas difíceis têm de ser feitas. Suspeito que estas têm de ser escolhas políticas. Estão sujeitas a uma elucidação filosófica, mas a idéia de necessidade e de compromisso com a provisão pública não fornecem nenhuma determinação clara de prioridades ou graus. Claramente, não podemos e não precisamos

⁸² JUNGES, José Roque. Bioética, hermenêutica e casuística. Reflexão bioética sobre a situação do idoso, 2006, p. 208.

⁸³ KRELL, Andreas. Direitos sociais e controle judicial no Brasil e na Alemanha: os (des) caminhos de um direito constitucional comparado. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris Editor, 2002, p. 53.

atender a cada necessidade no mesmo grau ou qualquer necessidade até o último grau.⁸⁴

Esse recorte de Walzer é de suma importância para o debate, porém é necessário considerar que o autor defende, pelo viés comunista, que as escolhas difíceis devem ser escolhas políticas, que não pode servir como mote para restrição de direitos individuais, o esforço deve pender exatamente para a determinação objetiva das necessidades e graus quando se trata de compromisso com a provisão pública estatal.

Por óbvio, de modo a atender adequadamente às especificidades das necessidades em saúde, não se pode defender que o princípio da universalização ordena que o SUS possa dar conta de tudo em todos os níveis e graus.

A garantia de liberdade não pode ser confundida com uma liberdade desenfreada e qualquer idoso entender que é titular de direito de uma saúde perfeita, fazendo coro a uma cultura mercadológica que promete a realização do sonho da imortalidade física. Há que se considerar, conforme alerta Brito Filho, que a liberdade que se pretende preservar é somente aquela cujos componentes dos ideais políticos conduzam a uma sociedade justa⁸⁵.

Nestas circunstâncias, percebe-se a exigência de um critério diferenciado de seleção de pacientes para hemodiálise pelo marcador etário, enfatizando-se a despeito de se ater às características individualizadas do beneficiário, para o proveito dele individualmente e do bem que pode prover à comunidade.

Ressalta-se que em matéria de saúde não se está a defender que qualquer idoso é merecedor de prioridade, mas apenas aqueles cujas peculiaridades requeiram um cuidado especial, tendo em conta que o responsável pela seleção deve possuir um nível mínimo técnico de capacitação, a fim de apurar as necessidades individuais, sob pena do Estado ter que arcar com aquilo que as pessoas não precisam.

Conforme entende Ayres *et al*, para diversas pessoas em seus contextos e relações, constantemente em modificação, define-se, a cada momento, certo elenco de necessidades, articuladas segundo arranjos singulares de demandas, com significações e implicações que exigirão uma escuta atenta e sensível de profissionais, gestores,

⁸⁴ WALZER, Michael. Esferas da Justiça: uma defesa do pluralismo e da igualdade. Tradução de Jussara Simões. São Paulo: Martins Fontes, 2003. pp. 66-67.

⁸⁵ BRITO FILHO, José Claudio Monteiro de. *Op. cit.*, 2011, p. 17.

ativistas e formuladores de políticas públicas, assim como construção compartilhada e multifacetada de respostas, em diferentes espaços e alcances de intervenção.

Em se tratando do paciente renal crônico, um dos grandes desafios do nosso sistema de saúde é implementar as redes integrais de atenção em saúde com base na Atenção Primária, qualificando o profissional para o exercício do atributo de coordenação dos pontos de atenção especializada integrados, intercomunicantes, capazes de assegurar que a linha de cuidado integral seja plenamente articulada e forneça aos usuários do SUS uma resposta adequada que leve em conta a qualidade de vida que se quer impingir no paciente e não o tempo de sobrevida que ele provavelmente terá no gozo do tratamento.

Todavia, o critério idade é usualmente utilizado para excluir os mais velhos do gozo desse cuidado, ancorando-se na norma constitucional que atribui absoluta prioridade à vida e à saúde da criança e do adolescente, como sucede o Art. 227 da Constituição Federal.

Tem-se verificado no âmbito da medicina a aplicação distorcida do critério etário, induzindo os próprios pacientes a uma conformação de que o tratamento de um paciente renal crônico tem menor viabilidade e piores condições de recuperação entre os paciente idosos, em especial o tratamento de transplante. Tal conduta, pode privar o paciente de um tratamento que vai prolongar sua vida, consistindo em violação da ética médica e em uma conduta juridicamente reprovável.

Por isso, os dilemas éticos imprevistos em cada avanço do conhecimento médico e inovação científica especialmente se tratando de saúde, no contexto atual em que o envelhecimento populacional está em voga, não podem ser descurados do campo da bioética, na medida em que tem como objeto de estudo, a conduta humana no universo das ciências da vida e da saúde, sob a ótica dos valores e princípios morais.

Pelo conteúdo da bioética, o dever de respeito aos idosos deve ser postura desejada por unanimidade, essa postura significa um respeito a si mesmo, já que é comum de se esperar que as pessoas atinjam, pelo envelhecimento, a condição de idosos. Os idosos, ao reverso do ideário dominante, não são pessoas improdutivas à espera da morte, mas, partes integrantes e participantes de todo o processo dinâmico da vida em sociedade.

De maneira generalizada, há uma incompreensão de que o velho não é o outro, e sim, nós mesmos projetados no futuro, em caso de vida longa, ou nossos pares de maior idade que conosco já convivem nos lares, nas farmácias, nas filas bancárias, nos

coletivos urbanos, na sala de espera dos consultórios médicos, dentre outros espaços públicos. Portanto, ter consciência das necessidades dos idosos para poder atendê-las é fundamental para o bem-estar social e respeito à dignidade humana.

Em uma sociedade que atribui maior valor social aos mais jovens, argumenta-se que os mais velhos gastam mais recursos em seus tratamentos, de forma que excluí-los possibilita atenção de muitas outras pessoas com mais viabilidade de tratamento e recuperação, um pensamento sem embasamento científico e em total contraste com a dignidade da pessoa humana, tendo em conta que a vida possui um valor íntimo em todos os seres humanos, independente de sua idade.

Essa linha de reflexão não merece passar no crivo das conquistas humanitárias, se o argumento dos maiores gastos com tratamento é com os anciãos, são neles que os recursos maiores devem estar concentrados, haja vista que não podem ser sacrificados ao cálculo dos interesses sociais, conforme nos ensina a lição de Kant a cerca do valor do homem:

O homem é, duma maneira geral, todo o ser racional, existe como fim em si mesmo, não só como meio para o uso arbitrário desta ou daquela vontade. Pelo contrário, em todas as suas ações, tanto nas que se dirigem a outros seres racionais, ele tem sempre de ser considerado, simultaneamente como fim. Todos os objetos das inclinações têm somente um valor condicional, pois, se não existissem as inclinações e as necessidades que nelas se baseiam, o seu objeto seria sem valor. As próprias inclinações, porém, como fontes das necessidades, estão tão longe de ter um valor absoluto que as torne desejáveis em si mesmas, que, muito pelo contrário, o desejo universal de todos os seres racionais deve ser o de se libertar totalmente delas.⁸⁶

Apesar da atenção do constituinte priorizar os mais jovens, a melhor interpretação da carta constitucional deve ser lida em consonância com o postulado de Kant. De maneira geral, as inclinações podem se voltar aos mais jovens, o que não significa dizer que a constituição autoriza a exclusão do acesso à vida e à saúde dos idosos. Ao contrário, a própria Lei nº 10.741/2003 e o texto constitucional insculpido no Art. 230, asseguram à atenção integral ao idoso. A aplicação distorcida deste postulado, cuida de mascarar o parâmetro do valor social discriminatório em desfavor dos idosos.

Com efeito, a prática clínica que denota com clareza as necessidades em saúde é desenvolvida através da teoria principialista, desenvolvida por Beauchamp e Childress

⁸⁶ KANT. Fundamentação da metafísica dos costumes. Lisboa: 70, 1960. p 60.

em 1989. Esses autores, propuseram quatro princípios bioéticos. São eles: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça⁸⁷.

A autonomia do idoso se relaciona à autogestão na medida em que ao ser considerado uma pessoa autônoma, o idoso deverá agir livremente, de acordo com sua vontade própria, responsabilizando-se pelos seus atos. No campo da saúde, no que pertence ao tratamento, a autonomia deve ser preservada e se aplica tanto ao paciente quanto aos seus familiares.

No âmbito social, o incentivo à autonomia do idoso perpassa por um contexto em que esse indivíduo deve aprender a conviver com as limitações que as mudanças biológicas impõem, não devendo se isolar, tampouco se deixar abater; ao reverso, deve reagir com novas iniciativas e atividades, e precisa ser incentivado a isso.

Há de se reconhecer que, de acordo com a progressão da idade, a autonomia declina, não por questões isoladas, pois, fatores como os problemas decorrentes da pobreza, da falta de acesso à saúde por muitas pessoas, por economia familiar instável, por desigual distribuição de renda, em paralelo com o avançar da idade, contribuem para a incapacidade do sujeito em dar consentimento livre e esclarecido e decidir sobre a manutenção da vida.

Voltar-se à conduta humana sob o olhar da bioética favorece o desenvolvimento da autonomia do idoso, incentivando-o, tanto quanto possível, à tomada de decisão e iniciativa das demandas da vida cotidiana. Essa ideia requer programas dentro de uma distribuição de recursos que proporcionem condições de acesso à saúde e que permitam aos idosos buscar seu bem-estar, ou seja, oportunizando o idoso a buscar seu plano de vida, de forma livre e autônoma.

A respeito da promoção do bem-estar do idoso, o segundo princípio, intitulado princípio da beneficência, desponta para um dever de cuidado. Prover benefícios ao idoso é, sem dúvida, a oportunidade de obter boas condições físicas, alimentação, medicamentos e tratamento clínico.

O princípio da beneficência consiste no dever da prática médica em também buscar sempre o bem-estar do paciente, evitando danos ou riscos a vida deste e realizando procedimentos que o ajudem na enfermidade. Em síntese, o princípio da

⁸⁷ Esses princípios se tornaram vetores no campo da bioética a partir da publicação da obra *Principles of Biomedical Ethics* em 1979 pelos pesquisadores estadunidenses Tom Beauchamp e James Childress. (GARRAFA, Volnei. Apresentando a Bioética. Disponível em: <<http://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/index.php/face/article/viewFile/118/10>> 2> Acesso em: 2 abr 2015, p. 4).

beneficiência visa proporcionar os benefícios da ciência e das descobertas em seu campo, às pessoas.

Dessa forma, os profissionais da saúde agem em prol do paciente, impedindo que lhe ocorram resultados danosos, o que já denota um dever de não negligências e maus-tratos, em conexão com o terceiro princípio, o princípio da não-maleficiência, haja vista que o referido princípio se trata de um dever de não causar dano ao paciente.

Reside nesse aspecto a importância de se considerar que o idoso está em processo de diminuição da capacidade de autonomia. O Estatuto do Idoso tem um papel fundamental para coibir abusos e maus-tratos em face do sujeito idoso, ocorre que o plano normativo não se basta, há necessidade de implementação de políticas públicas de defesa e promoção dos direitos do idoso, na medida em que somente elas dão condições para a promoção da autonomia, da integração e da participação efetiva em sociedade.

Há de ser observado por fim, o princípio da justiça, o qual engloba todos os anteriores e está intrinsecamente relacionado com os deveres inerente à condição humana de igualdade, liberdade e dignidade, que despontam para uma gama de oportunidades diferenciadas de acesso a determinados bens, de modo a compensar o idoso por desequilíbrios que possa vir a ter no arranjo social excludente, quando da busca do seu bem-estar, ou seja, dentro de um arranjo permissivo de que estes sejam livres para definir e continuar a buscar seus destinos.

No viés prático, os princípios geram controvérsias desencadeadas por tais pressupostos, norteadores de enfrentamento dos desafios de uma sociedade que está envelhecendo. Uma delas, revela a crítica de que algumas condutas possam estar encobrendo um comportamento paternalista em relação ao idoso, aumentando-lhes a fragilidade, ao invés de auxiliá-los. É o caso, por exemplo, do questionamento do princípio da autonomia por Goldim, vejamos:

Os idosos devem ter preservada a garantia de reconhecimento a sua autonomia. Uma das bases teóricas utilizadas para o princípio da autonomia é o pensamento de John Stuart Mill quando afirmou que sobre si mesmo, sobre seu corpo e sua mente, o indivíduo é soberano. [...] Uma pessoa autônoma é um indivíduo capaz de deliberar sobre seus objetivos pessoais e de agir na direção desta deliberação. [...] Demonstrar falta de respeito para com um agente autônomo é desconsiderar seus julgamentos, ou omitir informações necessárias para que possa ser feito um julgamento, quando não há razões

convincentes para isto. [...] As convicções pessoais do idoso merecem ser respeitadas⁸⁸.

Essa passagem enfrenta a questão da publicidade e informações tanto quanto possível dos efeitos do tratamento de uma determinada doença, para que o sujeito seja capaz de deliberar de forma autônoma sobre as etapas do tratamento. À guisa de exemplo podemos citar o transplante de rins, o qual é uma das formas de tratamento da doença renal crônica altamente invasiva que requer o máximo de esclarecimento possível sobre os danos ao corpo, para que o sujeito da fila de espera esteja ciente dos riscos que será submetido e delibere sobre a sua aceitação ou recusa sobre essa forma de tratamento da doença.

O dever de informação livre e esclarecida ao paciente, tem o objetivo de aumentar sua autonomia da vontade nas decisões que lhe afetarem o bem-estar físico e psíquico, devendo sua decisão ser respeitada por todos, inclusive pela equipe médica. A recusa de tratamento arriscado é direito básico do paciente de não ser constrangido a ser submetido, com risco de vida, a tratamento ou cirurgia.

É defeso ao médico que não tem o devido preparo técnico, afirmar com veemência que, por razões etárias, o sujeito idoso não suportará o transplante e, que, insistir nesse procedimento, a morte será inevitável ao paciente. Agir dessa forma é contrário aos princípios bioéticos e ao código de ética médica, por negar a chance do idoso a ter uma sobrevida após o transplante. A informação livre e esclarecida é um dever e não uma faculdade.

O artigo 15 do Código Civil prevê a proteção à inviolabilidade do corpo humano, relacionando o dever da informação do paciente e a responsabilidade civil dos médicos. No mesmo sentido, o artigo 25 do Código de Ética Médica e a Resolução nº 1.154/84 do CFM determinam o dever de informar o paciente e sua família do diagnóstico e dos procedimentos que devem ser adotados. A Resolução nº 1.246/88 do CFM, em seu artigo 46, proíbe a realização de qualquer procedimento sem o conhecimento e o esclarecimento do paciente ou de seu responsável⁸⁹.

⁸⁸ GOLDIM, Jr. Bioética e envelhecimento. In: Tratado de geriatria e gerontologia. Freitas EV, Py L, Néri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM, Eds. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2002. P. 85-99.

⁸⁹ Sobre Doação de órgãos e transplante: a interpretação jurídica da lista de espera à luz dos princípios da Bioética. Disponível em: <http://raphaelatm.jusbrasil.com.br/artigos/307820593/doacao-de-orgaos-e-transplante-a-interpretacao-juridica-da-lista-de-espera-a-luz-dos-principios-da-bioetica>. Acesso em: 25 de fevereiro de 2016.

Nesse ponto, a ética do cuidado é medida que se impõe para afinar as decisões no campo da saúde. Entende-se por cuidado as formas de interação entre provedores e beneficiários das ações de saúde nas quais o horizonte normativo não se limita a qualquer predefinição de êxito técnico, isto é, quaisquer critérios a priori universais de diagnóstico de situação e correspondentes procedimentos técnicos de intervenção, mas busca qualificar e interpretar segundo o sucesso prático visado.

É válido lembrar, como já exposto no início, que não lidamos com uma teoria distante da realidade, pois tomamos por base o contexto da escassez moderada de recursos, cujo direito de apropriar-se dos bens fundamentais e reivindicá-los do Estado está pautado no critério necessidade, um requisito que perpassa por uma linha tênue, porém, facilmente de ser identificado quando estamos diante de pessoas que atingem pela idade o marcador social de vulnerabilidade e necessitam ser motivados a corrigir os efeitos discriminatórios.

A resposta concreta que se vê do agravo em saúde pela falência dos rins, especialmente em idosos, é configurada no âmbito do estigma, discriminação, desrespeito e opressão de que se revestem socialmente. Experiência que obstaculariza os projetos de felicidade, uma constatação da realidade que precisa ser pautada como prioridade na agenda das políticas públicas em total amparo aos desvalidos.

Portanto, os princípios da bioética oferecem uma referência positivamente para o tratamento diferenciado das diversas situações de vulnerabilidade dos quais os indivíduos estão envolvidos. A bioética oferece um vetor para dirimir sinergias e conflitos de decisões no âmbito da saúde pública, de modo a trabalhar dentro de um sistema de transparência e responsabilidade, para atingir um nível satisfatório de saúde a todos, envidando esforços para que o Estado cumpra com suas obrigações quando os sujeitos vulneráveis reivindicarem seus direitos.

2.3 Considerações sobre a Doença Renal Crônica (DRC)

A doença renal crônica (DRC) atinge 10% da população mundial e afeta pessoas de todas as idades, mas as pessoas de idade avançada apresentam suscetibilidade aumentada de obtenção da doença. A estimativa é que a enfermidade afete um em cada

cinco homens e uma em cada quatro mulheres com idade entre 65 e 74 anos, sendo que metade da população com 75 anos ou mais sofre algum grau da doença⁹⁰.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Nefrologia o risco de doença renal crônica, deve ser avaliado por meio de oito perguntas: Você tem pressão alta? Você sofre de diabetes *mellitus*? Há pessoas com doença renal crônica na sua família? Você está acima do peso ideal? Você fuma? Você tem mais de 50 anos? Você tem problema no coração ou nos vasos das pernas (doença cardiovascular)? Se uma das respostas for sim, a orientação é procurar um médico para diagnosticar seu estado de saúde.

Para o Ministério da saúde, a Doença Renal Crônica é um termo geral para alterações heterogêneas que afetam tanto a estrutura, quanto a função renal, com múltiplas causas e múltiplos fatores de prognóstico⁹¹. Sua nova definição, em uso desde 2002, propiciou um estagiamento da doença que independe da sua causa. A partir desta nova abordagem, ficou evidente que a DRC é muito mais frequente do que até então se considerava, e sua evolução clínica está associada a taxas altas de morbimortalidade⁹².

A Sociedade de Nefrologia referendou a definição de DRC proposta pela *National Kidney Foundation Americana* (NKF), em seu documento *Kidney Disease Outcomes Quality Initiative* (K/DOQI), que se baseia nos seguintes critérios:

- 1 - Lesão presente por um período igual ou superior a três meses, definida por anormalidades estruturais ou funcionais do rim, com ou sem diminuição da filtração glomerular (FG), evidenciada por anormalidades histopatológicas ou de marcadores de lesão renal, incluindo alterações sanguíneas ou urinárias, ou ainda de exames de imagem;
- 2 - $FG < 60ML/min/1,73m^2$ por um período igual ou superior a três meses com ou sem lesão renal⁹³.

Desta forma, a DRC é definida pela lesão no parênquima renal (com função renal normal) e/ou pela diminuição funcional renal presentes por um período igual ou superior a três meses. Com base nesta definição, foi proposta a classificação (estagiamento) para a DRC⁹⁴, apresentada na Tabela 2.

⁹⁰ Cif. Sítio eletrônico da Sociedade Brasileira de Nefrologia. 2015.

⁹¹ Diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com doença renal crônica drc no sistema único de saúde. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_clinicas_cuidado_paciente_renal.pdf. Acesso em 30, jan, 2016.

⁹² ROMÃO JÚNIOR, João Egídio. Doença Renal Crônica: Definição, Epidemiologia e Classificação. Brazilian Journal of Nephrology. vol. 26, nº 3, jun-set. 1994. p.01.

⁹³ Diretrizes Brasileiras de Doença Renal Crônica. Journal Bras Nefrol. 2004;26 (Supl 1): S1-S49. p. 249.

⁹⁴ BASTOS, M. G.; BREGMAN, R.; KIRSZTAJN, G. M. Doença renal crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável. Rev. Assoc Méd Bras 2010; 56:248-53. p. 249.

Tabela 2 - Estagiamento da DRC proposta pelo grupo de trabalho do K/DOQI

Estágio	Descrição	FG*
1	Lesão renal com FG normal ou aumentada	≥90
2	Lesão renal com FG levemente diminuída	60-89
3	Lesão renal com FG moderadamente diminuída	30-59
4	Lesão renal com FG severamente diminuída	15-29
5	FFR** estando ou não em terapia renal substitutiva	< 15

*FG = Filtração glomerular em mL/min/1,73m². ** FFR = Falência funcional renal⁹⁵

Fonte: BASTOS, M. G. et al. 2011. p. 249.

É importante ressaltar que quando a FG atinge valores muito baixos, inferiores a 15 mL/min/1,73m², estabelece-se o que se denomina de falência funcional renal - FFR, ou seja, o estágio mais avançado do *continuum* de perda funcional progressiva observado na DRC⁹⁶.

Hoje o Brasil conta com 200 milhões de pessoas e, em razão da incidência crescente do número de portadores de DRC, o país já se tornou o terceiro maior mercado de hemodiálise do mundo. O prognóstico é ruim e os custos do tratamento da doença são altíssimos.

Os gastos para manutenção dos programas de Terapia Renal Substitutiva, como hemodiálise, diálise peritoneal e transplante renal, consomem 2 bilhões de reais por ano e o número de usuários está próximo dos 120.000, o que corresponde a mais de 10% de todo o orçamento do Ministério da Saúde. Do total desses serviços, 93% são financiados pelo SUS; outros 7% resultam de convênios e particulares⁹⁷. O Ministério da Saúde destaca que o número de serviços de hemodiálise passou de 483, em 2004, para 702, em 2014. De acordo com a pasta, os investimentos no setor em 2015 totalizaram R\$ 2,57 bilhões⁹⁸.

Ainda assim, os recursos destinados são insuficientes para implementar a política integral ao portador de DRC, instituída na portaria de nº 38 do ministério da Saúde em 1994 e a mais recente portaria de nº 1168/GM de 2004, haja vista que existem pessoas avolumando as filas de espera para o tratamento de terapia renal substitutiva.

⁹⁵ Vale salientar que a maioria das diretrizes definem a FFR como: 1) GG menos que 15 mL/min/1,73m², a qual é acompanhada frequentemente por sinais e sintomas de uremia ou 2) a necessidade de início de terapia de substituição da função renal (diálise ou transplante).

⁹⁶ BASTOS, M. G.; BREGMAN, R.; KIRSZTAJN, G. M. Doença renal crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável. Rev. Assoc Méd Bras 2010; 56: 248-53. p. 249.

⁹⁷ Sítio eletrônico da SBN/CENSO, 2011.

⁹⁸ SBN. 2015.

Além disso, o modelo de atendimento hospitalocêntrico e curativista não proporciona resolutividade ao problema de saúde de grande magnitude dos pacientes renais crônicos. Para que esse modelo de atenção à saúde seja concretizado é necessário investir na melhoria da qualidade da atenção oferecida à população, aperfeiçoando o acolhimento dos usuários, incentivando a responsabilização dos profissionais e equipes de saúde pelo cuidado aos usuários e integrando os serviços através das linhas de cuidado e maior articulação entre os níveis do sistema local de saúde.

É essencial que a equipe de saúde avalie o usuário integralmente, visto que as doenças crônicas estão associadas a fatores de riscos ligados aos seus hábitos de vida e contextos sociais, garantindo-lhes o acesso e o cuidado longitudinal, mercendo destaque com àqueles que apresentam suscetibilidade aumentada e estão no rol dos grupos de risco, objetivando o diagnóstico precoce para retardar a progressão da doença, tais como:

1. Hipertensos: A hipertensão arterial é comum na DRC, podendo ocorrer em mais de 75% dos pacientes de qualquer idade;
2. Diabéticos: Os pacientes diabéticos apresentam risco aumentado para DRC e doença cardiovascular e devem ser monitorizados frequentemente para a ocorrência da lesão renal;
3. Idosos: A diminuição fisiológica da FG e, as lesões renais que ocorrem com a idade, secundárias a doenças crônicas comuns em pacientes de idade avançada, tornam os idosos suscetíveis a DRC;
4. Pacientes com doença cardiovascular (DCV): A DRC é considerada fator de risco para DCV e estudo recente demonstrou que a DCV se associa independentemente com diminuição da FG e com a ocorrência de DRC;
5. Familiares de pacientes portadores de DRC: Os familiares de pacientes portadores de DRC apresentam prevalência aumentada de hipertensão arterial, Diabetes *mellitus*, proteinúria e doença renal⁹⁹.

Cumprido destacar que todo paciente pertencente ao chamado grupo de risco para desenvolver a doença renal crônica, deve ser submetido a exames periódicos para averiguar a presença de lesão renal (análise de proteinúria) e para estimar o nível de função renal a cada ano.

Os principais sintomas da doença renal crônica são falta de apetite, cansaço, palidez cutânea, inchaços nas pernas, hipertensão arterial de moderada a severa, fraqueza, cansaço e emagrecimento, edema no corpo e coceira, anorexia, náuseas, vômitos e gastrite, aumento da micção urinária com maior volume urinário noturno e urina com sangue ou espumosa, anemia severa que não responde ao tratamento por

⁹⁹ BASTOS, M. G. *Ib. Idem.* 2010. p. 249.

sulfato ferroso e alteração dos exames plasmáticos com urina superior a 150mg% e a creatinina maior que 6mg%.

As recomendações das entidades médicas para reduzir o risco ou para evitar que o quadro se agrave incluem manter hábitos alimentares saudáveis, controlar o peso, praticar atividades físicas regularmente, controlar a pressão arterial, beber água, não fumar, não tomar medicamentos sem orientação médica, controlar a glicemia quando houver histórico na família e avaliar regularmente a função dos rins em casos de diabetes, hipertensão arterial, obesidade, doença cardiovascular e histórico de doença renal crônica na família.

Dados da literatura indicam que portadores de hipertensão arterial, de diabetes *mellitus*, ou história familiar para doença renal crônica têm maior probabilidade de desenvolverem insuficiência renal crônica. Os riscos podem ser médio ou elevados (Ver quadro 1).

QUADRO 1- Risco para DRC.

Risco para Doença Renal Crônica	
Elevado	Hipertensão arterial Diabetes mellitus História familiar de DRC
Médio	Enfermidades sistêmicas Infecções urinárias de repetição Litíase urinária repetida Uropatias Crianças com < 5anos Adultos com > 60 anos Mulheres grávidas

Fonte: ROMÃO JÚNIOR. 2004.

Neste sentido, o tratamento dos pacientes com DRC requer o reconhecimento de aspectos distintos, porém relacionados, que englobam a doença de base, o estágio da doença, a velocidade da diminuição da FG, bem como identificação de complicações e comorbidades, particularmente as cardiovasculares.

Como as duas principais causas de insuficiência renal crônica são a hipertensão arterial e o diabetes *mellitus*, são os médicos clínicos gerais que trabalham na área de atenção básica à saúde que precisam detectar os portadores de disfunção renal. Ocorre que, os portadores de disfunção renal leve apresentam quase sempre evolução progressiva, insidiosa e assintomática, dificultando o diagnóstico precoce da disfunção renal, por esse motivo que a DRC é considerada uma doença silenciosa.

Dessa forma, pouco se sabe sobre a prevalência, a morbidade e a mortalidade da doença renal crônica em estágios mais iniciais no Brasil o que revela um grave problema, se considerarmos que a detecção precoce da doença renal e condutas terapêuticas apropriadas para o retardamento de sua progressão pode reduzir o sofrimento dos pacientes e os custos financeiros associados à DRC.

Assim, a capacitação, a conscientização e vigilância do médico de cuidados primários à saúde são essenciais para o diagnóstico e encaminhamento precoce ao nefrologista e a instituição de diretrizes apropriadas para retardar a progressão da DRC, prevenir suas complicações, modificar comorbidades presentes e preparo adequado ao tratamento conservador ou uma terapia de substituição renal, como a diálise ou transplante¹⁰⁰.

Segundo Bastos *et al*, estudos recentes indicam que os desfechos indesejados podem ser prevenidos ou retardados se a DRC for diagnosticada precocemente e as medidas nefro e cardioprotetoras implementadas de imediato¹⁰¹.

2.4. A fila de espera para o tratamento de DRC à luz dos Princípios da Bioética.

Quando os rins adoecem e perdem sua capacidade de realizar as tarefas do corpo para o qual foram programados, não há como revertê-lo. Resta apenas realizar alguns cuidados para desacelerar a progressão da doença, quando detectado a destruição de 90% da capacidade funcional do rim, os 10% restantes, pouco poderão fazer para manter o corpo humano potencialmente produtivo, pois os rins são órgãos fundamentais para manter a homeostase do corpo humano.

A avaliação do estágio funcional do rim é importante para incluir o sujeito na classificação de risco, utilizada na tomada de decisão no que diz respeito ao encaminhamento para os serviços de referências e para o especialista. Para fins de organização do atendimento integral ao paciente com DRC, o tratamento deve ser classificado em conservador, quando nos estágios de 1 a 3, pré-dialítico quando no nível 4 ou não dialítico e 5 passando para a terapia renal substitutiva.

O tratamento conservador consiste em controlar os fatores de risco através de dieta e medicamentos para retardar a progressão da DRC, com o objetivo de conservar a

¹⁰⁰ ROMÃO JUNIOR, *Op. cit.* 1994. p.01.

¹⁰¹ BASTOS, M. G.; BREGMAN, R.; KIRSZTAJN, G. M. Doença renal crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável. *Rev. Assoc Méd Bras* 2010; 56: 248-53. p. 249.

função renal pelo maior tempo de evolução possível. A pré-diálise, consiste na manutenção do tratamento conservador, bem como no preparo adequado para o início da TRS em paciente com DRC em estágios mais avançados.

Nesse estágio mais avançado da doença considerada doença renal crônica terminal, o avanço da medicina possibilitou duas modalidades de terapia de substituição renal, a diálise ou transplante, os quais retardam a morte do paciente pela falência renal e melhoram sua qualidade de vida.

O transplante, tecnicamente denominado de alotransplante¹⁰², trata-se de implantação, através de intervenção cirúrgica no paciente renal crônico, rins saudáveis oriundos de doadores vivos ou *post mortem*. Exige, entretanto, uma série de exames e supervisão médica, para determinar compatibilidade entre doador e receptor, bem como minimizar as chances de rejeição do organismo receptor do novo rim transplantado.

O tratamento dialítico consiste em um processo mecânico e artificial que substitui a função dos rins, podendo ser dividido em dois procedimentos: hemodiálise e diálise peritoneal. A diálise fará a função de limpar o sangue das impurezas acumuladas no corpo, um procedimento pelo qual as substâncias tóxicas são eliminadas através de uma membrana filtrante, sendo ela do rim artificial no caso da hemodiálise, ou do peritônio no caso da diálise peritoneal.

O rim artificial tem a mesma capacidade de um rim humano, todavia o rim sadio trabalha 24h do dia, enquanto que o tratamento de hemodiálise é realizado em clínicas ou centros hospitalares, do qual o sujeito realiza a sessão que em média dura 4h ao dia, durante três sessões semanais, no caso da hemodiálise, ou a diálise peritoneal que pode ser realizada em casa com a mesma duração.

No caso da hemodiálise, em razão da ausência diária ou semanal de 156h de depuração das substâncias tóxicas, haja vista, como dito, que o paciente realiza três sessões por semana, perfazendo um total de 12h semanais de terapia, muitos estudos têm se debruçado para avaliar qual a forma mais eficaz do tratamento.

É válido considerar que todas as modalidades de tratamento trazem benefícios e limitações, cabe ao profissional em conjunto com o paciente e familiares, uma avaliação

¹⁰² Há quatro espécies de transplantes: (a) xenotransplante: utiliza-se órgão ou tecido de outras espécies para substituir o do ser humano; (b) autotransplante, o doador e o receptor é a mesma pessoa, extirpando órgão e tecido de uma parte do corpo para posterior implantação em outra; (c) isotransplante, no qual o doador e o receptor possuem características genéticas idênticas, como os gêmeos univitelinos, apresentando maior grau de compatibilidade; e (d) alotransplante, que é o transplante mais comuns, no qual doador e receptor são da mesma espécie, mas não possuem características genéticas idênticas. SÁ, Maria de Fátima Freire de. **Biodireito e direito ao próprio corpo**: doação de órgãos, incluindo o estudo da Lei n. 9.434/97. Belo Horizonte, MG: Del Rey, 2000.

conjunta, de acordo com o diagnóstico da doença, para uma indicação do tratamento que cause o menor dano possível ao paciente e dê a ele o conforto necessário para conviver com a DRC.

O grande dilema vivido pelo paciente e pelo médico é quando este último indica um tratamento que o poder público não dispõe de vaga nos centros de tratamento ou pela escassez de órgãos para transplante, impossibilitando a intervenção cirúrgica, logo, as filas de espera são impostas como única alternativa para os pacientes.

Quanto a modalidade de tratamento de transplante, a Lei nº 9.434/97, modificada pela Lei nº 10.211/01, que regulamenta a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento, sua redação tenta responder os dilemas entre as garantias individuais, quais sejam, liberdade, dignidade da pessoa humana e indisponibilidade da vida e da saúde, permitindo a disposição gratuita dos rim em vida ou após a morte do doador, para realizar transplante ou tratamento, sendo que o sangue, esperma e óvulos não estão compreendidos.

Na doação de órgãos e tecidos *post mortem* é imprescindível o diagnóstico da morte encefálica, conforme disposto pela Resolução nº 1.480/97 do Conselho Federal de Medicina, devendo tal morte ser declarada por médicos que não integram a equipe de remoção e transplante, bem como ser comunicada pela instituição hospitalar à Central de Notificações, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO) de seu Estado.

A morte encefálica é declarada quando o indivíduo apresenta cessação irreversível das funções cardíaca e respiratória ou cessação irreversível de todas as funções de todo o encéfalo, incluindo o tronco cerebral, atestado mediante laudo que acompanham os exames alusivos ao diagnóstico de morte encefálica, devendo os relatórios de procedimentos cirúrgicos referentes ao transplante permanecer em arquivos da instituição por no mínimo cinco anos.

O Sistema Nacional de Transplante é regulamentado pelo Decreto nº 2.268/97, com competência para captar e distribuir órgãos, coordenando os transplantes e romovendo a inscrição de pacientes em potencial para receber mencionados transplantes, de onde surgiu a lista única de espera¹⁰³.

O sistema da lista única para ser transplantado é organizado pela Secretaria de Saúde de cada Estado, podendo ser nacionais e regionais. Entretanto, a distribuição dos

¹⁰³ SIGNORINI, Terezinha de Jesus de Souza. Transplantes de órgãos e tecidos e a funcionalização do corpo: uma análise à luz do direito brasileiro, In: MEIRELLES, Jussara (coord.). *Biodireito em discussão*. Editora Juruá, 2007.

órgãos e tecidos tem caráter estadual e, na hipótese de um órgão ser captado, mas não ser transplantado no estado de origem, é verificada a existência de um receptor compatível na região. Em caso negativo, o órgão é disponibilizado na fila nacional de espera.

A lista única possui indicações necessárias para localizar rapidamente o receptor e verificar a compatibilidade, de acordo com a ordem de inscrição na lista para cada tipo de órgão, tecido ou parte do corpo, podendo ser desrespeitada caso os exames apontem incompatibilidade entre doador e o receptor¹⁰⁴.

As listas se diferenciam de acordo com o órgão ou tecido, por exemplo, para córnea (tecido) a lista é única, e a posição em lista obedece a data de cadastramento do paciente junto à Central de Notificação Captação e Distribuição de Órgãos, já para os órgãos sólidos (rim, fígado, coração, pulmão e pâncreas) a lista de espera é subdividida conforme os grupos sanguíneos (A, B, AB e O)¹⁰⁵.

O número de pessoas que aguardam um órgão é crescente a cada dia. O sistema de saúde brasileiro é marcado pela precariedade no atendimento à população potencializado pelas dificuldades devido ao reduzido número de doadores, o tempo de espera na fila é indeterminado, podendo chegar a 10 anos.

Independentemente da doença de base, os principais desfechos em pacientes com DRC são as suas complicações (anemia, acidose metabólica, alteração do metabolismo mineral e desnutrição), decorrentes da perda funcional renal, e FFR que levam o paciente a óbito, principalmente por estar associada a causas cardiovasculares.

Em regra, enquanto os pacientes estão cadastrados na fila única de espera para o transplante, deveriam estar realizando hemodiálise. Todavia, de acordo com o sítio eletrônico da SBN, somente 7% dos municípios brasileiros têm clínicas de diálise e o número de necessitados supera o número de leitos disponíveis. Na tentativa de organizar todo o sistema de saúde que engloba o tratamento do doente renal crônico mais uma fila de espera é medida que se impõe à população que carece de tratamento¹⁰⁶.

Em 2011, existiam 91.314 indivíduos em tratamento dialítico no Brasil, o que correspondente à prevalência de 475pmp¹⁰⁷. De acordo com Pinho *et al*, existe um

¹⁰⁴ *Idem*, 2007.

¹⁰⁵ *Ibidem*, 2007.

¹⁰⁶ Consultar sítio eletrônico da SBN, para maiores informações da falta de vagas para hemodiálise e diálise peritoneal no país.

¹⁰⁷ SESSO, R. C. C.. *Et. al.* Chronic dialysis in Brazil: report of the Brazilian dialysis census, 2011. *J Bras Nefrol* 2012;34:272-7. Disponível em: <http://jbn.org.br/detalhe_artigo.asp?id=1483> Acesso em: 28. jan. 2016.

número de pacientes em terapia renal substitutiva muito inferior ao de países desenvolvidos¹⁰⁸.

Uma explicação para tal discrepância pode ser a baixa participação dos centros de diálise no censo, porém, a hipótese mais alarmante repousa sobre o precário acesso aos serviços de saúde, haja vista que 50 a 70% dos brasileiros que têm doença renal crônica terminal morrem sem usufruir de qualquer modalidade de tratamento¹⁰⁹.

Contudo, de acordo com o Censo Brasileiro de Diálise publicado em 2012, o número de pacientes com DRC no Brasil praticamente duplicou na última década, passando de 42.695 em 2000 para 91.314 em 2011 com uma taxa de 475 pmp, com mais de 28.000 novos pacientes ao ano iniciando terapia renal substitutiva.

A situação atual desse Sistema de saúde é dramática, pois cresce a cada dia o número de pacientes necessitados do programa de diálise. Dados da SBN informam que nos últimos 15 anos, aumentou em 300% o número de pacientes no Brasil, porém, o número de clínicas aumentou em apenas 34%.

Nesse intertício temporal, 76 clínicas de diálise fecharam ou pediram descredenciamento do SUS, pois o custeio do tratamento é baixo para manutenção dos serviços. Desde 2012, o valor do reembolso do poder público às clínicas de sessão de hemodiálise está congelado¹¹⁰, em total descompasso com a manutenção do espaço físico uma vez que a economia do país em crise afeta diretamente o acesso ao tratamento de saúde.

Neste cenário, cujos insumos e equipamentos utilizados são importados, a alta do dólar encarece a manutenção dos equipamentos, além de que o custo de energia aumentou de forma exorbitante no período. Um custo calculado pela ABCDT em 2014 era de R\$ 253,00, sendo que à época, o valor pago pelo SUS às clínicas privadas por cada sessão de hemodiálise se dava de forma inadequada, em média, R\$ 179,00.

¹⁰⁸ PINHO, N. A; SILVA, G. V.; PIERIN, A. M. G. Prevalência e fatores associados à doença renal crônica em pacientes internados em um hospital universitário na cidade de São Paulo, SP. [internet]. J Brasil Nefrol 2015; 37 (1): 91-97.

¹⁰⁹ BASTOS, M. G. et al. *Ib idem*. 2011. p. 249.

¹¹⁰ Acessar sítio eletrônico da SBN: www.sbn.org.br.

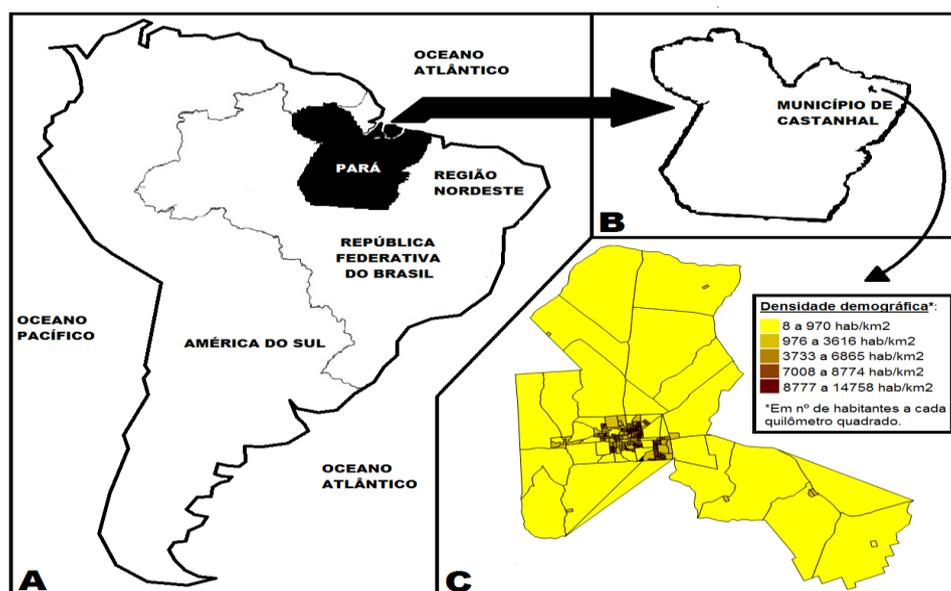
3. O MUNICÍPIO DE CASTANHAL E A SAÚDE PÚBLICA

Esse texto versará sobre alguns aspectos gerais do município de Castanhal, que corresponde a uma das áreas de ocupação mais antigas do estado, remontando ao período de colonização. O município se localiza na região nordeste paraense, dista a 68 quilômetros da capital do Estado do Pará, está entre as cinco principais cidades do Estado e figura como cidade polo da região Nordeste do Pará. A metodologia utilizada trouxe dados geográficos e geopolíticos, por dialogar sobre um município relativamente jovem, sendo a sua organização datada de 1932, e com uma população total de 189.784 habitantes, segundo o Censo Demográfico do IBGE de 2015. Por fim, vai tratar da rede de atendimento e relacionar as demandas por saúde pública no contexto da região nordeste paraense.

3.1. Localização e Histórico

O município de Castanhal localiza-se, no nordeste do Estado do Pará (Brasil) (Figura 2)¹¹¹, integrando a Messorregião da Região Metropolitana III do Estado e dista a 68 km do município de Belém, capital estadual, conforme se vê na ilustração a seguir:

Figura 1 – Localização município de Castanhal



Fonte: IBGE, 2013 (Adaptado).

¹¹¹ Cartograma da localização do Brasil e do Estado do Pará no contexto da América do Sul (A), destacando a posição relativa do Município de Castanhal no estado (B) e o grau de ocupação humana no município (C), de acordo com os setores de análise do Censo Populacional de 2010 (IBGE, 2013). (Representação aproximada, sem escala definida, com dimensões proporcionais).

A origem do município de Castanhal é atribuída a um povoamento de colonos e imigrantes nordestinos. O principal eixo de ocupação territorial da região se deu com a fundação de núcleos populacionais ao longo da Estrada de Ferro Belém-Bragança, além da formação de uma malha fundiária tipicamente de minifúndio por pequenos produtores rurais.

Sendo uma das mais dinâmicas regiões do estado até a década de 1960, sofreu importantes impactos com a desativação da Estrada de Ferro e construção das rodovias BR 316 e BR 010, uma vez que grande parte da economia da região girava em torno do abastecimento da capital do estado por meio da via férrea, contudo, Castanhal se caracteriza como município da região nordeste paraense com mais intensas atividades agrícolas.

Existem duas versões que tentam explicar a origem do nome Castanhal. A primeira delas, diz respeito ao fato de que, apesar da área em questão nunca ter sido no passado e nem se caracterizar nos dias de hoje, como uma área onde seja frequente a ocorrência de castanheiras, o nome do Município foi criado em homenagem a essa espécie vegetal.

A segunda, remete-se à época da construção da estrada de ferro que ligava Belém a Bragança, em que uma das suas estações ficou localizada sob a sombra de uma frondosa castanheira e, a partir daí, o local foi batizado como Castanhal, constituindo-se em núcleo urbano.

Nos registros históricos do Município, encontra-se a informação de que, no dia 6 de junho de 1899, o povoado original foi elevado à categoria de Vila, mediante a promulgação da Lei nº 646, quando ainda era parte integrante do município de Belém, acontecendo sua instalação, como tal, no dia 15 de agosto de 1901. As fontes históricas referem-se ao fato de que, quatro anos mais tarde, o território da vila de Castanhal foi reincorporado ao município de Belém, dando-se cumprimento à disposição contida na Lei nº 957, do dia 1º de novembro de 1905¹¹².

Os relatos históricos mais recentes dão conta de que Castanhal ganhou a sua autonomia municipal no dia 28 de janeiro de 1932, mediante a Lei nº 600 reconhecendo-se como seu primeiro prefeito o Comandante Francisco Rodrigues de

¹¹² Relatório de Estatísticas Municipais. Núcleo de Disseminação da Informação, Comunicação e Suporte de Decisão. IDESP. Governo do Pará. 2014.

Assis. No ano de 1934, dois anos após a promulgação da Constituição do Município, foi criada a Comarca de Castanhal.

A reordenação dos quadros da divisão territorial do Estado, realizada nos anos de 1936 e 1937, assim como o anexo ao Decreto-Lei Estadual nº 2.972, de 31 de março de 1938, reconhecem a existência do município de Castanhal e lhe outorgam, como patrimônio, as áreas de sua sede, mais as de Apeú, Anhangá e Inhangapi.

No ano de 1943, em virtude da nova reordenação político-administrativa do Estado, o Decreto-Lei Estadual nº 4.505, promulgado para começar a vigorar a partir do ano de 1944, fez com que o município de Castanhal perdesse os territórios de Anhangá (hoje, São Francisco do Pará) e Inhangapi que se emanciparam¹¹³. Os mesmos passaram a constituir-se em novos municípios paraenses. Desde esse momento, o município de Castanhal passou a contar, unicamente, com dois Distritos: Castanhal (sede) e Apeú.

A população estimada de Castanhal, alcança 189.784 habitantes (IBGE, 2015). De acordo com o Plano Estadual de Saúde do Pará, o município é mais populoso da região metropolitana III do Estado, que alcança 22 municípios, dentre os quais: Aurora do Pará, Capitão Poço, Curuçá, Garrafão do Norte, Igarapé-Açú, Inhangapi, Ipixuna do Pará, Irituia, Mãe do Rio, Magalhães Barata, Maracanã, Marapanim, Nova Esperança do Piriá, Paragominas, Santa Maria do Pará, São Domingos do Capim, São Francisco do Pará, São João da Ponta, São Miguel do Guamá, Terra Alta e Ulianópolis¹¹⁴.

De tais habitantes, 47.114 estão abaixo da linha de pobreza, a população economicamente ativa na faixa etária de 30 a 64 anos é de 24,97%, seu índice de analfabetismo apresenta 7,8% e 1,9% a faixa etária de 15 a 24 anos, 7,2% de 25 a 59 anos e de 60 anos e mais, 29%, sendo que o grau de instrução de Nível Fundamental Completo/Médio Incompleto alcança 16,4% e Nível Médio Completo/Superior é de 18,4%¹¹⁵.

A respeito da longevidade, os habitantes que se aproximam da velhice ou são idosos, vêm aumentando nas últimas três décadas (Ver Tabela 3)¹¹⁶.

¹¹³ Relatório de Estatísticas Municipais. Núcleo de Disseminação da Informação, Comunicação e Suporte de Decisão. IDESP. Governo do Pará. 2014.

¹¹⁴ Plano Estadual de Saúde, 2012.

¹¹⁵ idem

¹¹⁶ Relatório de Estatísticas Municipais. Núcleo de Disseminação da Informação, Comunicação e Suporte de Decisão. IDESP. Governo do Pará. 2014.

Tabela 3 - População por faixa etária (últimas três décadas)

Faixa Etária	1991	2000	2007	2010
50 anos a 69 anos	7.681	11.849	15.487	19.055
70 anos e mais	2.066	3.355	4.143	5.220

Fonte: IBGE. Elaboração: Idesp/Sepof. (Adaptado).

O que é corroborado com os dados de indicadores demográficos de envelhecimento no município de Castanhal, conforme tabela 4.

Tabela 4 - Indicador demográfico de envelhecimento – Castanhal (Pa)

Indicadores	1980	1991	2000	2010
Índice de envelhecimento	7,39	7,96	10,83	17,05

Fonte: IBGE. Elaboração: Idesp/Sepof. (Adaptado).

Observa-se que na última década, houve um crescimento considerável de 6,22% de idosos no município de Castanhal. Este aumento está em consonância com o Relatório Mundial de Saúde e Envelhecimento¹¹⁷, cujo número de pessoas com mais de 60 anos no país projeta crescimento muito mais rápido do que a média internacional. Enquanto a quantidade de idosos vai duplicar no mundo até o ano de 2050, ela quase triplicará no Brasil e Castanhal deverá acompanhar essa aceleração da população idosa.

3.2. Saúde no município de Castanhal

Na área da saúde, a cidade oferece todos os níveis de atendimento. Possui hospitais privados e públicos, com profissionais diversos lotados na área da saúde, atendendo a demanda de pacientes locais e regiões vizinhas. Os estabelecimentos de saúde pública da rede municipal são administrados pela secretaria municipal de saúde, que aponta como um dos principais problemas para a falta de acesso à saúde pública dos municípios, o atendimento da população das regiões vizinhas e a falta de médicos especializados no atendimento das demandas.

¹¹⁷ Cif. Relatório Mundial de Saúde e Envelhecimento. Organização Mundial da Saúde (OMS). 2015.

expandir o Programa da Saúde da Família, 26 municípios não possuem qualquer médico de família e 4 municípios não tem um único profissional, com ou sem especialidade. O governo federal quer aumentar a taxa de médicos para 2,5/mil habitantes até 2020, mas essa meta é desafiadora haja vista que nem atingiu a meta primeira.

O médico nefrologista, que é a especialidade médica que trata dos problemas clínicos e tratamento dos rins somente é observado entre os profissionais de saúde no município de Castanhal, na quantia de 02 na esfera pública do município de Castanhal¹¹⁹.

Essa relação é sentida negativamente na população do município. O fato é que com o envelhecimento da população, haverá um aumento contínuo de pessoas idosas com doença renal crônica, mas a conjuntura não permite boas condições de acesso de saúde, denotando um fator negativo aos pacientes, tendo em conta que a maioria dos pacientes com doença renal crônica chega aos nefrologistas tardiamente, já com menos de 30% da função dos rins, uma fase que pouco pode ser feito para tentar impedir o avanço da doença em direção à hemodiálise.

A disponibilidade de atendimento de saúde e a natureza do seguro saúde – tanto público quanto privado – estão entre as influências mais importantes na vida e na morte desses pacientes. Da mesma forma o são outros serviços sociais, como o acesso ao conhecimento médico moderno em comunidades idosas.

¹¹⁹ Mesmo com salários que chegam a R\$ 33.500,00, como o de uma prefeitura no Amapá, muitas cidades não conseguem atrair profissionais e ficam boa parte do ano sem médicos para atender a população. Entre as causas deste cenário, está a excessiva concentração de faculdades de medicina nas capitais, a falta de infraestrutura para a prática médica nas cidades do interior, as dificuldades de reciclagem e aperfeiçoamento fora dos grandes centros e o afastamento do mercado de trabalho na região nativa do profissional. Sem atacar estes pontos-chaves, o esforço do governo pode não surtir o efeito desejado – e pode, inclusive, aumentar o problema. Por este motivo, o CFM acredita que a solução passe pela implantação do plano de carreira do médico do SUS semelhante à de promotores, juízes e militares. Desta forma, o médico recém-contratado é mandado para o interior com a certeza de melhores salários e um retorno à capital após alguns anos. A proposta já foi discutida anteriormente, mas não foi adiante no congresso nacional. (PAOLINO, Bruno. *Idem*. 2009).

Tabela 5 - Número de Ocupações de Saúde, Segundo Município 2010-2013.

Esfera	2010	2011	2012	2013
Médico	399	399	276	263
Odontólogo	50	50	64	65
Enfermeiro	101	101	105	97
Fisioterapeuta	21	21	32	28
Fonoaudiólogo	10	10	24	23
Nutricionista	6	6	10	11
Nefrologista	1	1	1	1
Farmacêutico	26	25	27	13
Assistente Social	8	10	14	13
Psicólogo	18	23	26	28
Auxiliar de enfermagem	124	123	120	116
Técnico de Enfermagem	66	56	74	74
TOTAL	1.197	1.042	1.163	1.138

Fonte: DATASUS/jMS. SIDESP/SEPOF. (adaptado).

Trabalhadores de saúde em números (Tabela 5) possuem direta responsabilidade de tornar acessíveis dados e informações relevantes, possibilitando ao gestor, seja ele federal, estadual ou municipal, compreender e intervir na realidade organizacional das instituições de saúde, na perspectiva de definir critérios de inserção no mercado de trabalho em saúde, especialmente em uma conjuntura de importantes transformações científicas, tecnológicas, econômicas, sociais e culturais.

Desta forma, é latente a necessidade de incrementar políticas públicas de promoção e proteção à saúde ao idoso, assim como formar profissionais da saúde que tenham os conhecimentos fundamentais a respeito das peculiaridades do envelhecimento, como mudanças físicas, sociais e psíquicas, para que melhores condições de saúde e cuidado sejam oferecidas a essa população.

3.3. Rede de atendimento ao usuário com DRC em Castanhal

Embora a equidade na saúde como conceito tenha um alcance e uma relevância extremamente ampla e que a igualdade não se resume apenas ao acesso à saúde, muito menos ao enfoque ainda mais restrito do acesso aos serviços de saúde¹²⁰, na presente pesquisa a atenção se limita ao atendimento de usuários na clínica de Nefrologia de Castanhal, em razão da dispersão dos portadores de doença renal crônica que estão fora

¹²⁰ SEN, Amartya; KLIKSBURG, Bernardo. As pessoas em primeiro lugar: a ética do desenvolvimento e os problemas do mundo globalizado. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. p. 74.

da cobertura de atendimento, pouco se obteve notícia de tais casos, exceto com a busca nos casos judicializados e com a associação local dos pacientes renais crônicos.

A Clínica de Nefrologia de Castanhal é privada com credenciamento ao SUS (figura 4), a qual foi instalada em 04 de dezembro de 2009. Sua prestação de serviço abrange assistência a pacientes em caso de intercorrências relacionadas ao processo de diálise, incluindo mecanismos que garantem a continuidade da atenção quando há necessidade de remoção.

Figura 3 - Clínica de Nefrologia do município de Castanhal.



Fonte: Registro da autora. 2016.

Em se tratando da logística de âmbito local, a Secretaria Estadual de Saúde Pública (Sespa) planeja ampliar o convênio de acordo com a melhoria da infraestrutura do espaço no município de Castanhal, que atualmente conta com 26 máquinas, porém, para atender a demanda dos munícipes, que se eleva na fila de espera, está em construção uma nova clínica que irá atender um maior número de pacientes.

A fila de espera é um drama sentido por aqueles que necessitam de terapia renal substitutiva. A situação de doença, tratamento e hospitalização costuma acarretar reações emocionais específicas que advêm das agruras desta vivência de crise, consistindo, portanto, em uma situação de emergência física e psicológica, onde sofre além do doente renal crônicos, seus familiares.

À guisa de exemplo, vale mencionar o único caso registrado que se teve notícia no judiciário de Castanhal a respeito do pleito de vaga. Uma idosa ajuizou demanda em

julho de 2015, na 1ª Vara Cível da Comarca de Castanhal em face do Município¹²¹, pleiteando a vaga de hemodiálise na referida Clínica da Nefrologia,

Verificou-se na petição inicial que o itinerário para busca do direito à saúde pela idosa perpassou por uma via dificultosa, haja vista que a mesma foi diagnosticada com a doença em 2012, mas o acesso aos serviços de saúde ofertados pelo SUS foram insuficientes para o tratamento da sua doença, conforme se vê no relato dos fatos a seguir expostos:

A requerente, residente neste município, é portadora de diversas doenças, dentre as quais a INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA (CID N.18.O), em caráter irreversível (incurável), é a mais preocupante. Quando descobriu a doença em 2012, a requerente se submeteu a retirada do rim esquerdo, bem como ao tratamento conservador do rim direito, consistente em realizar consultas com a especialista em nefrologia Dra. Rosalba Bastos (CRM/PA 4772) na Clínica de Nefrologia de Castanhal, espaço credenciado pelo poder público para tratar de pessoas acometidas pela doença renal, conforme se vê no agendamento e receituário em anexo (doc. 5 e 6, fl. __ e __). Em razão das consultas serem de difícil acesso pelo SUS de Castanhal, pois demorava cerca de 8 (oito) meses para a requerente ser atendida, a idosa se submeteu a dar continuidade do seu tratamento no Município de Belém, consistente em consultas periódicas de 4 (quatro) em 4 (quatro) meses. Lá, a requerente foi acompanhada na Clínica Uro-nefro, com médica especialista Dra. Sílvia da Cruz Migone (CFM/PA nº 5355), que realizava a leitura técnica dos exames laboratoriais e recomendava a ingestão de medicamentos para controle de pressão arterial receitados por cardiologista, conjuntamente com a alimentação regrada indicada por nutricionista. Com esses cuidados, a requerente conseguiu retardar a progressão da doença por cerca de 2 (dois) anos.

Há que se considerar que em um acompanhamento de 8 em 8 meses com a nefrologista que o SUS ofertou à paciente, pouco se pôde orientar de forma eficaz um tratamento conservador acerca da doença renal crônica, haja vista que nesse intertício temporal, repousa a hipótese de que caso outra modalidade de tratamento como as terapias de substituição renais fossem indicadas, a paciente não gozaria da oportunidade de ser livremente esclarecida a respeito e ter a oportunidade de seu tratamento adequado, podendo vir a óbito.

Entretanto, esse precário acesso às consultas ainda não foi o maior drama vivido pela paciente, pois o relatório dos fatos demonstra ainda que, quando chegou o

¹²¹ Processo de nº 0036086-36.2015.8.14.0015 em curso na 1ª Vara Cível da Comarca de Castanhal

momento que recebeu indicação médica pela modalidade de terapia renal substitutiva, o poder público não dispunha de leito na Clínica de Nefrologia de Castanhal à paciente, fazendo a mesma percorrer a via judicial para o despertar da secretaria de saúde acerca de seu caso individualizado, conforme trecho a seguir registrado na petição inicial:

Ao retornar na Clínica Uronefro em setembro de 2014, a médica nefrologista insistiu com a autora que sua fístula já se encontrava pronta para dialisar e ela teria que buscar um leito no município que reside o mais breve possível, pois sabia que as condições clínicas que a requerente apresentava, corroborado com o contexto social e o avançar da idade, o deslocamento rotineiro Belém/Castanhal contribuiria para a progressão da doença e rapidamente a idosa viria a óbito.

A defesa elaborada pela procuradoria do município, limitou-se a justificar a falta de atendimento por restrição de vaga à idosa, sob alegação de que os direitos sociais encontram limites de ordem orçamentária, haja vista ter o município recursos financeiros limitados, devendo satisfazer o maior número de pessoas possíveis. Salientou que a Secretaria de Saúde controla a fila única de espera para os necessitados do tratamento de hemodiálise, e disponibiliza vaga de acordo com a ordem cronológica de inscrição, conjuntamente com a classificação de risco feita pelo médico nefrologista.

De fato, verificou-se altos custos de manutenção do espaço de nefrologia. Em consulta ao portal eletrônico do Fundo Nacional de Saúde, somente no mês de janeiro de 2016, o Ministério da Saúde repassou à clínica, o valor de R\$ 425.780.76, para pagamento da cobertura de atendimento no mês anterior¹²². Conforme levantamento de dados do SISREG¹²³, um paciente com DRC para o município possui um custo mensal médio de R\$ 2,4 mil.

Apesar da justificativa de ordem orçamentária, o curioso é que no mês seguinte que a ação foi demandada em face do Município, a vaga para hemodiálise foi disponibilizada à idosa supostamente de forma espontânea pelo poder público, embora tenha ocorrido após citação do processo judicial em tela. Frisa-se que antes da demanda judicial, a idosa havia provocado por vários meios o poder público para garantir seu direito à saúde, sem ter alcançado seu pleito de forma pacífica.

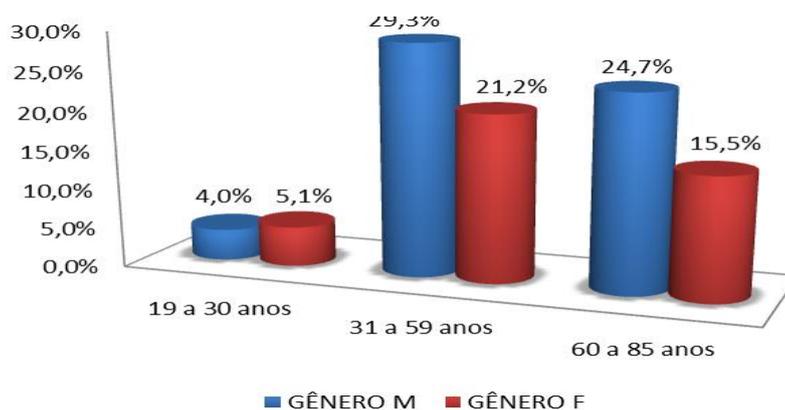
¹²² Disponível em: <<http://fns.saude.gov.br/visao/consultarPagamento/pesquisaDetalhadaAcao.jsf>> Acesso em 26 de fevereiro de 2016.

¹²³ Sistema interno que contém o banco de dados do pacientes em tratamento de hemodiálise e monitoramento da fila de espera. Dados coletas pela pesquisa em entrevista com a Coordenadora do Controle e Avaliação da SESMA – Município de Castanhal, Sra. Maria Helena Jacques de Mont Serrat.

A respeito do universo local de atendimento, conforme se observa no gráfico 2, a clínica de nefrologia de Castanhal atende mensalmente, em média, um total de 174 pacientes. Identificou-se 70 idosos em tratamento de hemodiálise, representando 40,2% dos casos de DRC no município.

A presente pesquisa indica a existência de um número significativo de indivíduos entre 31 a 59 anos (50,5%) com DRC, que representa a população economicamente ativa. Nessa faixa etária, o gênero masculino (29,3%) é mais expressivo que o gênero feminino. A faixa etária entre 19 a 30 anos representam 9,1% dos atendimentos gerais da clínica de nefrologia do município de Castanhal, nesta faixa etária a DRC no gênero feminino é de (5,1%) e no gênero masculino (4,0%).

Gráfico 2 - Distribuição da faixa etária e gênero da totalidade de pacientes com DRC atendidos na clínica de nefrologia de Castanhal (Pa).



Fonte: Elaboração própria

Com base na análise do relatório de acompanhamento aos pacientes e o monitoramento da fila de espera de Hemodiálise, constante nos documentos acostados à peça de contestação, pôde-se perceber várias inconsistências de dados, verificou-se que, no ano de 2013 tinham 96 pacientes em fila de espera e neste ano de 2016, 68.

A inferência imediata é que Castanhal não está notificando caso a caso no sistema de acompanhamento, deixando uma margem interpretativa de que a diminuição do número de paciente se deve ao óbito ou transferência de local de atendimento, haja vista que o relatório indica que a vaga é disponibilizada de acordo com a morte de pacientes ou mudança de residência e o relatório registrou apenas 3 mortes nesse

intertício temporal, sem informar o que ocorreu com os demais pacientes nesta contagem.

Ao investigar sobre o itinerário dos demais portadores de doença renal crônica fora da cobertura do tratamento na referida clínica em associação local, o presidente da associação dos pacientes renais crônicos de Castanhal, Sr. Normancelio Vidal, destacou que “existe uma burocracia enorme para incluir o paciente na fila de espera, é necessário que se faça uma bateria de exames atestando a necessidade, acompanhada de laudo médico”.

Muitas das vezes, relata o presidente da associação, “o setor responsável se nega de incluir pacientes de outros municípios na fila de espera, necessitando que eu vá no estabelecimento cobrar a inclusão dos pacientes para que se conste o monitoramento pela Sespa”. Isso evidencia claramente que a fila não é um bom parâmetro para se medir a quantidade de pacientes necessitados do tratamento em Castanhal, haja vista que existe uma manipulação da inclusão dos pacientes pelo poder público.

Evidencia-se com isso, que o critério de necessidade utilizado para a disponibilização da vaga é subjetivo e conta com a manipulação de agentes da administração pública que, sequer, têm conhecimento da área médica, posto que essa inclusão é controlada por funcionária do setor administrativo da Secretaria de Saúde.

A necessidade como critério distributivo da vaga de hemodiálise precisa ser avaliada pelo setor médico, tão somente, especialmente quando são tomadas como justificativas garantidoras do direito à saúde de forma equânime, mas que acabam por subverter o critério de justiça discutida na presente análise.

A interpretação que se extrai do relato do entrevistado, Sr. Normancelio Vidal de Santana, é que como não se tem um estagiamento da doença explícito no laudo, a administração tem uma margem de discricionariedade de indicar o paciente mais debilitado, o que foge ao foco da valorização do indivíduo, sobrepondo alguns interesses obscuros, mais ou menos como se foi referido por Walser em capítulo anterior, a respeito das prioridades e escolhas políticas sobre a provisão pública.

Esse pensamento, apesar de ser compatibilizado com o pensamento liberal em alguns aspectos, em termos gerais, foge ao foco da valorização do indivíduo singularmente considerado. Ora, as doenças se manifestam de maneira individualizada na vida das pessoas, o ideal é que se busque medidas de zerar a fila de espera, mas com efetiva inclusão dos pacientes no tratamento adequado, para que o poder público não se

escuse com falsas medidas justas de atendimento à população, nem sob a hipótese de ordem orçamentária.

Em algumas situações, as diferenças entre as pessoas são muito sistemáticas, como no caso dos contrastes de gênero, ou nas diferenças de faixa etária. Sen *apud* Williams observa, “qualquer que seja o grupo social a que se pertence, os sobreviventes irão, aos poucos, melhorar suas chances de conquistar um turno equitativo, e à medida que suas perspectivas melhoram, as ponderações da equidade ligadas a elas devem declinar.”¹²⁴

De acordo com Sen, quanto a verdade que a equidade na saúde se subordina a considerações de equidade na distribuição de recursos, pode-se neste aspecto começar reconhecendo que o estado de saúde de uma pessoa é influenciado por diversos fatores, que vão além dos sociais e econômicos. Uma abordagem adequada de política para a saúde tem de levar em conta uma verdade de outros parâmetros, como deficiências pessoais, predisposição individuais a doenças, riscos epidemiológicos de regiões específicas, influência de variações climáticas, entre outras.¹²⁵

É ainda importante registrar que o autor concebe que uma teoria apropriada da equidade na saúde deve dar a estes fatores o que lhes é devido dentro da disciplina da equidade na saúde. Em geral, ao se conceber as políticas de saúde (ou capacidades e liberdades correspondentes) e a igualdade na distribuição do que podem ser genericamente chamados de recursos de saúde.

Embora estes tenham relevância, defende – através de considerações sobre o processo – que é a igualdade em realizações da saúde de que ocupa o território central da equidade em geral e da equidade na saúde em particular¹²⁶.

Isso não significa ignorar os critérios gerais para as medidas coletivas que o Estado pretende prestar, ao contrário, é nelas que as políticas devem focar para evitar caos social de saúde pública que o país vive, o que não pode ocorrer é a inobservância das situações específicas de cada um.

Em se tratando de medidas coletivas, pode-se observar de acordo com a tabela 9, a DRC em idosos é mais representativa na primeira década da velhice. A faixa etária mais representativa é em idosos com idade entre 60 e 65 anos (47,1%) e de 66 a 70 anos

¹²⁴ SEN, Amartya e KLIKSBURG, Bernardo. As pessoas em primeiro lugar: A ética do desenvolvimento e os problemas do mundo globalizado. São Paulo. Companhia da Letras. 2010. p. 89.

¹²⁵ SEN, Amartya e KLIKSBURG, Bernardo. As pessoas em primeiro lugar: A ética do desenvolvimento e os problemas do mundo globalizado. São Paulo. Companhia da Letras. 2010. p. 86.

¹²⁶ *Idem*.

(27,1%) respectivamente, predominantemente no gênero masculino com 43 idosos (61,4%).

Este resultado pode ser considerado devido a filtração glomerular começar a cair entre 0,08ml por ano¹²⁷, a partir dos 40 anos, com isso, aumenta a vulnerabilidade do sistema renal e o paciente perde a capacidade de manter a homeostase renal com o avanço da idade.

Tabela 5 - Distribuição da faixa etária dos Pacientes com DRC do Setor de HD. Castanhal (Pa).

Variáveis	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	n	%
60 a 65 anos	21	30,0%	11	15,7%	33	47,1%
66 a 70 anos	13	18,5%	6	8,5%	19	27,1%
71 a 75 anos	5	7,1%	4	5,7%	9	12,8%
76 a 80 anos	3	4,2%	4	5,7%	7	10,0%
81 a 85 anos	1	1,4%	1	1,4%	2	2,8%
TOTAL	43	61,4%	26	37,0	70	100%

Fonte: Elaboração própria.

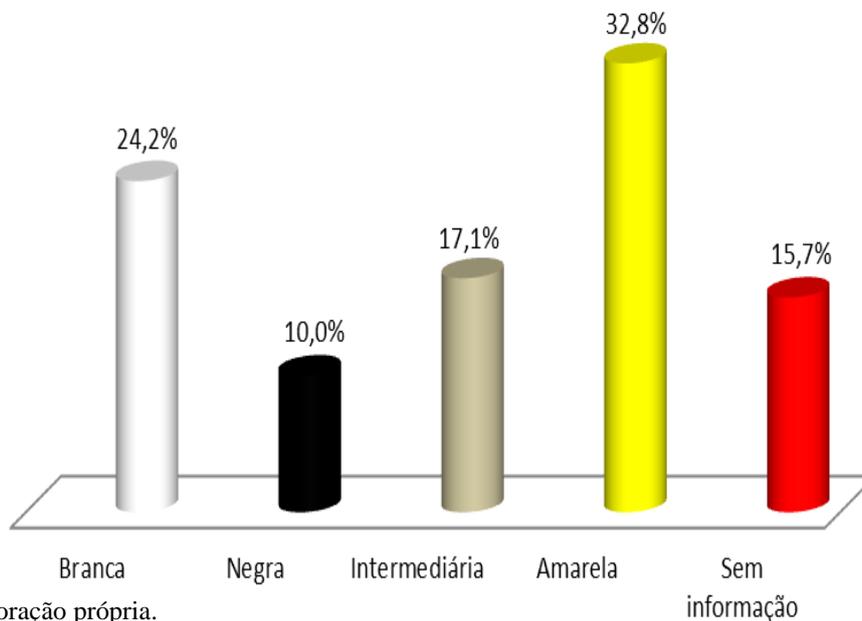
A questão da diferença entre gêneros para Sen, ilustra um problema mais geral, ou seja, o de que as diferenças na expectativa de vida ajustada pela qualidade não precisam dar a justificativa para ignorar as exigências de não haver discriminação em certos campos fundamentais de vida, o que inclui a necessidade de cuidados médicos para enfermidades tratáveis.

A “cor ou raça/etnia” faz parte das características das pessoas assim como gênero e idade. Desde os anos 90, praticamente todos os levantamentos oficiais coletam este dado, de acordo com o sistema classificatório do IBGE. Uma importante providência a ser tomada para melhorar a qualidade da informação “cor ou raça/etnia” é a padronização da classificação e do método de identificação, ou seja, todos os formulários devem conter as mesmas categorias de “cor ou raça/etnia” e a mesma maneira de abordar o(a) usuário(a). Atualmente, o método oficial, recomendado, é o mesmo empregado pelo IBGE¹²⁸.

¹²⁷ OLIVEIRA, C. S.; SILVA, E.C.; FERREIRA, L.W; SKALINSKI, L.M. Perfil dos pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico. Revista básica de enfermagem, Salvador, v.29, n.1 p. 47, jan/mar. 2015.

¹²⁸ Desde o censo de 2000, o IBGE utiliza nas pesquisas sobre cor ou raça/etnia da população brasileira cinco categorias: 1. Cor BRANCA 2. Cor PRETA 3. Cor PARDA 4. Cor AMARELA 5. Raça/Etnia INDÍGENA. Brasil, Centro de Referência e Treinamento DST/aids Como e para

Gráfico 3 - Distribuição da raça dos Pacientes idosos com DRC do Setor de HD. Castanhal (Pa).



Fonte: Elaboração própria.

Os resultados com relação a “cor ou raça/etnia” autorreferidas identificam 17 (24,2%) idosos brancos com DRC, 7 (10,0%) negros; 12 (17,1%) idosos de cor intermediária, 23 (32,8%) de cor amarela e 11 (15,7%) não possuíam informações.

É importante ressaltar que nenhuma dessas cores é utilizada, nas informações em saúde, com sentido pejorativo ou com intenção de discriminar qualquer um dos grupos étnicoraciais. Essas informações possui a intenção de melhorar a qualidade dos serviços de saúde, para elaborar políticas públicas e identificar as doenças e agravos predominantes nos diferentes grupos que compõem a nossa sociedade¹²⁹.

Os resultados demonstram idosos de cor amarela têm o índice de 32,8% como o maior grupo de idosos com DRC, seguidos da cor branca 24,2% e da cor negra 17,1%. Deve-se considerar que doenças como a hipertensão, anemia falciforme, diabetes *mellitus*; são mais frequentes na população negra (cores preta e parda).

Quanto a escolaridade dos idosos com DRC (Ver tabela 10), identificou-se que 3 (4,2%) possuem ensino fundamental completo, 32 (45,7%) ensino fundamental

que Perguntar a Cor ou Raça/Etnia no Sistema Único de Saúde? Série: Prevenção às DST/aids. 2009.

¹²⁹ BRASIL, Centro de Referência e Treinamento DST/aids Como e para que Perguntar a Cor ou Raça/Etnia no Sistema Único de Saúde? Série: Prevenção às DST/aids. 2009.

incompleta, 5 (7,1%) ensino médio completo, 2 (2,8%) ensino superior completo, 6 (8,5%) não alfabetizados e 22 (31,4%) não possuíam informações.

Pela condição de vulnerabilidade e fragilidade em que o idoso se encontra, a questão do envelhecimento populacional requer inevitavelmente do Estado, estrutura e assistência em maior escala.

Tabela 6 - Perfil de escolaridade dos idosos portadores de DRC em tratamento hemodialítico Castanhal (Pa).

Escolaridade	n	%
Ensino fundamental completo	3	4,2
Ensino fundamental incompleto	32	45,7
Ensino médio completo	5	7,1
Ensino superior completo	2	2,8
Não alfabetizados	6	8,5
Sem informação	22	31,4

Fonte: Elaboração própria.

Observa-se nos resultados de escolaridade dos idosos, a maior representatividade de ensino fundamental incompleto 45,7%. Considerando que 57% dos idosos possuem apenas escolaridade na educação básica, pode-se inferir considerando a faixa etária dos idosos que os mesmos possam ser aposentados e/ou com baixa renda.

A DRC não traz impedimentos de atividades ou trabalhos, porém, para os pacientes idosos em tratamento de hemodiálise no município é bastante relevante como doença incapacitante, pois conduz o paciente a adequar-se a uma nova maneira de vida, o que deve trazer limitações para a maioria dos idosos.

Nesse estudo, em relação ao que foi determinado nas variáveis anteriores, observa-se que os resultados sobretudo de escolaridade, permite fazer uma associação significativa entre a menor escolaridade com menor nível socioeconômico com determinadas doenças, como por exemplo, doenças cardiovasculares, diabetes *mellitus*, entre outras. Ou seja, se confirma a máxima de quanto melhor a situação socioeconômica, melhor a saúde do indivíduo.

Concorda-se, o nível de escolaridade é uma situação que interfere diretamente sobre as orientações recebidas. Desta forma, a baixa escolaridade dos idosos com DRC no município de Castanhal, pode interferir na compreensão e conhecimento sobre o tratamento, patologia e decisão para o transplante, o que torna o tratamento mais desafiador.

Estes resultados, corroboram com o identificado quanto à etiologia da DRC¹³⁰ nos pacientes idosos do município de Castanhal, conforme tabela 7:

Tabela 7- Perfil socioeconômico e demográfico dos portadores de DRC em tratamento hemodialítico. Castanhal (Pa).

Etiologia	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
DM	12	17,1	4	5,7	16	22,8
HAS	12	17,1	6	8,5	18	25,7
DM e HAS	0	0,0	1	1,4	1	10,0
Glomerulonefrite	8	11,4	4	5,7	12	17,1
Rins policísticos	1	1,4	0	0,0	1	10,0
Etiologia desconhecida	0	0,0	1	1,4	1	10,0
Sem informação	12	17,1	12	17,1	24	34,2
Total	42		28		70	

Fonte: Elaboração própria.

Analisando a tabela 7, verifica-se que a HAS, correspondente a 18 (25,7%) do diagnóstico base dos idosos com DRC, 16 (22,8%) DM, 1 (10,0%) DM e HAS, 12 (17,1%) glomerulonefrite, 1 (10%) rins policísticos. Apenas 1 (10%) com etiologia desconhecida e 24 (34,2%) sem informações.

A Glomerulonefrite representa 17,1%, um dado preocupante, já que afirmam-se que as doenças glomerulares foram durante muito tempo, a principal causa de doença renal crônica terminal. Apesar de ainda responderem por um número relevante dos casos, a crescente prevalência de DM e HAS colocam tais morbidades, atualmente, como as principais causas da DRC.

Ainda, conforme tabela 8, verifica-se que a maioria dos pacientes com DRC, que fazem tratamento hemodialítico na unidade em estudo estão em tratamento no período de 2 (34,2%) a 4 (30%) anos.

¹³⁰ Uma classificação de doença pode ser definida como um sistema de categorias atribuídas a entidades mórbidas segundo algum critério estabelecido. Existem vários eixos possíveis de classificação e aquele que vier a ser selecionado dependerá do uso das estatísticas elaboradas. Uma classificação estatística de doenças precisa incluir todas as entidades mórbidas dentro de um número manuseável de categorias. Nesta pesquisa, utilizou-se o diagnóstico básico dos pacientes, classificando conforme Código Internacional de Doenças. (*Cif.* Organização Mundial da Saúde. CID-10/ Organização Mundial da Saúde; tradução Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. 8ed. – São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2000).

Tabela 8 - Tempo de tratamento dos idosos com DRC em hemodiálise - Castanhal (Pa).

Tempo de tratamento	N	%
Até 1 ano	21	30,0
1 – 2 anos	19	27,1
2 – 3 anos	24	34,2
3 – 4 anos	21	30,0
4 – 5 anos	18	25,7
5 – 6 anos	13	16,5
≥ 7 anos	4	5,7

Fonte: Elaboração própria.

Tendo em vista a sua relevância do idoso com DRC, o princípio da dignidade da pessoa humana não pode ter sua finalidade restringida simplesmente à natureza humana no sentido subjetivo, pois, indubitavelmente, pressupõe uma finalidade muito maior, na medida em que a dignidade da pessoa humana fundamenta a existência dos direitos fundamentais.

Desta forma, a recomendação prática da justiça distributiva de forma benevolente no campo administrativo a fim de se evitar uma demanda judicial que, por vezes, tardam a dar uma resposta satisfatória aos necessitados em razão da morosidade do judiciário, o que deveria ser hipótese descartada.

Mas, há de se destacar que se a medida judicial for necessária como última *raccio*, a mesma deve ser incentivada para que não haja conformação ideológica quando se vislumbrar uma conduta reiterada do ente político de negação dos direitos fundamentais sociais, evitando-se que a maioria da população passe a crer que tal situação é natural, correta e imutável.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como desfecho das questões apresentadas, constata-se que o aumento da expectativa de vida exige maior atenção com a população idosa, por parte dos profissionais de saúde e do governo, quanto aos problemas de saúde e outros agravos que surgem nessa faixa etária.

A despeito do caráter impositivo da conduta estatal em preservar a dignidade da pessoa humana, pela razões já expostas, nas circunstâncias da atenção com os pacientes renais crônicos idosos, o critério idade deve preterir os mais velhos. Não há um critério justo definidor de que uma pessoa que possui condições de viver por muitos anos, mas ao estar acometido por doença renal crônica e em razão do alto custo para mantê-lo no tratamento adequado ao seu caso, deva morrer para poupar mais recursos à sociedade.

Refuta-se tal argumento utilitarista, pois, sob esse prisma, além de ferir a dignidade humana, não garante que um número maior de indivíduos jovens serão beneficiados a ter uma vida igualmente longa e saudável, ou seja, não se pode mensurar objetivamente o quão uma pessoa pode ter qualidade de vida em termos quantitativos e qualitativos com o acesso à saúde. Assim, tal critério transgride os direitos humanos, razão pela qual deve ser alvo de total repúdio.

A importância social e econômica da DRC e a complexidade do aparato institucional e tecnológico necessário à atenção aos usuários do SUS, nos remetem ao desafio que envolve a definição de uma política de atenção especialmente voltada às pessoas idosas com DRC no Brasil.

Um atendimento especializado com os idosos com DRC é uma providência que urge ser tomada, haja vista se constituírem em um grupo que necessita de tratamento diferenciado, tanto que gozam de proteção especial na Constituição Federal. Para tanto, é cogente que se apliquem medidas que visem a concretização material dos direitos sociais dos idosos.

Trata-se de supor que a legislação constitucional, foi escrita por indivíduos representativos na “posição original” de Rawls e a elaboraram com a devida cautela de que se alguns deles ocuparem, por exemplo, o papel futuro de um idosos com doença renal crônica necessitado do tratamento pelo SUS, daí, imprescindível que o arranjo institucional os atendam perante as situações difíceis apontadas nesta pesquisa, como o

custeio do elevado sistema de saúde pública e um padrão mínimo de saúde que deve ser respeitado.

Para macular sua conduta infringente ao art. 6º da CF, constatou-se que o Estado oferta a uma pequena parcela dos munícipes de Castanhal e regiões vizinhas o acesso ao tratamento de hemodiálise, pois disponibiliza em média 179 vagas em um universo municipal que conta com 189.874 mil habitantes sem considerar que é pólo de atendimento das regiões no seu entorno.

Destas vagas, 70 são ocupadas por idosos, em sua maioria, do gênero masculino. Os dados assinalam a necessidade de atenção às mulheres, pois além de serem maioria no município, as doenças de base mais prevalentes para a ocorrência de DRC têm aumentado nesse grupo populacional, carecendo, portanto, de investigação pelos motivos da não incidência desse grupo feminino no quadro de pacientes da Clínica de Nefrologia de Castanhal.

Ao analisar a fila de espera para hemodiálise em Castanhal, verificou-se que houve uma diminuição do número de inscritos de 2013 a 2016 de 96 para 68 pacientes, mas isso não aponta eficiência no atendimento, ao contrário, 03 pessoas nesse intertício temporal morreram, sem a oportunidade de serem tratadas da doença. Além disso, a pesquisa trouxe informações que existe dificuldade de muitos pacientes de serem inclusos na lista única de espera por serem de outros municípios, o que denota um desrespeito às regras de equidade.

A lógica adotada pelo município é pela teoria utilitarista e, em certos momentos de decisão pelo atendimento prioritário, pelo viés comunitarista, haja vista que dificilmente se verifica as situações particularizadas dos indivíduos. O que se observou é que as atenções com a DRC, restringem-se quase que exclusivamente ao seu estágio mais avançado – diga-se ao terminal do paciente, quando se necessita de terapia renal substitutiva. Contudo, a evolução da DRC depende da qualidade do atendimento ofertado muito antes da ocorrência da falência funcional renal e não há nenhuma ação preventiva que abarque a todos.

Foi detectado que a saúde no município não é levada a sério, em desrespeito àqueles que necessitam de assistência médica para sobreviver. O poder público não nega que as vagas são restritas e pouco faz para modificar a realidade dos que aguardam vaga na fila de espera para dialisar, justificando sua postura com base na carência de recursos públicos, fato que foi observado em caso judicializado na Comarca de

Castanhal, em alegações de que existe um teto de custeio para a nefrologia e que o poder público tem trabalhado de acordo com suas possibilidades financeiras.

Ademais, mesmo alegando que o município não é omissos e nem insensível às situações particularizadas de cada indivíduo, ao consultar dados de controle de entrada e saída dos pacientes da fila única de espera para adentrar no quadro da Clínica de Nefrologia de Castanhal, o relatório apresentou uma planilha com dados precários dos pacientes, apenas com nome, telefone, endereço e data de inscrição no sistema, sem qualquer informação sobre o estado clínico do paciente, em total falta de zelo com os pacientes em estágio periclitante.

Tudo isso demonstra que o SUS não consegue atender ao que se propõe na Carta Constitucional do país, muito há que ser feito para o alcance do atendimento de uma vida mais digna e satisfatória dentro das possibilidades da medicina no plano fático. A teoria de Rawls é um caminho para atender os anseios por uma vida boa às pessoas, com o seu modelo capaz de estabelecer um ambiente que atenda a todos de forma equânime.

Em se tratando dos pacientes renais crônicos idosos, é necessário direcionar o olhar sensível à saúde de forma ampla, a contar das medidas preventivas, pois o futuro reserva uma projeção em larga escada à longevidade de muitos brasileiros, e pode ser que qualquer sujeito em sua idade avançada estará naquela condição de necessidade de cobertura do Sistema Único de Saúde, mas não consiga ser atendido em suas peculiaridades, logo, a proteção da dignidade humana não passará apenas de mero discurso desprovido de praticidade.

Curioso é observar a parcimônia com que o poder público tem tratado uma questão tão grave de saúde, não se tem notícias da discussão da temática por movimentos sociais ou audiências públicas promovidas pelos indivíduos representativos na Câmara Legislativa Municipal, isso demonstra o quanto é aceito a política utilitarista sem maiores questionamentos no seio social, comumente a responsabilidade é atribuída ao ente estatal e, este, por sua vez, ao ministério da saúde em âmbito federal.

Constatou-se que a consequência prática da alocação de recursos à saúde de forma limitada na vida dos pacientes idosos no município de Castanhal é fragmentada, no sentido de que o acesso é desorganizado nos pontos de atenção à saúde pela péssima comunicação dos entes governamentais em consequência, são incapazes de prestar ação continuada, logo, caso esteja no rol da fila de espera por hemodiálise ou até mesmo fora dela e necessite de atendimento terá que contar com a sorte para ser incluído.

Portanto, a população longeva de Castanhal não tem muito o que comemorar pelos anos a mais que a vida lhe concedeu, caso esteja nessa condição de paciente renal crônico. Uma realidade que só será modificada com a inclusão da proposta da pesquisa de incluir o liberalismo de princípio como modelo institucional para sustentar uma política de saúde que abarque a todos, especialmente as camadas mais vulnerabilizadas, como é o caso dos idosos, que, hodiernamente, carecem de apoio institucionalizado.

Como sugestão de mudança dessa realidade e alocação responsável de recursos à saúde aos pacientes renais idosos no município de Castanhal, o trabalho propõe um olhar sensível nas medidas de prevenção em todas as idades, observar mais ainda àqueles primeiros cinco anos do ingresso na fase idosa de vida dos sujeitos acometidos por HAS e DM, visando evitar sua evolução para doença renal crônica, bem como aumento do repasse de custeio para a cobertura de tratamento daqueles que já estão acometidos da DRC.

Espera-se, com isso, que a garantia do direito fundamental à saúde do idoso não resulte apenas do seu reconhecimento como pessoa vulnerável, mas, conjuntamente, do fruto da sua contribuição para a sociedade, durante todo o espaço de uma vida longínqua, algo que, sob nenhuma hipótese, pode ser olvidado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BANDEIRA DE MELLO, C. A. Eficácia das normas constitucionais sobre Justiça Social. *Revista de Direito Público*, ns. 57/58..

BASTOS, M. G.; BREGMAN, R.; KIRSZTAJN, G. M. Doença renal crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável. *Rev. Assoc Méd Bras* 2010; 56:248-53.

BEAUVOIR, Simone de. *A Velhice*. Tradução de Maria Helena Franco Monteiro. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BOBBIO, Norberto. *O tempo da memória: de Senectute e outros escritos autobiográficos*. Tradução de Daniela Versiani. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

BOFF, Leonardo. Saber cuidar ética do humano. Disponível em: http://www.dhnet.org.br/direitos/militantes/boff/boff_eticahumana.html. Acesso: 01.abr. 2015.

BRASIL, CF. 1988.

BRASIL, Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS. *Como e para que Perguntar a Cor ou Raça/Etnia no Sistema Único de Saúde?* Série: Prevenção às DST/aids. 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.160 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

BRITO FILHO, José Claudio Monteiro de. **Ações Afirmativas**. Ltr: São Paulo, 2012.

_____. Direito fundamental à saúde: propondo uma concepção que reconheça o indivíduo como seu destinatário. *Revista A Leitura*, Vol. 5, n. 9 (nov.2012). Belém: ESM/PA, 2012, p. 148.

CAMARGO, [Marcela Adari](#). Doação de órgãos e transplante: A interpretação jurídica da lista de espera à luz dos princípios da bioética. Artigo. 2016. Disponível em: << <http://madari.jusbrasil.com.br/artigos/307380896/doacao-de-orgaos-e-transplante-a-interpretacao-juridica-da-lista-de-espera-a-luz-dos-principios-da-bioetica>. Acesso em: 25 de fev. de 2016.

CARVALHO, J. Murilo de. *Cidadania no Brasil: o longo caminho*. 7. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.

DALLARI, Sueli Gandolfi. Direito Sanitário. In ARANHA, Marcio Iorio (Org.) *Direito Sanitário e Saúde Pública*. v. I Coletânea de Textos. Brasília DF: 2003.

Diretrizes Brasileiras de Doença Renal Crônica. *Journal Bras Nefrol*. 2004;26(Supl 1):S1-S49.

Discurso de promulgação da Constituição proferido por Ulysses Guimarães na sessão de 05 de outubro de 1988. Disponível em: http://apache.camara.gov.br/portal/arquivos/Camara/internet/plenario/discurso/escreven_dohistoria/constituente198701988/pdf/Ulysses%20Guimaraes%20%20DISCURSO%20%20REVISADO.pdf. Acesso em 04 abr. 15.

FARIAS, M. A. O direito à saúde no Brasil na visão do liberalismo de princípios de Rawls, Dworkin e Amartya Sen. Artigo, mar/2015. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/37039>> Acesso em: 26 de jan. 2016.

FORETTE, Françoise. **A revolução da longevidade**. Tradução de Mariana Jacob. São Paulo: Globo, 1998.

GARGARELLA, Roberto. **As teorias de justiça depois de Rawls**: um breve manual de filosofia política. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

GARRAFA, Volnei. Apresentando a Bioética. Disponível em: <<http://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/index.php/face/article/viewFile/118/102>> Acesso em: 2 abr 2015.

GOLDIM, Jr. Bioética e envelhecimento. In: Tratado de geriatria e gerontologia. Freitas EV, Py L, Néri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM, Eds. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Censo 2015. Disponível em <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em 30 jan. 2016.

JUNGES, José Roque. Bioética, hermenêutica e casuística. Reflexão bioética sobre a situação do idoso, 2006.

KANT, Immanuel. Fundamentação da metafísica dos costumes. Lisboa: 70, 1960.

_____. Fundamentação da metafísica dos costumes. São Paulo: Abril, 1974.

KRELL, Andreas. Direitos sociais e controle judicial no Brasil e na Alemanha: os (des)caminhos de um direito constitucional comparado. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris Editor, 2002.

MAZZUCCO, Geórgia Damiani. O trabalho grupal desenvolvido com mulheres idosas e viúvas do SESC. Trabalho de Conclusão de Curso – Serviço Social, 1995.

MUCIDA, Ângela. O sujeito não envelhece, psicanálise e velhice. 2.ed. Belo Horizonte: Autentica, 2006.

NASSAR, Elody Boulhosa. Envelhecimento populacional e Previdência Social: a questão social da longevidade e o financiamento dos sistemas previdenciários, sob a ótica do princípio da solidariedade. Tese. UFPA. ICJ. 2011.

NERI, Anita Liberalesso. Palavras chaves em gerontologia. Campinas: Alínea, 2001.

OLIVEIRA, Neiva Afonso. Rousseau e Rawls: contrato em duas vias. Porto Alegre: Edipucrs, 2000.

OLIVEIRA, C. S.; SILVA, E.C.; FERREIRA, L.W; SKALINSKI, L.M. Perfil dos pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico. Revista básica de enfermagem, Salvador, v.29, n.1 p. 42-49, jan/mar. 2015.

Organização Mundial da Saúde. CID-10/ Organização Mundial da Saúde; tradução Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. 8ed. – São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2000.

PAGNEZ, K.S.M. Apostila de Metodologia do Trabalho Científico, São Paulo – 2007. Disponível em: <<http://www.pagnez.com/ApostilaMetodologiaCientifica/>> Acesso em: 24.dez.2015.

PALMA, L. T. S.; SCHONS, C. R. (Org.). Conversando com Nara Costa Rodrigues: sobre gerontologia social. 2. ed. Passo Fundo: UPF, 2000.

PERES, et. Al. 2010 PERES, L. A. B.; BIELA, R.; HERMANN, M, MATSUO T, Ann HK, Camargo M. T. A.; Rohde, N. R.S.; Uscocovich V. S. M. Estudo epidemiológico da doença renal crônica terminal no oeste do Paraná: uma experiência de 878 casos atendidos em 25 anos [Internet]. J Bras Nefrol. 2010;32(1):51-6. [cited 2012 Feb 10] Available from: <http://www.scielo.br/pdf/jbn/v32n1/v32n1a10.pdf>.

PINHO, N. A; SILVA, G. V.; PIERIN, A. M. G. Prevalência e fatores associados à doença renal crônica em pacientes internados em um hospital universitário na cidade de São Paulo, SP. [internet]. J Brasil Nefrol 2015; 37 (1): 91-97. Acesso em jan, 2016. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/jbn/v37n1/0101-2800-jbn-37-01-0091.pdf>.

RABELO JUNIOR, Luis Augusto. A justiça como equidade em Jonh Rawls. Disponível em:<http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=10755> Acesso em: 27. Jan. 2016.

RAWLS, John. **Uma teoria da justiça**. John Rawls; nova tradução, baseada na edição americana revista pelo autor, Jussara Simões; revisão técnica e da tradução Álvaro de Vita. - 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes. (Coleção justiça e direito). 2008.

_____. **O liberalismo político**. Tradução de Álvaro de Vita. São Paulo: Martins Fontes, 2011.

_____. Justiça como equidade. Trad.: Claudia Berliner. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

_____. O direito dos povos. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

_____. Justiça e democracia. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

_____. A ideia de Razão Pública revisitada.(Org.) WERLE, Denilson Luis; MELO, Rúrion Soares. Democracia deliberativa. São Paulo: Editora Singular, 2007.

ROMÃO JÚNIOR, João Egídio. Doença Renal Crônica: Definição, Epidemiologia e Classificação. *Brazilian Journal of Nephrology*. vol. 26, nº 3, jun-set. 1994.

Lei 10.741/03 em seu art. 1º - “É instituído ao Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos”.

Relatório de Estatísticas Municipais. Núcleo de Disseminação da Informação, Comunicação e Suporte de Decisão. IDESP. Governo do Pará. 2014.

SAMPIERI, R. Hernández., Collado, C.F., Lucio, P.B. Metodologia da Pesquisa. tradução fátiva Conceição Murad, Melissa Kassner, Sheila Clara Dystyler Ladeira; revisão técnica e adaptação Ana Gracinda Queluz Garcia, Paulo Heraldo Costa do Valle. – 3ª ed. – São Paulo: McGraw-Hill, 2006.

SARLET, Ingo Wolfgang. Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2004.

SARLET, I. W. A eficácia dos direitos fundamentais. 2. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

SEN, Amartya. Desigualdade reexaminada. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Record, 2008.

SESSO, Ricardo de Castro Cintra; LOPES, Antonio Alberto; THOMÉ, Fernando Saldanha; LUGON, Jocemir Ronaldo; WATANABE, Yoshimi; SANTOS, Daniel Rinaldi dos. Chronic dialysis in Brazil: report of the Brazilian dialysis census, 2011. *J Bras Nefrol* 2012;34:272-7. Disponível em: <http://jbn.org.br/detalhe_artigo.asp?id=1483> Acesso em: 28. jan. 2016.

SHAPIRO, Ian. **Os fundamentos morais da política**. Tradução de Fernando Santos. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

SIGNORINI, Terezinha de Jesus de Souza. Transplantes de órgãos e tecidos e a funcionalização do corpo: uma análise à luz do direito brasileiro, In: MEIRELLES, Jussara (coord.). *Biodireito em discussão*. Editora Juruá, 2007.

SILVA, G. D. Avaliação dos gastos realizados pelo Ministério da Saúde com medicamentos de alto custo utilizados no tratamento da DRC por pacientes do SUS no Estado de Minas Gerais – 2000 a 2004 [dissertação]. Belo Horizonte (MG): Programa de Pós Graduação em Saúde Pública. Universidade Federal de Minas Gerais; 2008.

SZUSTER, et. Al. 2009 Szuster DAC, Silva GMS, Andrade EIG, Acúrcio FA, Caiaffa WT, Gomes IC, et al. Potencialidades do uso de bancos de dados para informação em saúde: o caso das Terapias Renais Substitutivas (TRS) – morbidade e mortalidade dos pacientes em TRS. *Rev Med Minas Gerais*. 2009;19(4):308-16.

SIVIEIRO, Pamila Cristina Lima; MACHADO, Carla Jorge; CHERCHIGLIA, Mariangela Leal. Insuficiência renal crônica no Brasil Segundo enfoque de causas múltiplas de morte. *Cad. Saúde Colet*. Rio de Janeiro. 22(1); 75-85. 2014.

SUSSEKIND, Arnaldo. Previdência Social Brasileira. São Paulo: Freitas Bastos, 1955.

Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde. 3.e d. Campinas: Unicamp, 2001.

SUSSEKIND, Arnaldo. **Previdência Social Brasileira**. São Paulo: Freitas Bastos, 1955.

SALAZAR, A. L.; GROU, K. B. e NUNES JÚNIOR, V. S. Direitos do consumidor portador de deficiência. 2006.

SALGADO, Marcelo Antonio. Os Grupos e a ação pedagógica do trabalho social com idosos. Políticas públicas para a habitação do idoso. A Terceira Idade, v. 39, São Paulo, 2007.

SANTIN, Janaína Rigo; BOROWSKI, Mariza Zancanaro. O idoso e o princípio constitucional da dignidade huma. RBCEH, Passo Fundo, v.5, n.1, p.141-153, jun.2008.

SEMPÉRTEGUI, Leonardo. La Importancia del Liberalismo Clássico para la Supervivencia del Estado de Derecho. Tradução própria. Artigo s/d.

VILLARREAL, N. Justiça como equidade: política, não metafísica “John Rawls. Relações Trabalhistas, Faculdade de Direito – UDELAR. Fundamentos Filosóficos. S/d.

[WALZER, Michael](#). **Esferas da Justiça**: uma defesa do pluralismo e da igualdade. Tradução de Jussara Simões. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

ZAMBONATO, TK; THOMÉ, FS; GONÇALVES, LFS. Perfil Socioeconômico dos portadores de doença renal crônica em diálise na região Noroeste do Rio Grande do Sul. J. Brasileiro de Nefrologia. [Internet]. 2008 [acesso em 2013Maio];30(3):192-9. Disponível em: http://www.jbn.org.br/detalhe_artigo.asp?id=57.

ANEXOS

PERFIL SOCIAL DOS PACIENTES COM DRC (Castanhal-Pa)

CLINICA DE NEFROLOGIA DE CASTANHAL LTDA
- Castanhal-PA

PERFIL SOCIAL no período 01/01/2016 a 14/01/2016, de clientes em programa de Hemodiálise, do(s) tipo(s) Crônico, em programa pelo(s) convenio(s) SIUS

Nome	Idade	Sexo	Cor	Educacionalidade	Diag. Base (CID)	Início Prog. Dial. Clínica
	59	F	Branca	1º Grau incompleto		01/06/2016
	70	F	Negra	1º Grau incompleto	I10	01/07/2013
	71	F	Branca	1º Grau incompleto	I159	01/08/2015
	53	M	Amarla		E100	01/02/2010
	58	F	Amarla	1º Grau incompleto	E100	10/08/2009
	53	F	Intermediária	2º Grau incompleto	N110	01/01/2012
	28	F	Branca	1º Grau incompleto	N189	01/12/2012
	51	F	Branca	Analfabeto	E100	01/10/2013
	59	F	Branca	1º Grau completo	N040	01/10/2013
	61	F	Intermediária	1º Grau incompleto	E102	01/05/2015
	23	M	Amarla	1º Grau incompleto	N050	01/06/2012
	45	M	Branca		I10	01/06/2013
	58	M	Branca	2º Grau completo		01/01/2015
	55	M	Amarla	Analfabeto	E100	01/08/2012
	50	M	Amarla	1º Grau incompleto		01/05/2014
	60	M	Amarla	1º Grau incompleto	N070	01/10/2013
	51	M	Branca	1º Grau incompleto	E100	01/06/2013
	60	M	Amarla	Analfabeto	N070	01/03/2011
	43	F	Sem informação		I10	01/02/2010
	40	F	Negra	1º Grau incompleto	E100	01/10/2013
	58	M	Amarla	2º Grau incompleto	E100	01/09/2012
	68	M	Sem informação	2º Grau incompleto	E100	01/12/2011
	61	M	Amarla	1º Grau incompleto	-	01/09/2015
	54	M	Negra	1º Grau incompleto	E100	01/06/2012
	77	M	Negra	Analfabeto	E142	01/03/2014
	68	M	Intermediária	1º Grau completo	I120	01/06/2010
	54	F	Intermediária	Analfabeto	I10	01/05/2012
	56	F	Amarla	1º Grau incompleto	N180	01/05/2010
	50	M	Intermediária		E102	18/12/2015
	31	F	Negra		N040	21/01/2008
	37	M	Intermediária		N010	01/03/2014
	50	F	Intermediária			08/12/2015
	44	M	Branca	1º Grau completo		01/09/2015
	26	F	Amarla	2º Grau completo	M028	01/05/2010
	37	F	Amarla	2º Grau completo		28/10/2015
	28	F	Amarla	Superior completo	N007	01/04/2012
	47	F	Intermediária		E100	19/05/2009
	22	F	Negra			01/02/2010
	19	M	Intermediária	1º Grau incompleto		01/01/2013
	72	M	Branca	Superior completo	E142	01/10/2013
	58	F	Intermediária	1º Grau incompleto	N050	01/12/2010
	60	F	Amarla	1º Grau incompleto	E100	01/08/2012
	27	M	Negra		I10	19/04/2008
	50	F	Amarla	1º Grau incompleto		01/06/2014
	49	M	Amarla		E100	01/01/2010
	54	F	Sem informação		N050	17/09/2009
	61	M	Amarla	Superior completo	N070	01/10/2012
	62	M	Intermediária		-	01/10/2015
	36	M	Negra		I10	13/10/2008
	39	M	Amarla		E100	01/10/2012
	43	F	Negra		N040	12/12/2006
	50	M	Amarla	Analfabeto	E100	01/10/2012
	75	M	Amarla	1º Grau incompleto	I10	01/04/2013
	19	M	Intermediária		N040	01/09/2013
	63	F	Amarla		I10	25/11/2009
	58	F	Intermediária		N189	01/06/2011

Pág. 20/1

CLINICA DE NEFROLOGIA DE CASTANHAL LTDA

Castanhal-PA

Nome	Idade	Sexo	Cor	Escolaridade	Diag. Base (CID)	Início Prog. Dial. Clínica
	75	F	Sem informação		E142	30/09/2009
	47	F	Sem informação	1º Grau completo	N050	01/08/2012
	81	F	Branca			01/02/2014
	60	M	Amarola	1º Grau incompleto	I10	01/02/2011
	57	M	Intermediária	1º Grau incompleto	E102	01/10/2011
	58	M	Sem informação	2º Grau completo		01/11/2014
	20	M	Amarola	Analfabeto	N050	01/11/2013
	51	M	Sem informação	1º Grau incompleto	E102	01/09/2012
	20	F	Negra	Analfabeto	N050	01/07/2012
	35	F	Sem informação		N050	05/11/2005
	28	M	Branca	1º Grau completo	N050	01/05/2013
	68	M	Amarola	1º Grau incompleto	E102	01/11/2012
	43	F	Amarola	1º Grau incompleto	E102	01/06/2013
	80	M	Amarola		I10	15/09/2008
	72	M	Amarola	1º Grau incompleto	I10	01/03/2011
	44	F	Amarola		I151	01/09/2007
	50	M	Intermediária	1º Grau incompleto		01/02/2014
	79	M	Sem informação		N050	01/01/2010
	49	M	Negro	1º Grau incompleto		01/04/2015
	64	M	Negro	1º Grau incompleto	E100	01/08/2012
	54	M	Branca		I101	01/03/2014
	60	M	Negro		N070	04/12/2008
	66	M	Sem informação		E100	01/03/2010
	56	M	Branca	1º Grau incompleto	N180	01/11/2013
	54	M	Branca	1º Grau completo	E142	01/06/2015
	27	M	Branca	2º Grau completo	N050	01/01/2013
	51	M	Branca	1º Grau completo	I10	01/06/2013
	58	M	Intermediária	1º Grau completo		01/07/2015
	57	M	Amarola		E100	01/05/2007
	58	M	Amarola	1º Grau incompleto		01/10/2014
	65	M	Sem informação	1º Grau incompleto	E102	01/02/2011
	33	M	Amarola	2º Grau completo	I10	01/09/2012
	55	M	Amarola	1º Grau incompleto		01/05/2014
	50	M	Branca	1º Grau incompleto	N180	01/04/2015
	68	M	Intermediária		N188	05/09/2009
	89	M	Sem informação		E100	01/02/2012
	74	F	Intermediária	1º Grau completo	E100	01/10/2013
	58	F	Amarola	1º Grau incompleto	E100	01/10/2012
	42	F	Sem informação	2º Grau completo	L930	01/02/2011
	55	F	Amarola	1º Grau incompleto		01/08/2014
	48	M	Intermediária		N050	01/01/2010
	82	F	Branca	Analfabeto		01/06/2014
	57	M	Intermediária	1º Grau incompleto	N209	01/05/2013
	68	M	Branca	1º Grau incompleto		01/05/2014
	46	M	Sem informação		N050	28/08/2008
	77	M	Amarola		E100	01/05/2010
	57	M	Sem informação		N180	19/07/2008
	62	M	Branca	1º Grau incompleto	E112	01/05/2014
	56	M	Intermediária	2º Grau completo		01/08/2012
	57	F	Intermediária	2º Grau incompleto		01/05/2014
	25	F	Sem informação		R80	26/11/2008
	58	F	Intermediária	1º Grau incompleto	N180	01/10/2014
	73	F	Amarola			21/01/2010
	70	F	Branca			01/10/2015
	71	M	Intermediária	2º Grau completo	E112	01/01/2015
	62	F	Sem informação	1º Grau incompleto		01/09/2011
	61	F	Negra			06/07/2003
	51	F	Amarola	1º Grau completo		01/08/2012
	39	F	Intermediária	Superior completo		01/11/2012

CLINICA DE NEFROLOGIA DE CASTANHAL LTDA
- Castanhal-PA

Nome	Idade	Sexo	Cor	Escolaridade	Diag. Base (CID)	Início Prog. Dial. Clínica
	57	F	Branca			01/07/2013
	24	F	Amarela			01/11/2012
	56	F	Intermediária			30/06/2008
	61	F	Branca	2º Grau completo	N185	01/06/2013
	47	F	Sem informação	1º Grau completo	N070	01/07/2012
	70	F	Branca	1º Grau incompleto		01/05/2014
	43	F	Amarela			30/09/2008
	70	F	Branca	1º Grau incompleto	N185	01/05/2015
	57	F	Sem informação	1º Grau incompleto		01/12/2012
	58	F	Branca	1º Grau completo	N180	18/12/2013
	34	M	Negra			17/11/2008
	53	M	Branca	1º Grau completo	N070	01/11/2013
	33	M	Amarela	2º Grau completo	N037	01/04/2014
	47	M	Intermediária	1º Grau completo	N032	01/07/2011
	34	F	Amarela	1º Grau incompleto		01/10/2011
	72	F	Amarela	2º Grau completo	Q612	01/07/2011
	63	M	Sem informação		N070	01/06/2012
	41	M	Intermediária	2º Grau completo		01/03/2014
	52	F	Branca	1º Grau incompleto	D142	01/07/2014
	50	M	Branca			01/03/2012
	56	M	Amarela	1º Grau incompleto		01/05/2015
	50	M	Branca	1º Grau incompleto	E142	01/02/2013
	78	F	Branca	2º Grau completo	N180	01/09/2015
	58	M	Intermediária	1º Grau incompleto		01/05/2012
	56	M	Intermediária	2º Grau completo	E142	01/05/2014
	41	M	Amarela	1º Grau completo		01/06/2010
	60	M	Negra	Analfabeto		01/06/2011
	54	M	Amarela			01/01/2010
	54	M	Intermediária			26/05/2007
	69	M	Amarela	1º Grau incompleto	I10	01/07/2012
	57	M	Amarela			01/11/2013
	56	M	Branca	1º Grau incompleto	E102	01/07/2013
	67	F	Intermediária	Analfabeto		01/06/2015
	44	F	Amarela			03/08/2004
	78	F	Intermediária			30/11/2015
	57	M	Sem informação	1º Grau incompleto		01/07/2010
	51	M	Intermediária	1º Grau incompleto		01/07/2015
	63	F	Amarela		E102	01/09/2015
	79	F	Intermediária			15/09/2006
	56	M	Amarela		Q612	06/09/2009
	30	F	Branca	2º Grau completo		01/01/2014
	66	F	Sem informação			01/08/2010
	67	M	Branca	1º Grau incompleto		01/06/2013
	59	M	Sem informação		Q612	03/10/2009
	41	F	Amarela	1º Grau incompleto		01/10/2013
	60	M	Branca	1º Grau incompleto		01/01/2015
	62	F	Amarela	1º Grau incompleto	I120	01/09/2012
	34	M	Intermediária			18/03/2006
	38	M	Amarela	1º Grau incompleto	N180	01/11/2015
	27	F	Branca	1º Grau incompleto	N001	01/01/2015
	67	M	Branca	2º Grau completo	N180	01/03/2014

CLINICA DE NEFROLOGIA DE CASTANHAL LTDA

- Castanhal-PA

PERFIL SOCIAL no período 01/01/2016 a 14/01/2016, de clientes em programa de Hemodiálise HIV/HB/Hc, do(s) tipo(s) Crônico, em programa pelo(s) convenio(s) SUS

Nome	Idade	Sexo	Cor	Escolaridade	Diag. Base (CID)	Início Prog. Dial. Clínica
	53	M	Branca		N189	01/08/2013
	64	M	Amarela	1º Grau incompleto	I10 ✓	09/10/2009
	62	M	Amarela	1º Grau incompleto	---	01/07/2015
	69	F	Branca	1º Grau completo	E142 ✓	01/08/2013
	36	M	Intermediária		N189	01/02/2010
	63	M	Amarela		I10 ✓	01/02/2010
	68	M	Branca		N139	01/11/2013
	70	M	Sem informação	1º Grau incompleto	E102 ✓	01/08/2012