



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE LAVRAS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM DIREITO

PATRÍCIA DA SILVA SALES

OBESIDADE E DIREITO À SAÚDE

**LAVRAS – MG
2021**

PATRÍCIA DA SILVA SALES

OBESIDADE E DIREITO À SAÚDE

Monografia apresentada ao Centro
Universitário de Lavras, como parte das
exigências do curso de graduação em
Direito.

Orientador (a): Profa. Me. Mariane Silva
Paródia.

LAVRAS – MG

2021

Ficha Catalográfica preparada pelo Setor de Processamento Técnico
da Biblioteca Central do UNILAVRAS

S163o Sales, Patrícia da Silva.
Obesidade e acesso à saúde; orientação de
Mariane Silva Paródia. -- Lavras: Unilavras, 2021.
40 f.

Monografia apresentada ao Unilavras como
parte das exigências do curso de graduação em
Direito.

1. Saúde pública. 2. Obesidade. 3. Direito
constitucional. 4. Direito fundamental. I. Paródia,
Mariane Silva (Orient.). II. Título.

PATRÍCIA DA SILVA SALES

OBESIDADE E DIREITO À SAÚDE

Monografia apresentada ao Centro
Universitário de Lavras, como parte das
exigências do curso de graduação em
Direito.

APROVADA EM: 26/10/2021

ORIENTADORA

Profa. Me. Mariane Silva Paródia / UNILAVRAS

MEMBRO DA BANCA

Prof. Pós-Dr. Denilson Victor Machado Teixeira / UNILAVRAS

MEMBRO DA BANCA

Nayara Marques Elói / UNILAVRAS

LAVRAS – MG

2021

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me sustentado durante esses cinco anos de caminhada, árdua. A Nossa Senhora das Graças, que sempre intercedeu a Deus por mim, e me acolheu nos momentos de aflição e desespero.

Aos meus pais, Clarice da Silva Sales e Custódio Sérgio Sales. Que fizeram até o impossível para me ajudar a conquistar os meus sonhos. Deus em sua infinita bondade não poderia ter me dado graça maior de nascer nessa família.

A minha irmã, Renata Aparecida Sales da Silva e ao meu cunhado André Luis da Silva, por sempre me apoiar e incentivar.

Ao meu noivo David Eduardo de Oliveira, que sempre me ajudou e lutou algumas batalhas comigo.

Aos meus amigos que sempre entenderam a minha ausência, e sempre me deram força e apoio.

A minha prezada e querida orientadora. Prof^a Me. Mariane Silva Parodia, que me ajudou sempre, com muita paciência e cuidado.

A minha amiga de trabalho Dr. Nayara Marques Elói, que tanto me ensina diariamente me incentivando a não desistir e correr atrás dos meus objetivos.

A minha chefe e professora Walkiria Castanheira, definitivamente, eu não estaria concluindo hoje essa etapa, se não fosse a sua compreensão para comigo.

A todos os professores que me ajudaram a chegar até aqui, cada um com o seu jeito e cuidado diferente.

Como sou grata a Deus por terem colocado pessoas como vocês em minha vida, cada palavra de carinho, de encorajamento. Palavras não são suficientes para descrever essa mistura de sentimento. Gratidão eterna.

" Nada te perturbe, nada te amedronte, tudo passa, a paciência tudo alcança... a quem tem Deus nada falta, só Deus basta" Santa Tereza D'Ávila

RESUMO

Introdução: A obesidade pode ser considerada uma doença em que há acúmulo em excesso de gordura corporal, onde destaca-se que a mesma está disposta no campo da saúde, ocupando importante espaço no ordenamento jurídico brasileiro como direito e dever fundamental. Com base nisso, a obesidade se tornou objeto de políticas públicas nos últimos 15 anos, de modo que o Ministério da Saúde, mediante o Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido o principal proponente de tais políticas e ações. **Objetivo:** O objetivo geral do trabalho é buscar a compreensão da obesidade posta em um patamar de saúde pública como um problema crescente, bem como a existência escancarada do preconceito e a implementação de políticas públicas. **Metodologia:** O método abordado no presente trabalho é dedutivo, tendo em vista que parte de perspectiva geral sobre a obesidade inserida no campo da saúde e esta última ser de caráter universal e inclusivo, além do fato da necessidade de implementação de políticas públicas. Além disso, trata-se de pesquisa descritiva, tendo sido realizado estudo bibliográfico, jurisprudencial e legal. **Resultado:** No tocante aos resultados, menciona-se que a pertinência da obesidade em ser tratada tão somente como uma perigosa patologia, que merece ser “combatida” e assim gerando na sociedade a tão presente gordofobia, é equivocada, tendo em vista que a obesidade se trata de uma questão política, cultural e social. **Conclusão:** Principalmente, a obesidade é uma questão de governo, de atuação estatal.

Palavras-chave: saúde pública; obesidade; Direito Constitucional; direito fundamental; políticas públicas.

ABSTRACT

Introduction: Obesity can be considered a disease in which there is an accumulation of excess body fat, where it is highlighted that it is disposed in the field of health, occupying an important space in the Brazilian legal system as a fundamental right and duty. Based on this, obesity has become the object of public policies in the last 15 years, so that the Ministry of Health, through the Unified Health System (SUS) has been the main proponent of such policies and actions. **Objective:** The general objective of the work is to seek an understanding of obesity placed on a public health level as a growing problem, as well as the open existence of prejudice and the implementation of public policies. **Methodology:** The method discussed in this study is deductive, considering that it starts from a general perspective on obesity in the field of health and the latter is universal and inclusive, in addition to the fact that there is a need to implement public policies. In addition, it is a descriptive research, having been carried out a bibliographical, jurisprudential and legal study. **Result:** Regarding the results, it is mentioned that the relevance of obesity in being treated only as a dangerous pathology, which deserves to be "combated" and thus generating so-present fatphobia in society, is mistaken, given that obesity it is a political, cultural and social issue. **Conclusion:** Mainly, obesity is a matter of government, of state action.

Keywords: public health; obesity; Constitutional right; fundamental right; public policy.

LISTA DE ABREVIATURAS

CF	Constituição Federal
IMC	Índice de Massa Corporal
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
SUS	Sistema Única de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REVISÃO DE LITERATURA	14
2.1 OBESIDADE	14
2.1.2 Obesidade e legislação	19
2.2 DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988	23
2.2.1 Efetividade, políticas públicas e seus limites	26
2.2.2 O Sistema Único de Saúde (SUS) como política pública	29
3 CONSIDERAÇÕES GERAIS	34
4 CONCLUSÃO	36
REFERÊNCIAS.....	38

1 INTRODUÇÃO

Como é sabido, a obesidade pode ser considerada uma doença em que há acúmulo em excesso de gordura corporal em uma dimensão a qual pode afetar a saúde individual, ocasionando determinadas alterações no organismo, de doenças cardiovasculares, a diabetes e até mesmo outras doenças ainda mais graves.

Demais disso, a obesidade, antes de tudo, é um problema de proporções globais e com crescimento constante. No Brasil, a obesidade e também o sobrepeso tem aumentado em diversas faixas etárias, bem como em todos os sexos e rendas.

A nível mundial, tem-se que a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera a obesidade como uma forma de epidemia, contudo, sendo esta condicionada e atribuída a alguns fatores biopsicossociais, de modo que o ambiente, seja ele político, econômico e cultural, assume posição importante para a análise do problema de saúde em questão.

Ademais, para compreender onde reside o presente tema disposto, é importante salientar, anteriormente, que a obesidade se encontra disposta no campo da saúde, como já observado, cabendo, portanto, assídua análise de tal subtema. Assim, ressalta-se que a saúde ocupa importante espaço no ordenamento jurídico brasileiro como direito e dever fundamental, disposto na Constituição Federal de 1988.

Nesta senda, cumpre destacar sobre o presente tema também que a obesidade se tornou objeto de políticas públicas nos últimos 15 anos, de modo que o Ministério da Saúde, mediante o Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido o principal proponente de tais políticas e ações. Todavia, destaca-se também a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) – pertencente ao Ministério da Saúde –, que desde a década de 1990, decidiu por definir diretrizes visando a prevenção e o tratamento da obesidade no Brasil. Por fim, estabeleceu também o Ministério da Saúde o tratamento da obesidade como peça da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

Com base nisso, como percebido, diante de diversas e possíveis ações e propostas articuladas dentro do SUS, bem como diante do diálogo institucional sob diferentes práticas e processos políticos para implementação de políticas públicas, é possível perceber diversas justificativas e argumentos. Dessa forma, posto o presente assunto sob um enfoque científico, questiona-se: Porque a obesidade se tornou um

problema e para quem e por quê? Além disso, quais são as estratégias governamentais que visam seu enfrentamento?

No intuito de responder os presentes questionamentos, necessário estabelecer que o objetivo geral do presente trabalho é buscar a compreensão da obesidade posta em um patamar de saúde pública como um problema crescente, bem como a existência escancarada do preconceito e suas diversas facetas polêmicas dentro da própria discussão enquanto necessária a implementação de políticas públicas. Demais disso, é preciso avaliar também se, apesar das “diversas” implementações públicas no combate à obesidade, se há, de fato, efetividade no tratamento da pessoa obesa frente ao direito universal da saúde.

Não obstante, importante também delimitar os objetivos específicos, os quais consistem em, inicialmente, abordar a saúde enquanto direito fundamental previsto na Constituição Federal de 1988, bem como abordar e compreender o Sistema Único de Saúde (SUS) como maneira de exercício da polícia pública e, com base nisso, também destrinchar o que pode ser considerado política pública e sua integração através do próprio SUS. Na sequência, o presente trabalho busca explicitar conceitos e definições sobre a obesidade, como seu conceito, bem como o cálculo de Índice de Massa Corporal (IMC) e também os diversos aspectos condicionantes sobre sua existência.

Em um segundo momento, busca-se a análise sobre a obesidade sob seus aspectos jurídicos, perpassando por normas legais preexistentes ante o direito da pessoa obesa e por fim atingir a discussão sobre a necessidade do acesso íntegro ao direito da saúde pela pessoa obesa.

Para justificar a execução do presente trabalho, urge destacar que, como já observado, a obesidade tem avançado não só no Brasil, mas no mundo todo, tendo sido, inclusive, estabelecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como doença crônica. Juntamente a esse fato, destaca-se também a adoção e a consequente necessidade de adoção, de políticas públicas na prevenção e no auxílio da pessoa obesa. Porém, destaca-se que, como é cediço, não é bem o que acontece na realidade, como mostra o caso de uma professora do Estado de São Paulo que foi impedida de lecionar por ser considerada obesa, conforme noticiado pelo G1.

O método abordado no presente trabalho é dedutivo, tendo em vista que parte de perspectiva geral sobre a obesidade inserida no campo da saúde e esta última ser

de carácter universal e inclusivo, além do fato da necessidade de implementação de políticas públicas. Além disso, trata-se de pesquisa descritiva, tendo como foco o tema principal, onde busca-se descrever de forma pormenorizada em como estão sendo implementadas as políticas públicas para o auxílio da pessoa já considerada obesa. Diante de tal, utiliza-se o procedimento de estudo bibliográfico através de revisão de textos científicos, legislação pertinente e casos práticos.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 OBESIDADE

A obesidade, sem sombra de dúvidas, é um assunto que causa polêmica em diversas instâncias e amplamente discutido a nível mundial e, como todo assunto polêmico, existem diversas opiniões distintas a respeito do mesmo assunto, com base em estudos clínicos.

Com o advento da modernidade e também com o aumento da acessibilidade, mister que muitas pessoas abandonaram alguns cuidados básicos à saúde física, como a prática regular de atividades físicas e uma alimentação saudável, vindo a facilitar a condição oriunda da obesidade.

Ademais, a obesidade não pode ser sempre considerada como desleixo e falta de cuidado sobre o próprio corpo, mas sim uma condição em que determinadas vezes pode estar associada a alguma patologia, devendo ser tratada como tal. Portanto, ao que se sabe, a obesidade é crescente no mundo todo, podendo ser caracterizada de diversas maneiras, dependendo a condição clínica de cada indivíduo.

2.1.1 Evolução histórica, conceito, critérios e classificação

A etimologia da palavra obesidade é derivada da expressão “*obesitas*”, de origem latim a qual significa “gordura excessiva”, sendo tal termo cunhado para se referir à pessoa que contém a massa do tecido adiposo acima de 20% do peso total. Já a palavra “mórbido” é oriunda do termo latim “*morbidus*”, que significa doente, enfermo (HOUAISS, 2001).

A obesidade nem sempre foi tratada como algo reprovável e fora dos padrões estéticos os quais vê-se atualmente, mas sendo atrelada, por vezes, à uma condição de beleza, como é possível enxergar até hoje sua reprodução em diversos quadros da era renascentista.

A estética apresentada através do modelo de beleza renascentista era o de mulheres “rechonchudas”, com peitos e ombros fortes, seios arredondados e costas as quais não fosse possível a visualização de ossos (CARDOSO, 2010). Todavia, a

partir do século XIX a obesidade passou a ser observada pelo ponto de vista patológico, vindo a ser rejeitada desde então, motivada pela preocupação medicinal (BERTIN, 1988).

Conforme explicita Paula Cavalcante (2016), mesmo com o avanço da ideia de que o corpo obeso deve ser rejeitado e sua ausência de adequação, com a modernização, a falta de estruturas e também ausência de planejamento urbano, a população se viu desencorajada à prática de atividades físicas, como um simples caminhar.

No país, o ato de “comer fora de casa” se encontra relacionado às transformações na agricultura, bem como na expansão industrial e no avanço dos transportes, o que contribui incessantemente para que os hábitos dos brasileiros se transformassem a ponto de causar impacto na saúde populacional (COLLAÇO, 2003).

Ainda, dispõe Collaço (2003), que os hábitos de alimentação de forma rápida e cada vez mais prática, sem a devida atenção à alimentação saudável e com equilíbrio, juntamente à ausência de atividade física, contribuiu substancialmente para o crescimento da população obesa e os diversos transtornos consequentes à doença. E com esse crescimento dessa população em específico, indubitavelmente, houve aumento de atenção por parte da medicina a respeito do assunto.

Ante essa condição, deu-se a origem da Organização Mundial da Saúde (OMS), ao passo em que a obesidade passou a ser medida e definida como critério com base no Índice de Massa Corporal (IMC), sendo considerada uma patologia e a integrar a Classificação Internacional de Doenças (CID) (RIGO; SANTOLIN, 2012).

O que se deve levar em consideração é a obesidade não pode ser considerada apenas como uma condição onde a pessoa se enquadra por livre e espontânea vontade, tendo em vista que se trata de um problema salutar grave e que necessita de tratamento adequado. Demais disso, o acúmulo de gordura é oriundo de desequilíbrio em relação à ingestão de alimentos e o gasto energético de um indivíduo.

Nesse sentido, o conceito de obesidade pode ser definido como um excesso de tecido adiposo no organismo, o qual ocorre em função de uma ingestão calórica acima do gasto calórico diário (MAGALHÃES et al, 2009). Ainda, a obesidade pode ser definida por uma grande quantidade de gordura ao longo do corpo, em acúmulo, e que, conseqüentemente, prejudica a saúde do portador, resultando em alteração metabólica, dificuldade de locomoção e até mesmo dificuldades respiratórias, bem

como demais patologias em função da mesma doença (WANDERLEY; FERREIRA, 2010).

A OMS define a obesidade como condição crônica caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura que traz repercussões à saúde. Portanto, é categorizada, na 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), no item de doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas. No Brasil, diferentes documentos do governo seguem a definição da OMS e a concebem simultaneamente como doença e fator de risco para outras doenças, como condição crônica multifatorial complexa e, ainda, como manifestação da insegurança alimentar e nutricional. Quanto aos fatores condicionantes da obesidade, nos documentos, destacam-se a alimentação rica em gorduras e açúcares e o consumo excessivo de alimentos ultraprocessados, associados à inatividade física, ainda que se reconheça a complexidade dos processos subjacentes. (DIAS et al, 2017, p.3-4)

Ainda, a obesidade pode ser desencadeada através do consumo compulsivo de alimentos como meio de compensação à carência de afeto, proteção ao fracasso e também ansiedade, de modo que a compulsividade alimentar pode estar ligada a outros transtornos psiquiátricos com maior incidência na população obesa, como a ansiedade e a depressão (ALMEIDA et al, 2012).

Conforme a Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica:

Sintomas de estresse, tais como ansiedade, depressão, nervosismo e o hábito de se alimentar quando problemas emocionais estão presentes, são comuns em pacientes com sobrepeso ou obesidade, sugerindo relação entre estresse e obesidade. O estresse pode ser uma consequência da obesidade devido a fatores sociais, à discriminação e, alternativamente, a causa da obesidade. Descreve-se hiperatividade do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal e seu progressivo desequilíbrio associa-se a maior acúmulo de gordura visceral. (ABESO, 2009, p. 11)

Outro ponto que merece guarida é o fato de que a pessoa com obesidade tem elevado risco de desenvolver outras doenças crônicas, como dislipidemia, diabetes melito, doenças cardiovasculares, alterações de coagulação, doenças articulares degenerativas e até mesmo neoplasias (QUEIROZ, 2000).

Dessa forma, destaca-se que a obesidade deve ser vista como uma doença que a cada indivíduo cabe um tratamento individualizado conforme suas condições, destacando-se, também, que a obesidade pode reduzir em muito a qualidade de vida e também a redução de expectativa da mesma.

A obesidade pode ser avaliada de acordo com o índice de massa corporal do indivíduo (IMC), em que é calculada razão da massa corporal pela estatura ao quadrado, concebido, primordialmente, para o uso adulto.

De acordo com as Diretrizes Brasileiras de Obesidade tem-se identificado o índice de massa corporal segundo a adaptação pela Organização Mundial da Saúde (OMS) baseada em padrões internacionais a seguinte classificação dos níveis de peso: baixo peso IMC de 18,5, peso normal IMC de 18,5 entre 24,9, sobrepeso IMC de 25, obeso grau I IMC de 30,0 a 34,9, obeso grau II IMC de 35,0 a 39,9 e obeso grau III IMC maior de 40. Desse modo existem três níveis de obesidade classificadas por obesidade grau I, obesidade grau II e obesidade grau III, a OMS em 2000 standardizou a classificação do excesso de peso e da Obesidade baseada no IMC, para adultos de ambos os sexos. Após alguma controvérsia, devida sobretudo aos IMC apresentados pela população dos EUA, que são geralmente mais elevados, a OMS acordou que um IMC normalmente se situaria entre os 18,5 e os 24,9 kg/m². (ABESO, 2009 apud PARRIÃO, 2017)

Nesse sentido, Dias et al (2017), explicita:

O diagnóstico do sobrepeso/obesidade vem sendo realizado por meio do índice de massa corporal (IMC), calculado como a razão da massa corporal pela estatura ao quadrado, concebido inicialmente para uso em adultos, pela sua associação com risco de adoecer e morrer, reiterando a obesidade como fator de risco especialmente para as DCNT. O IMC também é usado em crianças e adolescentes, idosos e gestantes. No Brasil, os critérios diagnósticos estabelecidos pela OMS foram incorporados à vigilância alimentar e nutricional no âmbito do SUS. Não obstante seu emprego disseminado internacionalmente, o IMC não mede a composição corporal, portanto, parece haver inconsistência quanto a sua aplicabilidade para diagnosticar uma doença caracterizada por acúmulo de gordura. Os dados de estudos populacionais vêm demonstrando alta especificidade, mas baixa sensibilidade do IMC no diagnóstico de obesidade. Evidências apontam para a necessidade de se desenvolver curvas dos componentes da composição corporal para o diagnóstico clínico e epidemiológico do estado nutricional. No entanto, seu uso como critério para identificar sobrepeso/obesidade como fator de risco para DCNT, e não de diagnóstico nutricional per se, ainda parece ser adequado, particularmente em serviços de saúde. (DIAS et al, 2017, p.3-4)

Demais disso, ressalta-se que, diante desse cenário de tentativa de classificação, foram desenvolvidas diversas maneiras de se avaliar a gordura corporal e sua devida distribuição no corpo, como medição de espessura de drogas cutâneas, bioimpedância (maneira portátil disponível para avaliação clínica), ultrassonografia, tomografia computadorizada e ressonância magnética e medida da circunferência

abdominal. Dentre todos os métodos, o qual sobressai é o de medida da circunferência abdominal, visto que melhor reflete a gordura visceral. Desta feita, a Organização Mundial de Saúde estabelece como ponto de partida para riscos de acordo com a medida de circunferência abdominal (CAMPIDELI, 2017).

Sugeriram-se vários locais e padrões para avaliar a circunferência abdominal. Pode-se realizar a medida no maior perímetro abdominal entre a última costela e a crista ilíaca, segundo recomendações da OMS. Já a I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica recomenda medir a circunferência abdominal no ponto médio entre o rebordo costal inferior e a crista ilíaca. Toma-se a medida do quadril, no seu maior diâmetro, com a fita métrica, passando sobre os trocânteres maiores. (ABESO, 2009)

Todavia, reconhecida a gravidade da doença em comento, mister que deve ser tratada de forma adequada para que seus riscos sejam amenizados, bem como suas consequências, principalmente no tocando ao preconceito e à discriminação sofrida pelos indivíduos obesos.

Ademais, mister ressaltar que o distúrbio de peso tem se tornado uma doença cada vez mais crescente e com índices alarmantes em todo mundo, sendo considerado como o principal problema de saúde do século XXI, em que só no Brasil, em 30 anos, houve a elevação de 30% da população à obesidade. Ainda, destaca-se o fato de que a Portaria n. 628/GM, do Ministério da Saúde faz referências sobre a obesidade e as limitações pertencentes ao portador, levando em consideração o fator de risco de vida. Nesta senda, é estimado que aproximadamente 250 mil brasileiros morrem em razão de doenças ligadas à obesidade, como hipertensão, diabetes e infarte (ABESO, 2009).

De acordo com a OMS (2009), a lipomase mórbida é considerada quando o IMC for maior ou igual a 40kg/m², comprovando que quanto maior o peso, menor é considerada a expectativa de vida, em que tais fatores podem ser considerados biológicos, genéticos, ambientais ou comportamentais.

A obesidade é considerada uma doença difícil em ser tratada, em que o procedimento cirúrgico deve ser pensado com importância, bem como deve haver facilitação por parte do Estado da entrada da pessoa obesa a um melhor tratamento para que este possa reverter esse quadro para que assim possa obter melhora na qualidade de vida (WYNDERGARDEN,1990).

2.1.2 Obesidade e legislação

As relações jurídicas, como é cediço, são regulamentadas pelo direito, com base em decisões da maioria, derivando-se não em si mesma, mas de forma racional através dos três poderes, quais sejam, Executivo, Legislativo e Judiciário. Dessa maneira, mister destacar no presente assunto que, é de extrema necessidade a expansão do campo normativo para que sua capacidade realmente atinja determinados aspectos morais de forma plena e democrática, principalmente com base na proteção jurídica (PEREIRA, 2006 apud CAMPIDELLI, 2017).

Além do mais, as normas são frutos de métodos de discussões atuais, em que o Estado Democrático de Direito tem o dever de observar e suprir suas omissões enquanto garantidor de direitos metaindividuais, desenvolvendo a dialética entre a pessoa e a sociedade, visando o bem estar e a resolução de conflitos existentes, buscando, para tanto, a solução dos mesmos de forma isonômica (PEREIRA, 2006 apud CAMPIDELLI, 2017).

Para Paulo Bonavides (2013), a norma jurídica que traz um direito incluso de eficácia diferida depende de regulamentação para sua eficácia para que seja reconhecida constitucionalmente. Por isso, espera-se que o Poder Judiciário atenda às demandas exigidas pela sociedade as quais envolvem conflitos sociais que deixam de ser legitimadas devido à ausência de regulamentação. No mais, encontram-se na Constituição Federal de 1988 artigos que primam pela observação de diversas garantias e prerrogativas as quais devem ser cumpridas pelo sujeito enquanto o Estado como garantidor desses direitos.

Para Eduardo Carvalho dos Santos (2014), existem diversos direitos que devem ser assegurados às pessoas consideradas obesas, sem exceção, discriminação ou distinção, destacando-se, primordialmente o respeito à sua dignidade humana; adoção de medidas para capacitá-las a serem pessoas autoconfiantes; o direito a tratamentos médicos, psicológicos e funcionais para desenvolvimentos de capacidade e habilidades; e segurança material.

Como cediço, o tema de políticas públicas na prevenção da obesidade é discutido no mundo todo, em que suas diretrizes mais recentes indicam fortemente que tais políticas tem caráter intersetorial, isto é, não sendo uma questão apenas de

políticas de saúde, mas também na educação, na cultura, no comércio e na mídia, de modo que tais políticas devem estar conectadas (CANOTILHO, 1996).

Ainda para o mesmo autor, “a sociedade faz um juízo concebido, manifestado de forma discriminatória quando a realidade é que são pessoas normais como qualquer outro ser humano e não é pelo simples fato de terem obesidade que devem ser tratados de maneira diferente dos outros” (CANOTILHO, 1996, p. 91).

Nesta senda, para melhor compreender a definição de discriminação e ausência de políticas públicas para a população obesa, ressalta-se:

Conduta pela qual nega-se à pessoa tratamento compatível com o padrão jurídico assentado para situação concreta por ela vivenciada. A causa da discriminação reside, muitas vezes, no cru preconceito, isto é, um juízo sedimentado desqualificador de uma pessoa em virtude de uma sua característica, determinada externamente, e identificadora de um grupo ou segmento mais amplo de indivíduos. Mas pode, é óbvio, também derivar a discriminação de outros fatores relevantes a um determinado caso concreto específico. (DELGADO, 2015, p. 188)

Sobre o mesmo assunto, Pivesan (2005) destaca o seguinte:

As violações, as exclusões, as discriminações, as intolerâncias são um construído histórico a ser urgentemente desconstruído. Há que se assumir o risco de romper com a cultura da “naturalização” da desigualdade e da exclusão social, que enquanto construídos históricos, não compõem de forma inexorável o destino de nossa humanidade. Há que se enfrentar essas amarras, mutiladoras do protagonismo, da cidadania e da dignidade de seres humanos. A ética dos direitos humanos é a ética que vê no outro um ser merecedor de igual consideração profundo respeito, dotado do direito, de desenvolver as potencialidades humanas, de forma livre, autônoma e plena. É a ética orientada pela afirmação da dignidade e pela prevenção ao sofrimento humano. (PIOVESAN, 2005, p. 45)

Para Vidal Serrano Nunes Júnior (2010), é de suma importância a existência de normas que equiparam a oportunidades para pessoas obesas com o intuito de que se formule a avaliação da realização de políticas públicas, bem como ações em níveis internacionais, nacionais e regionais para que haja equiparação e segurança jurídica. Todavia, já existe em determinados estados brasileiros normas regionais que asseguram direitos os quais reconhecem a diversidade e a inclusão social para as pessoas consideradas obesas e que necessitam de apoio.

Em consulta realizada por Rigo e Santolin (2012) no site Jusbrasil, foram encontradas, ao todo, 46 leis em que constavam as palavras “obesidade” ou “sobrepeso”, das quais 32 eram municipais, 13 estaduais e 1 nacional. Segundo eles, os estados do Rio de Janeiro e de São Paulo foram os que tiveram maior número de legislações estaduais e municipais, somados 16 e 14, respectivamente.

Ainda para os mesmos autores, tais leis encontradas foram promulgadas entre 1999 e 2010, sugerindo-se, portanto, que a definição de parâmetros pela OMS pode ter influenciado os representantes políticos que propuseram essas mesmas leis. Além do mais, em algumas delas, inclusive, é encontrada definições da OMS, principalmente quando se refere à obesidade mórbida. Todavia, em outras, apesar da palavra “obeso” ser utilizada, recomenda-se que se considere o tamanho da massa corporal, sugerindo que o termo muitas das vezes é utilizado indiscriminadamente em parâmetro estético (RIGO; SANTOLINI, 2012).

O termo "combate" é utilizado em catorze leis, sobretudo quando se trata da instituição de programas de prevenção e tratamento, que, geralmente, trazem a palavra em seus títulos. A opção pelo termo "combate" destoa da terminologia clássica utilizada para o campo da saúde e carrega consigo determinadas implicações políticas e socioculturais, contribuindo, possivelmente, para a discriminação dos sujeitos, já que não existe a obesidade em si, somente sujeitos classificados como obesos. Só é possível combater um mal se ele estiver encarnado em alguém, que será enfrentado como inimigo. (RIGO; SANTOLINI, 2012, p. 283-284)

Como exemplo da mencionada busca, tem-se inicialmente a Lei n. 12.283, de 2006, do Estado de São Paulo, a qual instituiu a Política de Combate à Obesidade e ao Sobrepeso no Estado, denominada “São Paulo Mais Leve”, tendo por finalidade a implementação de ações eficazes para a redução do peso em geral o combate à obesidade (adulta e infantil) e a obesidade mórbida da população (SÃO PAULO, 2006).

Já no interior de São Paulo, no município de Matão, também pode ser encontrada a Lei n. 3.864/07, como reconhecimento de pessoas obesas mórbidas aquelas pessoas com índice de massa corporal com IMC superior a 40kg/m² e, concomitantemente, veta qualquer forma de discriminação ao grupo portador de obesidade. E, no mesmo município, ao Poder Público Municipal não é permitido criar restrições de qualquer forma contra pessoas com obesidade mórbida, incluindo o ingresso nas carreiras públicas municipais (SÃO PAULO, 2007).

Em Londrina, no Estado do Paraná, existe regulamentação de algumas práticas que autorizam o Poder Executivo a implantar o programa de enfrentamento à obesidade mórbida na rede assistencial de saúde do município e seus componentes. Como explicitado por Ana Caroline Fernandes Parrião (2017), tal medida foi aprovada pela Lei n. 9.463, a qual viabiliza ao paciente obeso mórbido o atendimento na rede especializada, com direito a um diagnóstico e avaliação clínica, assim como atendimento médico especializado, tais como: acesso à cirurgia bariátrica; fila única gerenciada pelo gestor municipal para a realização do procedimento cirúrgico; acompanhamento pós-operatório no serviço credenciado; e cirurgia plástica reparadora no serviço credenciado, decorridos dezoito meses da realização da cirurgia bariátrica.

Existe também um projeto de lei em tramitação, de n. 638/21, o qual exige que os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) disponham de equipamentos, leitos hospitalares e instalações adequadas a pacientes com massa corporal igual ou superior a 30kg/m² (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2021).

Ainda, destaca-se que, em análise na Câmara dos Deputados, o texto altera a Lei Orgânica da Saúde, incluindo entre os objetivos do SUS a atenção à saúde de pacientes com obesidade, de modo que o objetivo, de acordo com o texto, é garantir o bem-estar do paciente e a facilidade de exame pelo profissional de saúde responsável pelo atendimento. Para o deputado José Medeiros (Pode-MT), a ideia central é a melhoria da estrutura física das unidades de saúde para um atendimento mais customizado, mais voltado para amenizar as diferenças e, assim, auxiliar no atendimento mais equitativo (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2021).

Para Medeiros, hoje o acesso aos serviços de saúde pela população com obesidade pode enfrentar alguns obstáculos: “Os equipamentos, instalações e leitos hospitalares para internação são dimensionados e construídos tendo como parâmetro o atendimento a pessoas que apresentam índice de massa corporal considerado normal”, cita. “No atendimento aos obesos, há a dificuldade de atenção adequada ao paciente devido a problemas de movimentação, mudanças posturais e posicionamento correto para a realização do exame clínico ou de diagnóstico complementar”, acrescenta. (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2021, *online*)

2.2 DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

O direito à saúde, como cediço, é um direito fundamental que encontra previsão na Constituição Federal de 1988 em seu artigo 6º e, na sequência, também é previsto no artigo 196 e seguintes, da mesma Carta Magna. Além disso, é necessário destacar que se trata de direito de todos os indivíduos, ou seja, universal, e também dever estatal para que sejam implementadas políticas públicas sociais dispostas em lei própria, com o intuito de acesso igual e universal de suas medidas.

Destarte, a saúde para a Constituição Federal deve ser garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e também de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

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

Dessa maneira, destaca-se que o atendimento à saúde reclama serviços e ações de prevenção, tratamento e recuperação, em termos individualizados, requerendo, portanto, a intervenção legislativa que os regule, fiscalize e controle, como ocorre com a Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.080/90) (RAMOS, 2003).

Ingo Wolfgang Sarlet (2002, p. 43) remonta que a Constituição de 1988 não só proteger a saúde como bem jurídico digno de tutela, mas indo além, “consagrando a saúde como direito fundamental, outorgando-lhe, de tal sorte, uma proteção jurídica diferenciada no âmbito da ordem jurídico-constitucional pátria”.

De acordo com Paulo Bonavides (2006), os direitos sociais fizeram emergir determinada consciência de que a própria instituição brasileira deve ser resguardada e protegida, de modo que a saúde se encontra em meio aos bens intangíveis, cabendo, portanto, intensiva tutela estatal protetiva, haja vista ser interdependente do direito à vida.

O Supremo Tribunal Federal, em entendimento a respeito do presente assunto, firmou a seguinte tese:

Pacientes com esquizofrenia paranoide e doença maniaco-depressiva crônica, com episódios de tentativa de suicídio. Pessoas destituídas de

recursos financeiros. Direito à Vida e à Saúde. Necessidade imperiosa de se preservar, por razões de caráter ético jurídico, a integridade desse Direito essencial. Fornecimento gratuito de medicamentos indispensáveis em favor de pessoas carentes. Dever constitucional do Estado (arts. 5.º, caput, e 196 da CF/1988). Precedentes (STF). Abuso do Direito de Recorrer. Imposição de multa. Recurso agravado improvido. O direito à saúde representa consequência constitucional indissociável do direito à vida. (...) O Poder Público, qualquer que seja a esfera institucional de sua atuação no plano da organização federativa brasileira, não pode mostrar-se indiferente ao problema da saúde da população, sob pena de incidir, ainda que por censurável omissão, em grave comportamento inconstitucional". (BRASIL, 2007)

Nesse sentido, a saúde não pode ser considerada um mero estado biológico, mas sim tratando-se de uma questão de cidadania e de justiça social. Com isso, destaca-se a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), aprovada pela Resolução 217 da Assembleia Geral da ONU, a qual dispõe em seu artigo XXV que toda pessoa tem Direito a determinado padrão de vida que seja capaz de assegurar a si mesma e à sua família a saúde e o bem estar, bem como cuidados médicos e também o direito à segurança em caso de doença, consagrando, assim, a saúde como estado de bem-estar (OLIVEIRA; COSTA, 2011).

Para Sarlet (2002),

Assim, a saúde comunga, na nossa ordem jurídico-constitucional, da dupla fundamentalidade formal e material da qual se revestem os direitos e garantias fundamentais (e que, por esta razão, assim são designados) na nossa ordem constitucional. A assim designada fundamentalidade formal encontra-se ligada ao direito constitucional positivo e, ao menos na Constituição pátria, desdobra-se em três elementos: a) como parte integrante da Constituição escrita, os direitos fundamentais (e, portanto, também a saúde), situam-se no ápice de todo o ordenamento jurídico, cuidando-se, pois, de norma de superior hierarquia; b) na condição de normas fundamentais insculpidas na Constituição escrita, encontram-se submetidos aos limites formais (procedimento agravado para modificação dos preceitos constitucionais) e materiais (as assim denominadas "cláusulas pétreas") da reforma constitucional, ainda que a respeito da inclusão dos direitos sociais no elenco dos limites materiais (expressos ou implícitos) ainda se verifique acirrada controvérsia, aspecto sobre o qual voltaremos a os pronunciar; c) por derradeiro, nos termos do que dispõe o artigo 5º, parágrafo 1º, da Constituição, as normas definidoras de direitos e garantias fundamentais são diretamente aplicáveis e – para além do teor literal do dispositivo e de acordo com o magistério de significativa doutrina - vinculam diretamente as entidades estatais e os particulares. A respeito de cada um destes elementos caracterizadores da assim denominada fundamentalidade formal, notadamente sobre o seu sentido e alcance, ainda teremos oportunidade de nos manifestar. (SARLET, 2002, p. 43-44)

No que tange ao sentimento material, a saúde pode ser observada do ponto de vista da relevância do bem jurídico tutelado mediante a ordem constitucional, levando em conta a extrema importância da saúde para a vida humana. Dessa maneira, a saúde, além de ser considerada sob o ponto de vista existencial humano, também pode ser percebida com a dignidade, de modo que tão somente uma vida saudável é compatível com exigências do princípio da dignidade da pessoa humana. Assim, não basta que a saúde seja assegurada à manutenção e proteção da vida, de modo que a vida com sofrimento também constitui ausência de dignidade (SARLET, 2002).

Ainda em severa análise do direito à saúde, cumpre destacar que Marcelene Carvalho da Silva Ramos (2003) destaca que o mesmo tem duas faces: uma sendo a preservação da saúde e a outra de proteção/recuperação da saúde. Ainda, destaca a mesma que o direito à preservação da saúde tem como contrapartida as políticas que visam a redução do risco de doença, situando-se o próprio direito a um ambiente sadio. Já o direito à proteção e também à recuperação da saúde, trata-se de um direito individual à prevenção da doença e seu tratamento traduzido no acesso aos serviços e ações destinados à recuperação do doente. Logo, tem-se que no primeiro caso trata-se de típico direito de solidariedade, ao passo em que o segundo é típico direito fundamental à prestação positiva.

O artigo 199 da Constituição Federal e seus parágrafos destacam que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as diretrizes de descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e participação da comunidade (BRASIL, 1988).

Como é cediço, tal dispositivo dispõe sobre a liberdade conferida à iniciativa privada para, de maneira complementar, participar do sistema único de saúde, por meio de contrato de direito público ou convênio, seguindo as próprias diretrizes do SUS, onde há proibição de auxílios e subvenções, como também, vedando a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde, salvo expressa disposição legal (RAMOS, 2003).

No artigo 200, também da Constituição, encontra-se estabelecida a competência e atribuições do SUS, remetendo sua disciplina à lei, nos termos dos artigos 23, II e 24, XII, também da Constituição Federal de 1988.

Como destaca Ingo Sarlet (2002), é necessária toda a gama de disposições constitucionais, mas também integram, em última análise, os pactos internacionais ratificados pelo Brasil e incorporados ao ordenamento jurídico pátrio, sobre o direito à saúde na nossa ordem constitucional vigente, tratando-se de parametricidade cogente para todo e qualquer ato dos poderes públicos e também dos particulares.

2.2.1 Efetividade, políticas públicas e seus limites

Indubitavelmente, como anteriormente visto, o direito à saúde é direito fundamental social, ante sua importância, devendo ser garantido de maneira incondicional pelo Estado, em todas dimensões, de modo que ao assegurar o mencionado direito à sociedade, o Estado está cumprindo seu papel, vindo a tutelar o bem maior previsto no texto constitucional que é o bem da vida. Desta forma, restringir o direito à saúde não é de pertinência ao ordenamento jurídico brasileiro vigente, vez que possui aplicabilidade plena e imediata, não possibilitando qualquer mitigação a esse direito, sob pena de afrontar o próprio texto constitucional (OLIVEIRA; COSTA, 2011).

No que tange à eficácia das normas constitucionais veiculadoras do direito fundamental à saúde, vê-se já mesmo no Preâmbulo da Constituição Federal, e ainda, no artigo 3º, III, que os direitos sociais prestacionais encontram-se intimamente vinculados às funções do Estado na sua expressão enquanto Estado Democrático Social, que deve zelar por adequada e justa distribuição e redistribuições dos bens existentes, com o intuito de reduzir as desigualdades sociais (RAMOS, 2003).

Nesse mesmo sentido, destaca-se que é de demasiada dúvida que a Carta Magna positivou o direito à saúde como direito fundamental social, com inclusão do mesmo no Catálogo dos Direitos Fundamentais, em seu artigo 6º, ao passo em que “são direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição” (BRASIL, 1988).

Como ressaltar Ingo Wolfgang (2002):

Aspecto que aqui não será desenvolvido – mas que, por sua relevância, não podemos deixar de referir – diz com a possibilidade de se restringir, de determinado modo, o acesso às prestações estatais em matéria de saúde, excluindo determinadas pessoas (ou grupos) em determinadas circunstâncias, a despeito da aplicação, nesta seara, do princípio da titularidade universal. Com efeito, ainda mais considerando a crescente escassez de recursos e a cada vez maior dificuldade por parte do poder público e da sociedade em dar conta da demanda gerada pelos altos níveis de exclusão social, não há mais como deixar de questionar até que ponto a saúde é mesmo um direito de todos, ou se é possível, por exemplo - o que, de resto, já se verifica na prática do dia-a-dia – priorizar o atendimento da população carente, impondo-se aos mais favorecidos, ou o pagamento da prestação almejada, ou mesmo a adesão ao sistema privado de planos de saúde. Cuida-se, por certo, de tema polêmico a respeito do qual não ousamos aqui lançar o nosso entendimento, até mesmo por falta de espaço para desenvolver minimamente alguma posição. Todavia, parece-nos que também aqui assume um papel relevante a aplicação prudente dos princípios da isonomia (implicando uma compensação de sensíveis desigualdades fáticas) e da proporcionalidade, já que se encontram em pauta conflitos entre direitos fundamentais e limitações impostas a determinados grupos de titulares do direito à saúde, que não foram excluídos (nem mesmo parcialmente) por disposição expressa do nosso Constituinte. (SARLET, 2002, p. 49)

Germano Schwartz (2001) estabelece que por se tratar de direito fundamental, o direito à saúde acaba tornando a norma disposta no artigo 196 da CF/88 autoaplicável e com eficácia imediata, ao passo em que as políticas públicas de saúde são o meio de primeira efetivação de tal direito.

Como explicitado por Oliveira e Costa (2011), no direito à saúde deve-se destacar a necessidade da tutela jurisdicional com a finalidade de tornar eficaz o seu acesso quando o Estado não cumpre a disposição a qual se encontra prevista na Constituição de 1988. E é exatamente por isso a necessidade do controle, por parte da sociedade, da atuação do Estado na implementação do mencionado direito a partir da criação de políticas públicas que façam concretizar o seu acesso à saúde, priorizando a prevenção, mas sem deixar de lado as medidas curativas que atuam nas doenças já instaladas. Dessa maneira, tais doenças tem primordial importância no âmbito dos direitos sociais, visto que tais doenças dependem de atuação direta por parte do Poder Público, vez que se encontram na esfera dos Direitos Positivos.

Nesse sentido:

As políticas públicas, destarte, são programas de ação governamental visando a coordenar os meios à disposição do Estado e os planos privados, para a realização de metas socialmente relevantes e politicamente

determinadas. Em se tratando do Direito à Saúde, as suas políticas públicas, nos últimos tempos, têm sido de grande importância para a população de todo o país, mesmo sabendo que a sua implementação não tenha sido aplicada de forma justa e satisfatória. [...] Observa-se, portanto, a existência de um modelo de relações que fragmenta e desorganiza a classe subalterna ao apresentar como favor os Direitos do cidadão. Percebe-se ainda o crescimento da dependência de segmentos cada vez maiores da população, no que se refere à intervenção estatal, por não dispor de meios para satisfação de suas necessidades cotidianas. (OLIVEIRA; COSTA, 2011)

Ingo Sarlet (2002) destaca que o Estado tem disposição limitada sobre capacidade de dispor a respeito de objeto de prestações reconhecidas pelas normas definidoras dos direitos fundamentais sociais, de modo que a questão da limitação dos recursos implica em limite à efetivação de tais direitos:

De modo especial no que diz com os direitos fundamentais sociais, e contrariamente ao que propugna ainda boa parte da doutrina, tais normas de direitos fundamentais não podem mais ser considerados meros enunciados sem força normativa, limitados a proclamações de boas intenções e veiculando projetos que poderão, ou não, ser objeto de concretização, dependendo única e exclusivamente da boa vontade do poder público, em especial, do legislador. (SARLET, 2002, p. 52)

Ponto diverso que merece destaque urge no fato de que uns tempos para cá houve intensa privatização, definindo assim o grande investimento no setor de saúde com recursos e orçamentos da União produzido pelo setor privado, através do fortalecimento dos planos de saúde. Dessa maneira, é constatado um conjunto de ações destinadas aos Estados e municípios em que se distanciam das reais condições de saúde vivenciadas pela população brasileira, ao passo em que, como consequência, a população recebe uma prestação de serviços (OLIVEIRA; COSTA, 2011).

Para que seja possível a adequação e participação do Estado através das políticas públicas, torna-se inevitável observar as condições objetivas e os elementos que afetam tal realização. No entanto, o principal elemento que dificulta a eficácia das políticas públicas é o elemento financeiro, de modo que não há como não considerar o fator econômico ao momento de implementar novas políticas públicas (OLIVEIRA; COSTA, 2011).

Nesta senda, destaca Kátia de Oliveira e Jamille Costa (2011):

A inegável limitação de recursos para atender a todas às necessidades dos indivíduos não se deve inviabilizar a proteção de um conjunto mínimo de

condições para que eles possam viver de forma digna. Mesmo com o elemento limitador das políticas públicas – recursos financeiros – não se pode aceitar que seja o único argumento para justificar o fato de não atenderem às demandas decorrentes da garantia dos Direitos Fundamentais Sociais, principalmente o Direito à Saúde. (OLIVEIRA; COSTA, 2011, p. 86)

Fator importante destacado por Ingo Sarlet (2002) urge no fato de que a Constituição de 1988 não define, a não ser por termos gerais nos artigos 196 a 200, em que consiste efetivamente o objeto do direito à saúde. Em tese, do direito constitucional positivo não se infere, ao menos não expressamente, se o direito à saúde como direito a prestações abrange todo e qualquer tipo de prestação relacionada à saúde humana ou se este direito à saúde se encontra limitado às prestações básicas e vitais em termos de saúde, levando em consideração terminologias genéricas encontradas no texto constitucional.

É observado que, é de suma importância que sejam encontradas soluções para que haja maior e melhor equilíbrio entre a limitação dos recursos públicos e o dever do Estado em concretizar os direitos sociais, sendo importante, inclusive, a racionalização e a padronização no estabelecimento de determinados critérios para que haja o atendimento por parte do Estado, das demandas sociais (OLIVEIRA; COSTA, 2011).

2.2.2 O Sistema Único de Saúde (SUS) como política pública

Como afirmado pelo artigo 198, conforme visto anteriormente, a Constituição consagra o Sistema Único de Saúde, sendo este responsável diretamente pelos serviços e ações públicas no que diz respeito ao acesso à saúde, onde encontra-se organizada as seguintes diretrizes: a) descentralização, com direção única em cada esfera de governo; b) atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e c) participação da comunidade.

Além disso, o artigo 200, também da Constituição, dispõe que ao SUS compete:

- I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;
- II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;
- III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V - incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 85, de 2015)

VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho. (BRASIL, 1988)

Sobre o assunto, Jairnilson Silva Paim (2017) explicita que o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) o qual sustenta tal sistema é composto por entidades com mais de quatro décadas de história e de compromisso com a defesa do direito universal à saúde, contando com apoio de outras organizações, como a Associação Brasileira de Economia da Saúde (Abres), a Rede-Unida, os conselhos de saúde (nacional, estaduais e municipais), a Associação Nacional do Ministério Público em Defesa da Saúde (Ampasa), a Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), o movimento popular de saúde, dentre outras entidades.

Além disso, destaca Paim (2017), que o SUS dispõe de uma rede de instituições tanto de pesquisa quanto de ensino como universidades, institutos e escolas de saúde pública que interage com as secretarias estaduais e municipais, Ministério da Saúde, agências e fundações. Dessa maneira, essa rede contribui com a própria sustentabilidade institucional, possibilitando que um conjunto de pessoas adquiram conhecimentos, habilidades e valores vinculados aos princípios e diretrizes do SUS.

O Brasil empreendeu a descentralização de atribuições e de recursos, ampliando a oferta e o acesso aos serviços e ações, com impacto nos níveis de saúde. Essa diretriz constitucional, com comando único em cada esfera de governo, foi implementada em menos de uma década para 27 unidades da federação e quase 5.600 municípios, garantindo a participação da comunidade através de conferências e conselhos, bem como criando instâncias de pactuação, a exemplo das comissões intergestoras tripartite e bipartite. Esse processo de construção do SUS tem gerado entusiasmo e compromisso de trabalhadores da saúde vinculados às secretarias e ao Ministério, apesar das limitações impostas pela gestão do trabalho nas três esferas de governo que geram insatisfações nos serviços públicos. (PAIM, 2017, p. 4)

Com isso, denota-se que as redes regionalizadas e integradas voltadas à saúde oferecem condição estrutural mais adequada à efetivação da integralidade da atenção, vindo a reduzir os custos dos serviços por imprimir maior racionalidade sistêmica na utilização de recursos (Silva, 2011).

Para Jairnilson Silva Paim (2017), apesar da Constituição proclamar a saúde como direito de todos, bem como um dever do Estado, este último, através dos três poderes – executivo, legislativa e judiciário – não tem assegurado as condições objetivas para a sustentabilidade econômica e científico-tecnológica do SUS. Demais disso, destaca-se problemas de gestão como falta de profissionalização, uso clientelista e partidário dos estabelecimentos públicos, número excessivo de cargos de confiança, burocratização das decisões e descontinuidade administrativa, tem sido destacado, embora tais alternativas impliquem na desvalorização do trabalho através de terceirizações e precarização do trabalho.

2.3. CASOS CONCRETOS

Para exemplificar a situação crítica de precarização da saúde com relação às pessoas obesas, necessário se faz a explanação de casos concretos em que restou evidente a negligência estatal e a ausência de políticas públicas que efetivamente cubra sem discriminação para com relação à população obesa.

No Estado do Mato Grosso, no ano de 2018, exatamente pela falta de maca especial, paciente obeso morre à espera de transferência para UTI na cidade de Cuiabá. Conforme destacado pela matéria produzida pelo G1, Ananias de Oliveira, de 45 anos, pesava 160 kg e o Samu não tinha maca adequada para transportá-lo para outra unidade de saúde, de forma que durante a espera este sofreu três paradas cardíacas e morreu.

Nesta senda, em nota, a Secretaria de Saúde de Cuiabá informou que a ambulância da policlínica do Bairro Planalto, onde Ananias estava, não tem suporte avançado, por isso, não é usada para o transporte de pacientes em estado grave. Ainda, informou a pasta que o Samu foi acionado, mas alegou que não conseguiria fazer o transporte do paciente, pois no momento não tinha maca do tamanho compatível, para que ele fosse transportado em segurança.

Demais disso, na mesma matéria, foi explicitado que a Secretaria Estadual de Saúde (SES), em nota, disse que o Samu não realiza o transporte de paciente de uma unidade de saúde para outra e que a primeira ligação realizada por um familiar do paciente, não deixou explícito que se tratava de uma pessoa com obesidade mórbida. Não obstante, a secretaria disse que a médica a policlínica do Planalto pediu apoio do Samu para o transporte de um paciente para o Pronto Socorro de Cuiabá, alegando que a maca da ambulância do município não comportava o peso do paciente, visto se tratar de pessoa com obesidade mórbida.

Em caso análogo, no Estado de Minas Gerais, mais precisamente na cidade de Governador Valadares, ocorreu a morte de uma paciente com obesidade mórbida após espera de oito horas por atendimento, conforme explicitado por matéria disponibilizada pelo website da rádio Itatiaia.

O homem de 43 anos, que sofria de obesidade mórbida, morreu após a espera de longas oito horas a um atendimento de dentro de uma ambulância estacionada na porta do Hospital Municipal de Governador Valadares. Todavia, o paciente chegou a ser encaminhado para a cidade de Barra de São Francisco, no Estado do Espírito Santo, porém, a unidade de saúde do município não teria leito disponível para atendê-lo, tendo sido transferido para o mencionado hospital de Governador Valadares (KIFER, 2020).

Como destacado pela notícia, quando o hospital de Governador Valadares conseguiu uma vaga para o paciente, o Corpo de Bombeiros foi acionado, por volta de dezenove horas da noite, para ajudar a transferi-lo da maca da ambulância para a maca do hospital devido a obesidade mórbida, desta feita, o paciente foi internado na enfermaria do segundo andar do hospital, porém não resistiu e morreu. A Secretaria Municipal de Saúde se posicionou através de nota, tendo o hospital alegado que o paciente foi atendido no fim de tarde, mas não resistiu e faleceu (KIFER, 2020).

Nessa perspectiva, as ações e os discursos governamentais de "combate à obesidade" são também "exercícios de poder" que estão inseridos em uma "governamentalidade", tendo como horizonte a "noção do governo pela verdade". Governo compreendido não como uma "instância suprema de decisões executivas e administrativas em um sistema estatal", mas como algo que envolve os "mecanismos e procedimentos destinados a conduzir os homens, a dirigir a conduta dos homens, a conduzir a conduta dos homens". A onipotência do discurso médico atravessa o corpo social e não raramente associa a obesidade a outros comportamentos indesejados como, por exemplo, o sedentarismo. Por tudo o que representam de riscos e de

indesejáveis, sedentarismo e obesidade costumam estar na mira da maioria das campanhas e das políticas de saúde governamentais gerenciadas pelo biopoder. Assim, apesar de preservada as suas particularidades, obesos e sedentários¹⁵ constituem o alvo prioritário dos discursos biomédicos morais, espalhados pelo corpo social, em que "[...] o termo 'normal' tem brindado os valores de referência para toda e qualquer classificação". Desse modo, mesmo se considerarmos as últimas reconfigurações da modernidade, como a possibilidade de estarmos transitando de uma "Sociedade Disciplinar", no sentido que assinou Foucault (1996a), para uma "Sociedade de Controle", conforme apontou Deleuze (1992), os discursos biomédicos normatizadores referentes à saúde, ao corpo e ao sujeito continuam a existir e a multiplicarem-se, renovando as suas estratégias e as suas máquinas discursivas. (RIGO; SANTOLIN, 2012, p. 288)

3 CONSIDERAÇÕES GERAIS

O presente trabalho teve como objetivo a análise do tema da obesidade inserida no contexto do direito à saúde, visto que se trata de uma comorbidade que cada vez mais atinge as pessoas ao redor do mundo, vindo a se tornar um problema de preocupação a nível não só nacional, mas também mundial. Nesta senda, tratando-se de um assunto de saúde pública, espera-se que o Estado cumpra com políticas públicas capazes de sustentar todas as demandas as quais uma pessoa obesa pode vir a necessitar.

Para compreender a extensão do tema em debate, primeiramente buscou-se a compreensão da doença da obesidade como um todo, desde sua evolução histórica, sendo que no antepassado a obesidade era idolatrada como forma de corpo padrão, ao passo em que com o avanço do tempo, tornou-se um problema de saúde pública. Além do mais, avaliar o conceito de obesidade também foi intrinsecamente essencial, tendo em vista que para responder à problemática da presente questão foi necessária a compreensão no cerne de tal doença tão debatida e até mesmo considerada subversiva.

Todavia, como observado no presente trabalho, a obesidade não pode ser considerada uma obesidade oriunda do desleixo de uma pessoa para com seu corpo, mas devendo-se levar em consideração também que diversos fatores são favoráveis ao desenvolvimento da doença, desde a facilidade do mundo moderno até mesmo à presença de doenças psicológicas que influenciam na incidência do problema.

Ainda, para se considerar uma pessoa obesa, é necessário atender a alguns critérios e classificação específica, medida pelo cálculo do índice de massa corporal (IMC), de modo que é calculado como a razão da massa corporal pela estrutura ao quadrado.

Destarte, tratando-se da obesidade inserida no contexto legal brasileiro, denota-se que é clara a necessidade de existência de normas que possam equiparar oportunidade para pessoas obesas com o intuito de que se formule a avaliação da realização de políticas públicas, bem como ações a nível nacional e regional para que haja equiparação e segurança jurídica. Com base nisso, alguns estados brasileiros reconhecem a diversidade dessa população, principalmente no tocante à necessidade de apoio, como visto.

O direito à saúde, como observado, é um direito fundamental que encontra previsão na Constituição Federal de 1988 em seu artigo 6º e, na sequência, também é previsto no artigo 196 e seguintes, da mesma Carta Magna. Além disso, é necessário destacar que se trata de direito de todos os indivíduos, ou seja, universal, e também dever estatal para que sejam implementadas políticas públicas sociais dispostas em lei própria, com o intuito de acesso igual e universal de suas medidas.

Ainda, neste sentido, é preciso destacar que para a implementação de políticas públicas, é necessário que sejam encontradas soluções para que haja maior e melhor equilíbrio entre a limitação dos recursos públicos e o dever do Estado em concretizar os direitos sociais, sendo importante, inclusive, a racionalização e a padronização no estabelecimento de determinados critérios para que haja o atendimento por parte do Estado, das demandas sociais, principalmente no problema tratado em questão, o da população obesa.

No entanto, como foi possível perceber, não é o que acontece na realidade, tendo em vista que no Brasil houve dois casos práticos em que pessoas portadoras de obesidade mórbida faleceram em razão da ausência de políticas públicas capazes de fornecer o mínimo – que é a saúde – como forma de assegurar à vida dos mesmos. Denota-se, portanto, que a ausência de políticas públicas e legislação no Brasil é um grande problema, o que dificulta drasticamente o acesso da população obesa brasileira à saúde.

4 CONCLUSÃO

A obesidade, sem sombra de dúvidas, cada vez tem sido mais comum, tão, a ponto de ser considerada doença crônica pela Organização Mundial de Saúde e ser considerada epidemia no Brasil.

Porquanto, a partir do presente trabalho foi possível concluir que a predominância na legislação brasileira é a de classificar, recomendar e prescrever tratamentos médicos como maneiras de “combater” a obesidade. Outrossim, como foi analisado, raríssimas são as leis que se preocupam em garantir os direitos constitucionais da população obesa.

Não bastasse as condições oriundas da patologia, como maior risco de vida, à aparição de doenças como diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares, dentre outras, ainda assim, a população obesa sofre com efeitos psicológicos do preconceito e da discriminação, lhe acarretando inúmeros transtornos e até mesmo maior persistência e permanência na condição de obesa, em que pese se tratar de doença crônica.

Dentre os poucos casos legais em que houve garantia do princípio da isonomia e real preocupação em se combater o preconceito da obesidade, destaca-se o município de Matão, do Estado de São Paulo, onde houve a prevalência do acesso da pessoa obesa a possibilidades que naturalmente deveriam ser resguardadas por toda população obesa em âmbito nacional e não tão somente como lei municipal.

Ademais, o preconceito e a discriminação também aparecem incutidos até mesmo na linguagem jurídica do legislador, quando lida com o tema recorrendo à expressão “combate à obesidade”, conceito em que se usa amplamente na sociedade brasileira.

Destarte, é necessário destacar também que a obesidade é tratada de forma que diversas áreas se cruzam, como o Direito, a Medicina, a Sociologia, a Ética e a Nutrição. Nesta senda, assinala-se que a pertinência da obesidade em ser tratada tão somente como uma perigosa patologia, que merece ser “combatida” e assim gerando na sociedade a tão presente gordofobia, é equivocada, tendo em vista que a obesidade se trata de uma questão política, cultural e social. Principalmente, a obesidade é uma questão de governo, de atuação estatal.

Ademais, indubitavelmente, pela relevância e atualidade do tema, é preciso considerar a importância da realização de maiores e mais aprofundados estudos sobre o mesmo, principalmente no tocante à ausência de políticas públicas e previsões legais no assunto.

REFERÊNCIAS

ABESO. **Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica**. Diretrizes brasileiras de obesidade 2009/2010. 3.ed. Itapevi: AC Farmacêutica, 2009, p. 11.

ALMEIDA, Sebastião Sousa; ZANATTA Daniela Peroco; REZENDE Fabiana Faria. **Imagem corporal, ansiedade e depressão em pacientes obesos submetidos à cirurgia bariátrica**. Universidade de São Paulo. Estudos de Psicologia, 17(1), janeiro-abril/2012, 153-160.

BERTIN, Célia. **A mulher nos tempos de Freud**. São Paulo, Cia das Letras, 1988.

BONAVIDES, Paulo. **Curso de direito constitucional**. 18 ed. São Paulo: Malheiros, 2006.

_____. **Curso de direito constitucional**. 28 ed. São Paulo: Malheiros, 2013.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto prevê que serviços do SUS sejam adequados a pacientes com obesidade**. Agência Câmara dos Deputados. Publicada 08/03/2021. Disponível em: < <https://www.camara.leg.br/noticias/731746-projeto-preve-que-servicos-do-sus-sejam-adequados-a-pacientes-com-obesidade/>> Acesso em: 10 out 2021.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 10 out 2021.

_____. Supremo Tribunal Federal. **AgRg em RE**, 2.^a T., j. 12.12.2006, rel. Min. Celso de Mello, DJ 02.02.2007.

CAMPIDELLI, Camila Maiara. **Obesidade e a Discriminação: o que o Direito tem a dizer quando uma pessoa é impedida de assumir um cargo público**. Monografia (Bacharel em Direito) – Curso de Direito, Faculdade do Norte Novo de Apucarana (FACNOPAR). Apucarana, 2017.

CANOTILHO, J.J. Gomes. **Direitos constitucionais**. Coimbra: Almedina, 1996.

CARDOSO, Janaina Cristina; MORELLI, Graziela. **Na Contramão Da Passarela: O Impacto Da Obesidade No Padrão De Beleza Social E No Mercado De Moda Contemporâneo**. UNIFEBE, VII Colóquio de Moda. 2010.

CAVALCANTE, Paula. **Evolução histórica da obesidade e de outras doenças crônicas no Brasil**. Disponível em: <https://paulacavalcantepersonal.wordpress.com/2013/02/18/evolucao-historica-da-obesidade-e-de-outras-doencas-cronicas-no-brasil/>. Acesso em: 14 out 2021.

DELGADO, Mauricio Godinho; DELGADO, Gabriela Neves. **Constituição da República e direitos fundamentais: dignidade da pessoa humana, justiça social e direito do trabalho**. 2. ed. São Paulo: LTr, 2013.

DIAS, Patrícia Camacho; HENRIQUES, Patrícia; ANJOS, Luiz Antonio dos; BURLANDY, Luciene. **Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro**. Cad. Saúde Pública 2017; 33(7).

HOUAISS, Antônio. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Objetiva. 2001. p.2041.

NUNES JÚNIOR, Vidal Serrano. **Manual de direitos difusos**. São Paulo: Editora Verbatim, 2009.

LAVEZO, Marcos. **Professora é considerada obesa e fica impedida de lecionar no Estado**. G1, 2014.

MAGALHÃES, Paula Mitoso da Silva; TAVARES FILHO, Thomé Eliziário; TAVARES, Bruno Mendes. **A terapia cognitivo-comportamental e seus efeitos no tratamento dos transtornos do comportamento alimentar**. Revista de Psicologia da IMED, vol.1, n.2, p. 160-168, 2009.

OLIVEIRA, Kátia Cristine Santos de; COSTA, Jamille Coutinho. **Direito à Saúde: da (in)efetividade das políticas públicas à sua judicialização como forma de garantir o mínimo existencial**. Revista de Direito Brasileira (RDBras 1). Justiça Constitucional. 2011.

OLLAÇO, Janine Helfst Leicht. **Um olhar antropológico sobre o hábito de comer fora**. CamposRev. Antropol. Social, v. 4, p. 171-194, 2003.

PAIM, Jairnilson Silva. **Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos**. Ciência & Saúde Coletiva. 23 (6), jun. 2018.

PARRIÃO, Ana Caroline Fernandes. **A necessidade de legitimar o direito dos obesos**. In: Âmbito Jurídico. 2017. Disponível em: <> Acesso: 13 out 2021.

PIOVESAN, Flávia. **Direitos humanos, o princípio da dignidade humana e a constituição de 1988**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2005.

POR FALTA de maca especial, paciente obeso morre à espera de transferência para UTI em Cuiabá. In: **G1**, Mato Grosso. Disponível em: < <https://g1.globo.com/mt/mato-grosso/noticia/paciente-obeso-morre-a-espera-de-maca-especial-para-ser-transferido-a-uti-em-cuiaba.ghtml>> Acesso em: 13 out 2021.

QUEIROZ, Renato da Silva; OTTA, Emma. **O corpo do brasileiro: Estudos de estética e beleza**. Renato da Silva Queiroz organizador. São Paulo: Editora SENAC São Paulo, 2000.

RAMOS, Marcelene Carvalho da Silva. **O Direito Fundamental à Saúde na Perspectiva da Constituição Federal**. A&C Revista de Direito Administrativo e Constitucional. Ano 3, n. 11, jan/mar. 2003. Belo Horizonte: Fórum, 2003.

RIGO, Luiz; SANTOLIN, Cezar. **Combate à obesidade: uma análise da legislação brasileira**. Revista Movimento, Porto Alegre, v. 18, n. 02, p. 279-296, abr/jun de 2012.

SANTOS, Eduardo Carvalho dos. **O peso da obesidade para a sociedade: análise de aspectos jurídicos-constitucionais**. Conteúdo Jurídico, Brasília-DF: 01 set. 2014.

SÃO PAULO. Lei nº 12.283, de 22 de fevereiro de 2006. **Política de combate a obesidade e ao sobrepeso**– “São Paulo mais leve”. São Paulo” Disponível em: < <https://www.al.sp.gov.br/norma/61443>>. Acesso em: 04 out 2021.

_____. Lei nº 3864 de 17 de julho de 2007. **Veda quaisquer formas de discriminação aos portadores de obesidade mórbida no âmbito do município de Matão e dá outras providências.** São Paulo. Disponível em: <<https://legislacaodigital.com.br/Matao-SP/LeisOrdinarias/3864-2007>>. Acesso em: 04 out 2021.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Contornos do Direito Fundamental à Saúde na Constituição de 1988.** Revista da Procuradoria-Geral do Estado do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, v. 25, n. 56, p. 41-62, jul/dez, 2002.

SCHWARTZ, Germano. **Direito à saúde: efetivação em uma perspectiva sistêmica.** Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

SILVA, Silvio Fernandes. **Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil).** Ciência & Saúde Coletiva, 16(6): 2753-2762, 2011.

WANDERLEY, Emanuela Nogueira; FERREIRA, Vanessa Alves. **Obesidade: uma perspectiva plural.** Revista Ciência e Saúde Coletiva, 15 (1): 185-194, 2010.

WYNGARDEN, J. B.; SMITH, L. M. **Tratamento de medicina interna.** 18. ed. v. 1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1990 p.110.