

VI ENCONTRO VIRTUAL DO CONPEDI

DIREITO E SAÚDE

JANAÍNA MACHADO STURZA

IARA PEREIRA RIBEIRO

EMERSON AFFONSO DA COSTA MOURA

RENATA CAPRIOLLI ZOCATELLI QUEIROZ

Todos os direitos reservados e protegidos. Nenhuma parte destes anais poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os meios empregados sem prévia autorização dos editores.

Diretoria - CONPEDI

Presidente - Prof. Dr. Orides Mezzaroba - UFSC - Santa Catarina

Diretora Executiva - Profa. Dra. Samyra Haydêe Dal Farra Naspolini - UNIVEM/FMU - São Paulo

Vice-presidente Norte - Prof. Dr. Jean Carlos Dias - Cesupa - Pará

Vice-presidente Centro-Oeste - Prof. Dr. José Querino Tavares Neto - UFG - Goiás

Vice-presidente Sul - Prof. Dr. Leonel Severo Rocha - Unisinos - Rio Grande do Sul

Vice-presidente Sudeste - Profa. Dra. Rosângela Lunardelli Cavallazzi - UFRJ/PUCRio - Rio de Janeiro

Vice-presidente Nordeste - Profa. Dra. Gina Vidal Marcilio Pompeu - UNIFOR - Ceará

Representante Discente: Prof. Dra. Sinara Lacerda Andrade - UNIMAR/FEPODI - São Paulo

Conselho Fiscal:

Prof. Dr. Caio Augusto Souza Lara - ESDHC - Minas Gerais

Prof. Dr. João Marcelo de Lima Assafim - UCAM - Rio de Janeiro

Prof. Dr. José Filomeno de Moraes Filho - Ceará

Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva - UFS - Sergipe

Prof. Dr. Valter Moura do Carmo - UNIMAR - São Paulo

Secretarias

Relações Institucionais:

Prof. Dra. Daniela Marques De Moraes - UNB - Distrito Federal

Prof. Dr. Horácio Wanderlei Rodrigues - UNIVEM - São Paulo

Prof. Dr. Yuri Nathan da Costa Lannes - Mackenzie - São Paulo

Comunicação:

Prof. Dr. Liton Lanes Pilau Sobrinho - UPF/Univali - Rio Grande do Sul

Profa. Dra. Maria Creusa De Araújo Borges - UFPB - Paraíba

Prof. Dr. Matheus Felipe de Castro - UNOESC - Santa Catarina

Relações Internacionais para o Continente Americano:

Prof. Dr. Heron José de Santana Gordilho - UFBA - Bahia

Prof. Dr. Jerônimo Siqueira Tybusch - UFSM - Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Paulo Roberto Barbosa Ramos - UFMA - Maranhão

Relações Internacionais para os demais Continentes:

Prof. Dr. José Barroso Filho - ENAJUM

Prof. Dr. Rubens Beçak - USP - São Paulo

Profa. Dra. Viviane Coêlho de Séllos Knoerr - Unicritiba - Paraná

Eventos:

Prof. Dr. Antônio Carlos Diniz Murta - Fumec - Minas Gerais

Profa. Dra. Cinthia Obladen de Almendra Freitas - PUC - Paraná

Profa. Dra. Livia Gaigher Bosio Campello - UFMS - Mato Grosso do Sul

Membro Nato - Presidência anterior Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa - UMICAP - Pernambuco

D597

Direito e saúde [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI

Coordenadores: Emerson Affonso da Costa Moura; Iara Pereira Ribeiro; Janaína Machado Sturza; Renata Capriolli Zocatelli Queiroz – Florianópolis; CONPEDI, 2023.

Inclui bibliografia

ISBN: 978-65-5648-732-8

Modo de acesso: www.conpedi.org.br em publicações

Tema: Direito e Políticas Públicas na era digital

1. Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Encontros Nacionais. 2. Direito. 3. Saúde. VI Encontro Virtual do CONPEDI (1; 2023; Florianópolis, Brasil).

CDU: 34



VI ENCONTRO VIRTUAL DO CONPEDI

DIREITO E SAÚDE

Apresentação

DIREITO E SAÚDE

O VI Encontro Virtual do Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito (CONPEDI), o maior encontro da pesquisa e pós-graduação jurídica do país, teve como tema “Direito e Políticas Públicas na era digital”. Como de costume, o Encontro Virtual do CONPE-DI promoveu uma ampla integração acadêmica, com a participação de pesquisadores de todas as regiões do país e do exterior.

Neste cenário, o GT Direito e Saúde contou com trabalhos de grande relevância no que concerne às mais diferentes possibilidades de interlocução com as pautas vinculadas à saúde. Foram 24 trabalhos apresentados por pesquisadores de diferentes partes do Brasil – consolidando o quê tradicionalmente vem acontecendo neste GT: discussões e reflexões vislumbrando a saúde como direito universal diante de grandes desafios, com desdobramentos, avanços e retrocessos, em busca de se alcançar um Direito à Saúde mais justo e equitativo.

Para tanto, o GT foi organizado em 4 blocos de apresentação, no sentido de equalizar os debates. No primeiro bloco foram apresentados 6 artigos, dentre os quais: “A SAÚDE PÚBLICA FRENTE A FRATERNIDADE E O BIOTERRORISMO: DA GOVERNAMENTALIDADE BIOPOLÍTICA DA POPULAÇÃO AO DISCIPLINAMENTO /CONTROLE DOS CORPOS PELA SOFISTICAÇÃO DA GUERRA”, de autoria de Janaína Machado Sturza, Gabrielle Scola Dutra e Mariana Chini, o qual teve objetivo fomentar uma reflexão acerca da compreensão da saúde pública enquanto um bem comum da humanidade, frente a temática do bioterrorismo como tecnologia bélica de poder no âmbito da utilização de armas biológicas como escolha de guerra. O segundo artigo, intitulado “SAÚDE E GÊNERO: A DINÂMICA IDENTITÁRIA DAS MULHERES TRANSMIGRANTES SOB AS LENTES TRANSDICPLINARES DA FRATERNIDADE”, de autoria de Janaína Machado Sturza e Gabrielle Scola Dutra, o qual buscou analisar o fenômeno do acesso à saúde e a feminização das migrações que articulam uma diáspora de precariedade ao longo do percurso migratório, fragmentando a potência existencial feminina e cambiando identidades. O próximo trabalho, “A INSEGURANÇA JURÍDICA CAUSADA NA APLICAÇÃO DO TEMA 793 DO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL”, de autoria de José Adelar de Moraes, teve por

objetivo analisar a Competência da União, dos estados e dos Municípios, ante a tese firmada no Tema 793. Já o trabalho “A SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE COMO DIREITO FUNDAMENTAL E SUA RELAÇÃO COM O MÍNIMO EXISTENCIAL”, de autoria de Horácio Monteschio e João Marcos Lisboa Feliciano, objetivou examinar e estudar as disposições normativas concernentes à saúde como direito fundamental e humano, em especial e prioritariamente para aqueles indivíduos em formação, como as crianças e os adolescentes. O penúltimo texto do bloco, “APONTAMENTOS SOBRE A TERCEIRIZAÇÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS NO SUS: UMA ANÁLISE SOB A PERSPECTIVA REGULATÓRIA EM PROL DO DIREITO À SAÚDE”, de autoria de Mikaele dos Santos e Ale-jandro Martins Vargas Gomez, buscou demonstrar a viabilidade do uso da atividade privada, a partir de um modelo de regulação estatal levado a sério na terceirização de serviços de especialidades médicas no SUS, para a expansão do acesso ao direito à saúde. Por fim, o último texto apresentado neste primeiro bloco, “AS CÂMARAS PÚBLICAS DE CONCILIAÇÃO COMO INSTRUMENTO DE ACESSO À JUSTIÇA NA GESTÃO DE CONFLITOS NA ÁREA DA SAÚDE”, de autoria de Guilherme Masaiti Hirata Yendo , Aline Ouriques Freire Fernandes e Gustavo Erlo analisou o papel desempenhado pelas Câmaras Públicas de Conciliação na resolução consensual de conflitos na área da saúde envolvendo cidadãos e a Administração Pública.

O segundo bloco contou com a discussão de diversos temas atuais e relevantes, iniciou-se pela apresentação do artigo “BIG DATA E O DIREITO CONSTITUCIONAL À SAÚDE EM 2022, O ANO EM QUE FINGIMOS QUE A PANDEMIA ACABOU”, dos autores Carlos Alterto Rohrmann, Bárbara Henriques Marques e Maria Eduarda Padinha Xavier, o qual abordou a análise do uso de big data e o tratamento de dados pessoais de pessoas doentes demonstrando que a criação e o uso da big data é uma importante ferramenta a ser validada pelo direito. Na sequência, foi apresentado o artigo “CÉLULAS-TRONCO A LEI DE BIOSSEGURANÇA: PREJUÍZOS OU BENEFÍCIOS PARA O FOMENTO DA SAÚDE PÚBLICA?”, de autoria de Juliana de Andrade e Ana Soares Guidas, o qual teve como objetivo conhecer o uso das células tronco na saúde pública analisando sua importância, chegando a conclusão que a pesquisa e uso de células-tronco na saúde pública deve centrar-se na necessidade e legitimidade em prol da vida e da saúde. Em seguida o artigo “CONSEQUÊNCIAS DE O DIREITO À SAÚDE SER UM DIREITO HUMANO E FUNDAMENTAL”, dos autores Danilo de Oliveira, Carol de Oliveira Abud e Marcelo Lamy apresentou a motivação e justificativa das notas caracterizadoras do direito à saúde como conceitos estruturantes fundamentais concluindo que os preceitos indicativos das notas precisam ser considerados por sua essência originária. Os autores Dandara Trentin Demiranda, Vitor Prestes Olinto e José Ricardo Cartano Costa, autores do artigo “DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE? DEBATES SOBRE A SUA EFETIVAÇÃO A PARTIR DA

ANÁLISE DO ORÇAMENTO PÚBLICO, o qual abordou sobre a importância do SUS e compreender de que modo as restrições orçamentárias podem afetar a efetivação do direito fundamental à saúde. O penúltimo trabalho apresentado neste bloco foi o artigo “DIREITOS HUMANOS, DIREITO À VIDA E À SAÚDE. BASES REFLEXIVAS PARA O DEBATE DO CONTROLE SOCIAL FRENTE À PANDEMIA DA COVID-19”, de autoria Luciano Mamede De Freitas Junior , Cassius Guimaraes Chai, que demonstrou que as normas constitucionais e infraconstitucionais são importantes ferramentas jurídicas na garantia da participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos na área da saúde, nas quais a participação da sociedade na definição da alocação dos recursos destinados às políticas sociais, priorizando o direito social à saúde, configurando-se condição fundamental para a garantia do direito à vida. Por fim, o artigo ESTADO DE COISAS INCONSTITUCIONAL NO DIREITO À SAÚDE, de autoria de Janaina Mendes Barros De Lima, introduziu uma proposta de solução para um problema complexo que envolve o direito fundamental à saúde, possibilitando uma discussão em torno do processo do ECI.

O terceiro bloco foi iniciada com a análise do caso concreto do Estado da Bahia, “GASTOS COM SAÚDE NO ESTADO DA BAHIA 2015-2019: DIREITO SOCIAL AMEAÇADO”, dos autores Bruno Gil de Carvalho Lima , Alexandre Douglas Zaidan de Carvalho, o qual concluiu que a saúde não ficou imune a contingenciamentos e desvinculações de rubricas, que o investimento por habitante não cresceu na proporção das necessidades, que tem havido uma prevalência dos repasses a prestadores privados à custa do sacrifício dos serviços próprios, com metas e objetivos não atingidos nos planos e pactos de saúde. Na sequência o artigo "GORDOFOBIA- OS CORPOS OBESOS E UMA HERMENÊUTICA ATENDA AOS DIREITOS FUNDAMENTAIS”, dos autores Tais Martins , Andréa Arruda Vaz , Sérgio Czajkowski Jr, apontou que a obesidade e a saúde são temas de estudo e pesquisa instigantes em diversas searas hermenêuticas. A saúde e o bem-estar devem corporificar a centralidade dos debates. A proteção dos dados pessoais não ficou de fora da discussão do GT, o artigo “LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS NA MEDICINA VETERINÁRIA”, das autoras deixou claro que é necessário que os profissionais da Medicina Veterinária adotem medidas técnicas e organizacionais para garantir a segurança dos dados, como a criptografia e o controle de acesso e que, nos casos de vazamento, o profissional deve comunicar imediatamente as autoridades competentes e os titulares dos dados afetados. O trabalho seguinte, “MARCOS JURÍDICOS E CONCEITUAIS DA SAÚDE: SAÚDE INDIVIDUAL, SAÚDE SOCIAL, SAÚDE AMBIENTAL E SAÚDE SOCIOAMBIENTAL”, dos autores Carol de Oliveira Abud , Danilo de Oliveira , Marcelo Lamy, evidenciou que ao conceituar saúde não se evidencia uma distinção radical entre os conceitos estabelecidos em cada tempo histórico. O combate à COVID 19 foi o assunto

abordado pelos Antonio Ricardo Surita dos Santos , Victor Hugo Tejerina Velázquez no artigo intitulado “O COMBATE À CO-VID-19 NAS VISÕES DO UTILITARISMO E DA JUSTIÇA COMO EQUIDADE DE RAWLS”, que demonstrou que o Utilitarismo e a Teoria de Justiça de John Rawls (justiça como equidade) apresentam respostas distintas para tal conflito, o primeiro privilegiando a satisfação da maioria em detrimento da minoria e a segunda destacando a importância dos interesses da minoria mais desprotegida. Finalizando, o último artigo do bloco três, “O DIREITO DIGITAL E O ACESSO À SAÚDE”, dos autores Joice Cristina de Paula , Lara Paulina Cedro Fraga , Thiago Silva Da Fonseca ressaltou a relevância da abordagem desta temática para melhor reflexão sobre a relevância da utilização dos meios tecnológicos para efetivação do direito à saúde junta-mente com a necessidade de proteção dos dados dos usuários.

Por fim, no quarto e último bloco, o artigo “O FINANCIAMENTO DO DIREITO À SAÚDE E OS EFEITOS DA AÇÃO DIRETA DE INCONSTITUCIONALIDADE 5595”, de Urá Lo-bato Martins, os impactos do julgamento pelo STF da ADI 5.595 que teve como a finalidade de obter a declaração de inconstitucionalidade de dois artigos da EC 86/15, o artigo 2º e o 3º que trataram sobre critérios para as alocações de recurso orçamentários. No artigo “O NECESSÁRIO IMPLEMENTO DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA EFETIVAR O DIREITO À SAÚDE EM MOÇAMBIQUE”, Mario Jorge Philocreon De Castro Lima e Augusto Checue Chaimite se debruçam sobre as dificuldades e complexidades que envolvem a criação, promoção, implementação, proteção e execução de políticas públicas de saúde em um país periférico e de modernidade tardia como Moçambique. O artigo “OS CUSTOS DOS DIREITOS SOCIAIS, A JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE E O APELO MEDIÁTICO” de Janaina Mendes Barros De Lima e Ranivia Maria Albuquerque Araújo enfatiza a necessidade de concretização do direito ao acesso à saúde e à vida, principalmente no que se refere aos pacientes que são portadores de deficiência grave e necessitam de medicamentos de alto custo. O autor Orlando Oliveira Da Nóbrega Junior no artigo “OS PROCEDIMENTOS DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA À LUZ DOS PLANOS DE SAÚDE: OS PARÂMETROS PARA A FUNDAMENTAÇÃO LEGÍTIMA DA COBERTURA EM FACE DA INDIVIDUALIZAÇÃO DA DEMANDA” analisa a jurisprudência baiana que sistematicamente tem negado o tratamento em reprodução assistida com fundamento apenas no Recurso repetitivo do STJ e no Enunciado 20 do TJ/BA. A atuação do profissional médico em redes sociais de forma não individualizada tema do artigo “RESPONSABILIDADE CIVIL DOS MÉDICOS NO AMBIENTE DIGITAL: AS CONSEQUÊNCIAS JURÍDICAS DA DIVULGAÇÃO PÚBLICA DE ORIENTAÇÕES DE SAÚDE NO AMBIENTE DIGITAL” de Camila Braga da Cunha que se detém na distinção entre conteúdo educativo e indicação de procedimento terapêutica para identificar a ilicitude de conduta que enseja responsabilidade civil. O dever da administração pública de publicizar dados epidemiológicos

foi demonstrado no artigo “SINDEMIA DE SARS-COV-2, TRANSPARÊNCIA E DEMOCRACIA: CONSTITUCIONALISMO COMPROMISSÓRIO E SOCIAL NAS ADPFS 690, 691 E 69”2 de Krishina Day Carrilho Bentes Lobato Ribeiro e Leandro Cavalcante Lima.

Portanto, é possível perceber que o GT Direito e Saúde vêm contribuindo não somente para os debates acadêmicos à partir de suas diferentes abordagens, mas também representa uma grande possibilidade de contribuição para a consolidação e efetivação do direito à saúde como um direito universal e equitativo.

Janaína Machado Sturza – UNIJUI

Iara Pereira Ribeiro – USP

Renata Capriolli Zocatelli Queiroz – Faculdades Londrina

**MARCOS JURÍDICOS E CONCEITUAIS DA SAÚDE: SAÚDE INDIVIDUAL,
SAÚDE SOCIAL, SAÚDE AMBIENTAL E SAÚDE SOCIOAMBIENTAL**

**LEGAL AND CONCEPTUAL FRAMEWORKS OF HEALTH: INDIVIDUAL
HEALTH, SOCIAL HEALTH, ENVIRONMENTAL HEALTH AND SOCIO-
ENVIRONMENTAL HEALTH**

Carol de Oliveira Abud ¹

Danilo de Oliveira ²

Marcelo Lamy ³

Resumo

Introdução: A percepção do que é a própria saúde e de qual deve ser o seu conceito para o Direito depende do que compreendemos como conceito e da historicidade. Objetivo: Analisar marcos jurídicos que atingem a ideia de saúde, sob a perspectiva de sua evolução individual, social e ambiental, evidenciando a estruturação de sua constante adequação. Método: Estudo qualitativo, de abordagem descritivo-positivista, caracterizado por revisão narrativa de literatura, com base nos dados obtidos de artigos científicos da base Scielo e Google Scholar, sites oficiais do governo, sites oficiais da Organização das Nações Unidas e da Organização dos Estados Americanos. Resultados: Percebe-se que, embora os conceitos surjam em diferentes momentos ou marcos históricos, as suas variantes se completam e se interligam. Conclusão: Ao conceituar saúde não se evidencia uma distinção radical entre os conceitos estabelecidos em cada tempo histórico. Observa-se o movimento de variantes sociais e ambientais que acrescentam e ampliam a variante individual, desvelando abertura a novos marcos conceituais.

Palavras-chave: Vigilância sanitária, Meio ambiente e saúde pública, Direito sanitário, Política de saúde, Educação em saúde

Abstract/Resumen/Résumé

Introduction: The perception of health and its concept is structured under two scopes, the criterion of legal interpretation of the 'concept' and the criterion of a variable due to the temporal condition, which changes throughout history. Objective: To analyze some legal frameworks that deal with health, from the perspective of its individual, social and

¹ Doutoranda PPG Ciência e Tecnologia Ambiental; Mestra Direito da Saúde PPGD UNISANTA; bolsista Capes-PROSUP; Pesquisadora do Grupo de Pesquisa CNPq/Unisantã “Direitos Humanos, Desenvolvimento Sustentável e Tutela Jurídica da Saúde”

² Doutor e Mestre Direito PUC-SP; Professor PPGD, Mestrado Direito da Saúde, UNISANTA; Professor Direito UNISANTA; Pesquisador do Grupo de Pesquisa CNPq/Unisantã “Direitos Humanos, Desenvolvimento Sustentável e Tutela Jurídica da Saúde”

³ Doutor PUC-SP; Pós-Doutorando FIOCRUZ; Mestre USP; Vice-Coordenador do PPG em Direito da Saúde UNISANTA; Líder do Grupo de Pesquisa CNPq “Direitos Humanos, Desenvolvimento Sustentável e Tutela Jurídica da Saúde”.

environmental evolution, highlighting the structuring of its constant adequacy to temporal and human needs and to conceptualize 'health'. Method: Qualitative, descriptive-positivist study, characterized by a narrative literature review, based on data obtained from scientific articles from the Scielo and Google Scholar base, official government websites, official websites of those affiliated with the United Nations system and the Organization of American states and legal doctrine. Results: It is noticed that, although the concepts arise at different times or historical milestones, their variants complete and interconnect. Conclusion: When conceptualizing health and its milestones, there is no evidence of a distinction of this concept in its various stages, but rather, the emergence of social and environmental variants that add to it and expand the individual variant, making it open to new conceptual landmarks.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Health surveillance, Environment and public health, Health law, Health policy, Health education

1 Introdução

A percepção humana ou a compreensão intelectual sobre o que é saúde está afetada pelas circunstâncias. Em determinados momentos, seu núcleo parece estar constituído pela simples ausência de um rol de enfermidades conhecidas e que nos preocupam. Em outros, parece estar integrado por um conjunto de condições físicas positivas que nos dão vigor ou por um conjunto de condições psíquicas positivas que nos dão equilíbrio, o que nos permite olhar para nós mesmos e nos sentirmos bem. Em outros, parece dever ser constituído por um conjunto de condições positivas que permitam o desenvolvimento de nossos papéis sociais (especialmente na família e no trabalho).

Para essa como para outras realidades que nossa percepção é afetada pela imprecisão, a ciência constrói a solução que é possível: estabelece a necessidade de repelir definições absolutas, a necessidade de utilizar-se do instrumental dos conceitos indeterminados.

Os conceitos determinados são aqueles em que é possível saber exatamente o que uma coisa é e o que uma coisa não é. Os conceitos indeterminados são aqueles que permitem saber parcialmente o que uma coisa é, parcialmente o que uma coisa não é, mas que convivem com a abertura intelectual para a incerteza. Agregado ao núcleo conceitual (o que se tem certeza de que é e que não é), admite-se uma zona de incerteza.

Dessa maneira, este estudo guiou-se pela necessidade de conceituar a ‘saúde’, amparando a solução do problema nos marcos jurídicos e conceituais que a envolvem.

O estudo é caracterizado por pesquisa qualitativa, através da abordagem descritiva-positivista pelo método de revisão narrativa de literatura. Levou-se em consideração a análise de dados doutrinários e dogmáticos obtidos de artigos científicos da base *Scielo* e *Google Scholar*. Para a relação de legislação e dos pactos internacionais, foram analisados *sites* oficiais do governo brasileiro e *sites* da Organização das Nações Unidas (ONU) e da Organização dos Estados Americanos (OEA). A leitura de doutrina jurídica serviu de amparo para reforçar teorias e preceitos questionados. A hipótese partiu de observações da evolução histórica e dos marcos legais (nacionais e internacionais) a respeito do tema ‘saúde’.

Em que pese o tema, não foi escopo deste estudo abordar conceitos de saúde relacionados ao direcionamento do serviço de saúde (saúde individual ou coletiva) ou relacionados àquele que presta o serviço (saúde pública ou privada).

2 Conceitos Indeterminados: limites jurídicos de densificação e controle¹

¹ Esse tópico foi adaptado de texto anteriormente publicado Marcelo Lamy (2007).

A interpretação dos conceitos legais é passível de limitação, tanto em relação a expressão literal quanto da vontade do legislador. Assim, os institutos legais podem ser positivados, conforme Marcelo Lamy (2007) ensina:

[...] positivados em sua delimitação completa. Ou seja, apresentam-se definidos (definidos: revelam completamente as fronteiras limítrofes do que são e do que não são). Em seus próprios enunciados, delimitam sua exatas extensões e compreensões, de modo unívoco, em dado contexto. Diversos outros, no entanto, explicitam apenas parcialmente esses limites ou extensões. Ou seja, apresentam-se, na forma como foram enunciados, como conceitos.

De acordo com o autor, a análise dos “conceitos legais” traz duas vertentes: (i) um núcleo conceitual onde se estabelecem as certezas (chamado de zona fixa – a ser certeza sobre aquilo que é e sobre aquilo que não é) e (ii) uma camada externa onde aparecem as dúvidas (chamado de zona periférica – as incertezas sobre o que é ou o que não é).

É baseado nesse critério interpretativo que diferenciam se conceitos determinados-limitados e dos indeterminados-ilimitados. São indeterminados quando, de forma extensa e difusa, são resultantes das zonas periféricas com abertura de entendimento e conceituação evolutiva e aberta. São determinados quando, de forma reduzida, são resultantes das zonas nucleares rígidas, pré-definidas.

Segundo Gustavo Binenbojm (2006), os conceitos jurídicos indeterminados são passíveis de controle jurídico, porém, apenas na zona nuclear, não na periférica. Temos, então, um controle relativo, apenas para cumprir aquilo que manifestamente a lei formulou. O controle absoluto de uma definição legal, entretanto, desvirtuaria os limites do que foi positivado.

Do conceito indeterminado, inobstante sua incerteza, é possível extrair duas certezas: (i) uma certeza positiva (aquilo que ele conceitua) e (ii) uma certeza negativa (aquilo que ele não conceitua). São essas certezas que afastam as interpretações e aplicações incorretas do conceito, inobstante, sua essência principal ainda seja a incerteza e a imprecisão.

Nessa perspectiva, Binenbojm (2006) afirma:

[...] quando é possível identificar os fatos que, com certeza, se enquadram no conceito (zona de certeza positiva) e aqueles que, com igual convicção, não se enquadram no enunciado (zona de certeza negativa), o controle jurisdicional é pleno. Entretanto, na zona de penumbra ou incerteza, em que remanesce uma série de situações duvidosas, sobre as quais não há certeza sobre se se ajustam à hipótese abstrata, somente se admite controle jurisdicional *parcial*.

Decorre desse entendimento que, duas zonas de certezas surgem para compor o controle jurisdicional pleno, a certeza positiva e a certeza negativa. Ao passo que, na eventualidade de conflito de normas principiológicas, o controle será *parcial*².

² O entendimento de Lamy (2007) é que a construção técnica da zona da certeza utiliza-se da interpretação sistemática, defendida pela hermenêutica.

Nessa última hipótese, percebe-se que é possível preencher o conceito indeterminado, embora, na sua essência permaneça na zona indeterminável. Esse preenchimento do conceito indeterminado há que ser fundamentado e motivado, fundado na juridicidade do aspecto explicativo.

No texto, Lamy segue em conclusão:

Isto posto, a única resposta possível sobre quais os meios admitidos para o preenchimento de um conceito jurídico indeterminado, é que esse deve se dar com a busca de elementos densificantes que já se encontram dentro do sistema jurídico.

Dizendo de outra forma, o preenchimento do significado que diminui a abrangência daquela zona cinzenta, embora não a elimine, somente será possível nos termos do que já estiver pré-determinado pela análise sistemática, pela interpretação sistemática do próprio Direito positivado.

O que ultrapassar estas zonas de certeza positiva e negativa, recai sobre aquela referida zona cinzenta que não é passível de significância jurídica e, portanto, insindicável.

É com base nesse ensinamento, levando em consideração a zona nuclear e a zona periférica, que, de forma evolutiva, serão analisados os conceitos de saúde.

3 Evolução conceitual da saúde

Os tópicos seguintes trazem alguns marcos legais (nacionais e internacionais) e conceitos históricos e/ou temporais de ‘saúde’, que são argumentados e/ou explicados de forma a serem compreendidos com o objetivo de defini-la como um conceito definitivo-determinado ou, evolutivamente, como um conceito mutável-indeterminado.

3.1 A definição estrita da saúde individual como ausência de enfermidade

Um breve esclarecimento da evolução dos modelos explicativos do processo saúde-doença é necessário para se entender a definição de saúde individual, sob a ótica de ausência de enfermidade.

Em ordem de evolução histórica, do primeiro ao mais recente, os modelos relevantes são: (i) o modelo mágico-religioso ou xamanístico (pré-história e idade média, dominante na Antiguidade), saúde era uma dádiva e associava a doença a um castigo divino e/ou a ocorrências sobrenaturais; (ii) modelo holístico (dominante também na Antiguidade), baseado nas medicinas hindu e chinesa, traziam a noção de equilíbrio (saúde) e desequilíbrio (doença), buscando associar a saúde ao equilíbrio do corpo com o meio externo e o meio interno; (iii) modelo empírico-racional (por volta século VI a.C. – também conhecido como modelo hipocrático), evitando explicações sobrenaturais, Hipócrates (tratado Os Ares e os Lugares, com a Teoria dos Humores) passa a relacionar de forma racional os locais e os elementos (água,

terra, fogo e ar) ao estado de saúde e doença (VIANNA, s.d.); (iv) modelo biomédico ou medicina científica ocidental (surgimento a partir do século XVI, predominante na atualidade), marca um novo olhar sobre o processo saúde-doença ao explicar que, a observação e a experiência, as mudanças morfológicas, orgânicas e estruturais são capazes de interferir nas causas de doença e saúde (CRUZ, s.d.). A saúde é entendida como ausência de enfermidade e, seu oposto lógico, caracteriza a doença. Essa “transformação na forma de conceber a doença irá assentar as bases do sistema teórico do modelo biomédico, cuja força explicativa é responsável pela sua presença até os dias de hoje” (BATISTELLA, 2007); (v) modelo sistêmico (década de 1970) entende a saúde é parte de um sistema (conjunto de elementos), ao passo que, a doença é proveniente de uma alguma alteração sistêmica, que desencadeia problemas nas demais partes do corpo humano, de forma que, por esse método a visão não é única e nem fragmentada, mas parte de um conjunto (CRUZ, s.d.); (vi) modelo da História Natural das Doenças (de 1976), por ele, o processo saúde-doença é acompanhado “em sua regularidade, compreendendo as inter-relações do agente causador e hospedeiro da doença e do meio ambiente e o seu processo de desenvolvimento em si” (VIANNA, s.d.).

Considerar o modelo biomédico, que direciona o conceito de saúde para ausência de enfermidade, centralizado no individualismo e nos ideais curativos como o parâmetro correto e ultimado da definição de saúde, equivale a seguir os critérios de conceituação da zona fixa/nuclear e ignorar a vicissitude da zona periférica. Esse conceito é fixo, porém limitativo e redutivo, não abrange e não se apega às certezas e incertezas que compõem a zona indeterminada.

O conceito de saúde carece da assistência da zona indeterminada ao passo que exige um complemento interpretativo baseado na análise e observação do quadro que envolve o ser humano em sua rotina de hábitos. Isto porque, nem sempre a ausência de sinais e sintomas de doença indica boa saúde. O contrário também não é possível de se afirmar, já que, pessoas acometidas de algumas doenças (diabetes, por exemplo) podem manter a enfermidade sob controle, praticando hábitos rotineiros saudáveis, como alimentação adequada e prática de exercícios.

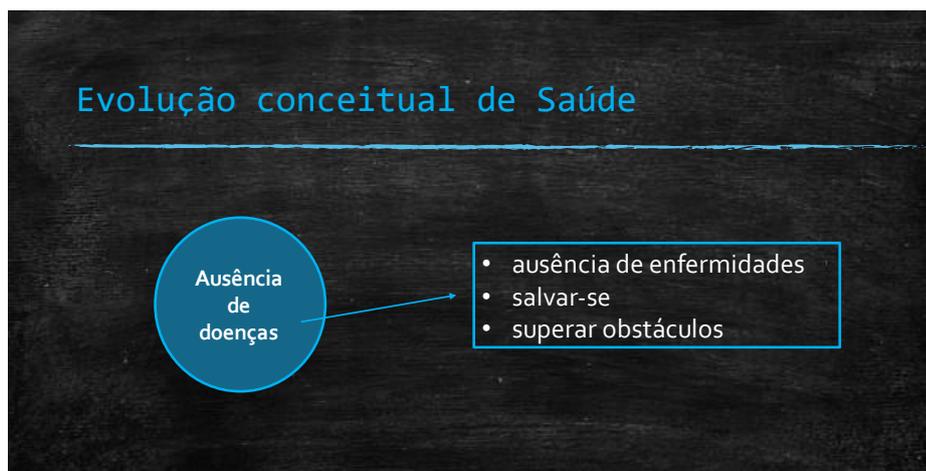


Figura 1 – Elaborada pelos autores.

A evolução dos estudos epidemiológicos e das tecnologias, juntamente com a observância das necessidades do indivíduo, passam a refletir uma conjuntura social, econômica, política e cultural, pela qual, o conceito pleno de saúde dependerá da época, do lugar, da classe social, de valores individuais, de concepções científicas, religiosas e filosóficas (SCLIAR, 2007).

3.2 A ampliação da saúde individual como bem-estar físico e mental

Coerente dizer, portanto, que a saúde individual não é considerada apenas e tão somente pela característica de um fator negativo: a ausência de enfermidade. A saúde individual também se caracteriza pela junção de mais fatos e fatores, esses, por sua vez, de essencialidade positiva: o estado de bem-estar físico e mental e sua função frente à sociedade.

O preâmbulo da **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS)**, do sistema Organização das Nações Unidas, adotada na Conferência Internacional da Saúde de 22/07/1946, estabeleceu o conceito de saúde, somando-o ao conceito de saúde individual. A saúde passa a ser conceituada como um "estado de completo bem-estar físico, mental e social" e não somente como ausência de afecções e enfermidades³.

O conceito de bem-estar acompanhou a **Declaração Universal dos Direitos Humanos de 10/12/1948**, também da OMS, que reconheceu que toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar:

³ O texto exato, extraído do documento assim se mostra “*Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity*” (WHO, 1946).

Artigo 25. 1. Toda pessoa tem **direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar**, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência fora de seu controle. (grifo dos autores)

O conceito mencionado nestes dois documentos, surgiu após do período bélico (Segunda Guerra Mundial) e trouxe consigo discussão a respeito de sua essência e de sua aplicabilidade, sendo oportunamente representativo de um período de transição mundial entre a estabilidade política e a social.

Ambos esses documentos – normativos e obrigatórios⁴, são reforçados pela imperatividade do **Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Culturais e Sociais** de 19/12/1966 (inserido em nossa ordem jurídica pelo Decreto Legislativo nº 226 de 12/12/1991, e pelo Decreto Executivo nº 591 de 6/7/1992), segundo o qual “Os Estados Partes do presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível possível de saúde física e mental” (art. 12, item 1).



Figura 2 – Elaborada pelos autores.

Em leitura conjunta dos conceitos trazidos nos documentos, resta deduzido que a saúde é a ausência de enfermidade agregada ao estado de bem-estar físico, mental e social, assegurado pela qualidade do padrão de vida, que possa ser desfrutado para si próprio, para sua família e ou por qualquer pessoa.

⁴ A força vinculante dos pactos trazidos ao estudo deve-se aos princípios fundamentais orientados pelo art. 4º, inciso II e IX da Constituição de 1988, ao tratar das relações internacionais regidas por princípios de direitos humanos e cooperação entre os povos, tanto para os relacionados ao sistema Organização das Nações Unidas (ONU) quanto para os da Organização dos Estados Americanos (OEA), todos ratificados pelo Brasil, cada um a seu tempo.

Na obra *Cadernos de Atenção Básica*, nº 34 – Saúde Mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013) desvela-se de que maneira a constatação do bem-estar mental depende da assimilação dos conceitos de pessoa, sofrimento e cuidado.

De assimilarmos que a pessoa é um plexo de realidades identitárias (Exemplificamos: suas memórias, suas expectativas e crenças, seus papéis ou identidades, seus valores (que afetam inclusive a noção de normal e patológico), suas possibilidades de agir, sua relação com o próprio corpo, sua autoimagem ou narrativa de si, sua dimensão transcendente etc.). De assimilarmos que sofrimento é qualquer vivência de ameaça de ruptura da unidade ou da identidade da pessoa. De assimilarmos que o verdadeiro cuidado tem em conta todas as dimensões referidas e interdependentes.

3.3 A consolidação do conceito de saúde social (condicionantes sociais, de desenvolvimento)

Na ‘Estrutura das revoluções científicas’, Thomas Kuhn (2013) explica que existem momentos em que a ciência se torna incapaz de compreender, com seus atuais instrumentos, determinadas realidades. Os métodos científicos consolidados em determinado tempo acabam por tornar-se sempre reducionistas, incapazes de abranger novas complexidades descobertas. Nesses momentos, é preciso uma revolução, um novo olhar científico. Na sua forma de expressar que veio a conquistar o mundo, é necessário ocorrer a superação de um paradigma e a consolidação de um novo paradigma.

A saúde, vista sob o ponto de vista coletivo, vista como um bem a ser conquistado para toda a coletividade, não depende apenas dos condicionantes que cada indivíduo vivencia, mas dos condicionantes estabelecidos em cada sociedade, intrinsecamente enraizados em cada grupamento social.

Dos condicionantes sociais, não apenas das condições pessoais, advém e se estabelecem doenças. A saúde, portanto, não pode ser estudada apenas como um objeto, mas como relação. O modelo teórico paradigmático a se estabelecer é o modelo da relação. Há que se estabelecer a relação entre os condicionantes e a saúde.

Isso implica, necessariamente, em redesenhar as fronteiras conceituais da saúde. A saúde não pode ser vista apenas como um estado físico e psicológico, mas também como um estado social. Torna-se necessário sair da zona de conforto, da zona de certeza condicionada pelo paradigma biomédico, para ingressar em uma zona conceitual ampliada.

Na história, vê-se que a saúde social é preocupação vetusta. O médico alemão Rudolf Virchow, no ‘Relatório sobre a epidemia de tifo na Alta Silésia’ (1848)⁵, apontava que a epidemia de tifo que assolava a região da Silésia (norte da Alemanha) era evitável se atacadas as suas causas: pobreza, fome, corrupção e desigualdade (SOUZA, 2014) . Ou seja, a estrutura social de alguma forma determina a saúde da população. E afeta não somente a classe desfavorecida, mas toda a sociedade. Embora afetem diretamente os mais pobres, toda a sociedade acaba prejudicada.

Há comportamentos ou situações que tem associação estreita com as doenças. Os determinantes sociais levam as pessoas a ter esses comportamentos ou vivenciar essas situações. Os determinantes sociais acabam por moldar estilos de vida que impactam na saúde (como o de praticar atividades físicas ou consolidar-se no sedentarismo, como o de alimentar-se adequadamente bem ou habituar-se ao *fast food*, como o de envolver-se em vários empregos e não mais gozar do descanso necessário etc.).

A adoção definitiva do conceito ampliado de saúde em nossas terras foi resultado do Movimento pela Reforma Sanitária (cujos marcos teóricos encontram-se nas obras “Dilema preventivista” de Antônio Sérgio da Silva Arouca e “Medicina e sociedade” de Maria Cecília Ferro Donnangelo, ambas de 1975) e fora consolidado na VIII Conferência Nacional da Saúde de 1986. Os documentos finais da conferência reconhecem que o processo saúde-doença depende de determinantes sociais, econômicos, culturais, políticos e ambientais, que o processo saúde-doença é resultado das formas de organização social, das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e do acesso aos serviços de saúde. A saúde depende de: trabalho em condições dignas, alimentação para todos, moradia higiênica e para todos, educação e informação plenas, repouso, lazer e segurança etc.

O conceito de saúde, destarte, resulta da análise de seus determinantes – ou determinação social –, que podem ser agrupados em: (i) determinantes físicos ou biológicos (idade, sexo e fatores genéticos); (ii) determinantes econômicos (trabalho remunerado, a pobreza); (iii) determinantes do ambiente (qualidade do ar e da água); (iv) estilo de vida (alimentação, sedentarismo, comportamento sexual); (v) acesso aos serviços (lazer, educação, saúde) (GEORGE, 2011). Significa, em outras palavras, que a saúde é determinada (ou até condicionada) por essas inúmeras condições.

⁵ Hoje, reconhecida por historiadores da ciência como a Carta Magna da Medicina Social.

Ancorados nesse olhar, é possível compreender o porquê a Constituição brasileira de 1988 explicita que a saúde é direito de todos e que tem de ser garantida mediante políticas sociais e econômicas.

A **Carta da Organização dos Estados Americanos** de 30/04/1948 (inserida em nosso ordenamento pelo Decreto Legislativo nº 64 de 7/12/1949, e pelo Decreto Executivo nº 30.544 de 14/02/1952), da Organização dos Estados Americanos (OEA), explicitou em nosso sistema a preocupação com a saúde social, do ponto de vista trabalhista:

Artigo 45. Os Estados membros, convencidos de que o Homem somente pode alcançar a plena realização de suas aspirações dentro de uma ordem social justa, acompanhada de desenvolvimento econômico e de verdadeira paz, convêm em envidar os seus maiores esforços na aplicação dos seguintes princípios e mecanismos: [...] b) O **trabalho** é um direito e um dever social; confere dignidade a quem o realiza e **deve ser exercido em condições que**, compreendendo um regime de salários justos, **assegurem** a vida, **a saúde** e um nível econômico digno ao trabalhador e sua família, tanto durante os anos de atividade como na velhice, ou quando qualquer circunstância o prive da possibilidade de trabalhar; (grifo dos autores)

O que, de forma mais ampla, fora apontado pelo **Declaração Americana dos Direitos e Deveres do Homem** de 1948:

Artigo XI. Toda pessoa tem **direito a que sua saúde seja resguardada por medidas sanitárias e sociais** relativas à alimentação, vestuário, habitação e cuidados médicos correspondentes ao nível permitido pelos recursos públicos e da coletividade. (grifo dos autores)

No mesmo sentido, a **Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial** de 1965, da Organização das Nações Unidas (inserida em nosso ordenamento pelo Decreto Legislativo nº 23/1967, e pelo Decreto Executivo nº 65.810/1969):

Artigo V. De conformidade com as obrigações fundamentais enunciadas no artigo 2, Os Estados Partes comprometem-se a proibir e a eliminar a discriminação racial em todas suas formas e a garantir o direito de cada uma à igualdade perante a lei sem distinção de raça, de cor ou de origem nacional ou étnica, principalmente no gozo dos seguintes direitos: [...] e) direitos econômicos, sociais culturais, principalmente: i) direitos ao trabalho, a livre escolha de seu trabalho, a **condições equitativas e satisfatórias de trabalho** à proteção contra o desemprego, a um salário igual para um trabalho igual, a uma remuneração equitativa e satisfatória; (grifo dos autores)

E, também, o **Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Culturais e Sociais** de 19/12/1966, da Organização das Nações Unidas (inserido em nosso sistema pelo Decreto Legislativo nº 226 de 12/12/1991, e pelo Decreto Executivo nº 591 de 6/7/1992):

Artigo 12. 2. As medidas que os Estados Partes do presente Pacto deverão adotar com o fim de assegurar o pleno exercício desse direito incluirão as medidas que se façam necessárias para assegurar: [...] b) **A melhoria de todos os aspectos de higiene do trabalho** e do meio ambiente; c) A prevenção e o tratamento das **doenças** epidêmicas, endêmicas, **profissionais** e outras, bem como a luta contra essas doenças; d) A criação de condições que assegurem a todos assistência médica e serviços médicos em caso de enfermidade. (grifo dos autores)

Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher de 18/12/1979, da Organização das Nações Unidas, assinada pelo Brasil em 31/03/1981 (inserido em nosso ordenamento pelo Decreto Legislativo 93 de 14/12/1983, e pelo Decreto nº 89460 de 20/03/1984), e que fora amplificado com a retirada da reserva anterior (Decreto Legislativo nº 26 de 22/06/1994, Decreto Executivo nº 4377 de 13/09/2002):

Artigo 11. 1. Os Estados-Partes adotarão todas as medidas apropriadas para eliminar a discriminação contra a mulher na esfera do emprego a fim de assegurar, em condições de igualdade entre homens e mulheres, os mesmos direitos, em particular: [...] f) **O direito à proteção da saúde e à segurança nas condições de trabalho, inclusive a salvaguarda da função de reprodução.** (grifo dos autores)

O Protocolo adicional à Convenção americana sobre direitos humanos em matéria de direitos econômicos, sociais e culturais (**Protocolo de São Salvador**), da Organização dos Estados Americanos, de 17/11/1988 (Decreto Legislativo nº 56 de 19/4/1995, Decreto nº 3.321 de 30/12/1999):

Artigo 10 – Direito à Saúde 1. Toda pessoa tem direito à saúde, compreendendo-se como saúde o gozo do mais alto nível de bem-estar físico, mental e **social**. 2. A fim de tornar efetivo o direito à saúde, os Estados-Partes comprometem-se a reconhecer a saúde como bem público e, especialmente, a adotar as seguintes medidas para garantir esse direito: a) assistência primária à saúde, entendendo-se como tal à assistência médica essencial ao alcance de todas as pessoas e famílias da comunidade; b) extensão dos benefícios dos serviços de saúde a todas as pessoas sujeitas à jurisdição do Estado; c) total imunização contra as principais doenças infecciosas; d) **prevenção e tratamento das doenças** endêmicas, **profissionais** e de outra natureza; e) educação da população com referência à prevenção e ao tratamento dos problemas da saúde; e f) satisfação das necessidades de saúde dos grupos de mais alto risco e que, por sua situação de pobreza, sejam mais vulneráveis. (grifo dos autores)

Em 1990, a criação do **Sistema Único de Saúde (SUS)**, após o marco destacado na Constituição de 1988, abrindo espaço para a saúde pública brasileira, define que a saúde é "direito de todos e dever do Estado" (art. 196). A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, destaca:

Art. 3º. Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como **determinantes e condicionantes**, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. (Redação dada pela Lei nº 12.864, de 2013)

Parágrafo único. **Dizem respeito também à saúde** as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de **bem-estar físico, mental e social**. (grifo dos autores)

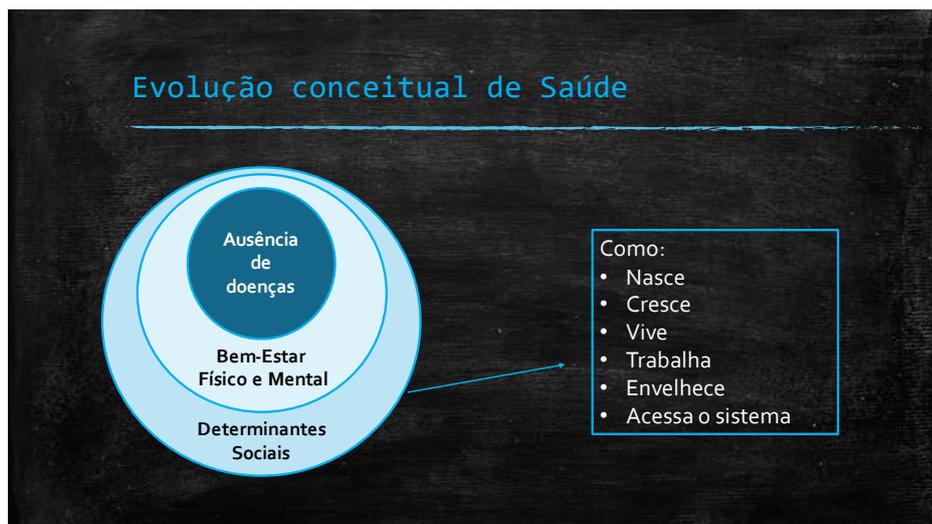


Figura 3 – Elaborada pelos autores.

Novamente, utilizando-se a técnica de compreensão pela adição das concepções, amplia-se o conceito de saúde para a ausência de enfermidade agregada ao estado de bem-estar físico, mental e social, assegurado pela qualidade do padrão de vida, que possa ser desfrutado para si próprio, para sua família ou por qualquer pessoa, cujas condições de vida são determinantes do círculo virtuoso saudável (boas perspectivas de alimentação, lazer, moradia, remuneração, participação inclusiva na sociedade, atividades esportivas etc.) ou do círculo vicioso (má ou inadequada alimentação, falta de acesso a serviços básicos, falta de estudo, moradia precária, exclusão social, sedentarismo etc.).

3.4 A consolidação do conceito de saúde ambiental

Por conseguinte, ampliando ainda mais o conceito de saúde, os determinantes sociais passam a ser considerados em consonância com os determinantes ambientais (qualidade do ar e da água, saneamento etc.), os quais encontram resguardo no conceito de saúde posto que colocam a saúde humana (individual e/ou coletiva) diretamente sob risco ambiental.

O sentido de amplitude observacional de um complexo número de condicionantes, é o mesmo trazido para as definições de saúde ambiental.

Na ótica internacional, a Organização Panamericana da Saúde (OPAS, 1993), sem se desprender da qualidade de vida, condições sociais, biológicas, físicas e mentais e da ausência de enfermidade, os relaciona com o meio ambiente e define saúde ambiental como:

[...] aspectos da saúde humana, incluindo a **qualidade de vida**, que são determinados por **fatores físicos, químicos, biológicos, sociais e psicológicos no meio ambiente**. Refere-se também a teoria e prática de avaliação, correção, controle e prevenção daqueles fatores que, presentes no ambiente, podem afetar potencialmente de forma adversa a saúde humana das gerações do presente e do futuro. (grifo dos autores)

Na ótica nacional, o Ministério da Saúde reforça a orientação e define saúde ambiental como, conforme esclarecem Tavares *et al.* (2004):

Área da saúde pública afeta ao conhecimento científico e à formulação de políticas públicas relacionadas à interação entre **a saúde humana e os fatores do meio ambiente** natural e antrópico que a determinam, condicionam e influenciam, com vistas a melhorar a qualidade de vida do ser humano, sob o ponto de vista da sustentabilidade. (grifo dos autores)

Baseada nessas definições, o Ministério da Saúde tece duas diretrizes dimensionais para a área da saúde humana: (i) a promoção da saúde e (ii) a avaliação de risco voltada para as adversidades do meio ambiente⁶, presentes e futuras, capazes de interferirem na saúde humana.

Nada mais atual e apropriado valer-se do texto das Nações Unidas (1972):

O homem é ao mesmo tempo criatura e criador do meio ambiente, que lhe dá sustento físico e lhe oferece a oportunidade de desenvolver-se intelectual, moral, social e espiritualmente. A longa e difícil evolução da raça humana no planeta levou-a a um estágio em que, com o rápido progresso da Ciência e da Tecnologia, conquistou o poder de transformar de inúmeras maneiras e em escala sem precedentes o meio ambiente. Natural ou criado pelo homem o meio ambiente é essencial para o bem-estar e para o gozo dos direitos humanos fundamentais, até mesmo o direito à própria vida.

De forma que, a saúde ambiental é a área de interesse da saúde pública que cuida da interação entre a saúde humana e os fatores advindos do meio ambiente (natural ou alterado pelas atividades humanas) que, são capazes de determinar, condicionar e influenciar a qualidade de vida. O Ministério da Saúde (CADERNO, 2022) resume que “[...] a Saúde Ambiental é descrita como parte da Saúde Pública que se ocupa das formas de vida, das substâncias e das condições em torno do homem que podem exercer alguma influência sobre sua saúde e seu bem-estar”.

A evolução da interação das ações do ambiente com a saúde humana é importante elemento para subsidiar e identificar problemas de saúde, assim como, nortear e formar prioridades para a formulação e avaliação de políticas e programas, no âmbito do setor saúde e em áreas intersetoriais afins (MINISTÉRIO DA SAÚDE-GUIA, 2011).

Nota-se que a saúde ambiental foi gradativamente ganhando campo nos marcos legais.

O **Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Culturais e Sociais** de 19/12/1966, da Organização das Nações Unidas (Decreto Legislativo nº 226 de 12/12/1991, Decreto nº 591 de 6/7/1992), firmou a melhoria de todos os aspectos do meio ambiente:

Artigo 12. 2. As medidas que os Estados Partes do presente Pacto deverão adotar com o fim de assegurar o pleno exercício desse direito incluirão as medidas que se façam

⁶ Para entender a definição, é importante esclarecer que Meio Ambiente é o conjunto de condições, leis, influências e interações de ordem física, química, biológica, social, cultural e urbanística que permite, abriga e rege a vida em todas as suas formas. Resolução CONAMA nº 306/2002.

necessárias para assegurar: [...] b) **A melhoria de todos os aspectos** de higiene do trabalho e **do meio ambiente**; (grifo dos autores)

A **Convenção sobre os Direitos das Crianças** de 20/11/1989, da Organização das Nações Unidas (Decreto Legislativo nº 28 de 14/09/1990, Decreto nº 99710 de 21/11/1990) firmou como melhor padrão de saúde, a proteção contra poluição ambiental, o saneamento, entre outros:

Artigo 24. 1. Os Estados Partes reconhecem o direito da criança de gozar do **melhor padrão possível de saúde** e dos serviços destinados ao tratamento das doenças e à recuperação da saúde. Os Estados Partes envidarão esforços no sentido de assegurar que nenhuma criança se veja privada de seu direito de usufruir desses serviços sanitários. 2. Os Estados Partes garantirão a plena aplicação desse direito e, em especial, adotarão as medidas apropriadas com vistas a: [...] c) combater as doenças e a **desnutrição** dentro do contexto dos cuidados básicos de saúde mediante, inter alia, a aplicação de tecnologia disponível e o **fornecimento de alimentos nutritivos e de água potável**, tendo em vista os **perigos e riscos da poluição ambiental**; [...] e) assegurar que todos os setores da sociedade, e em especial os pais e as crianças, conheçam os princípios básicos de saúde e nutrição das crianças, as vantagens da amamentação, da higiene e do **saneamento ambiental** e das medidas de prevenção de acidentes, e tenham acesso à educação pertinente e recebam apoio para a aplicação desses conhecimentos; (grifo dos autores)

Fruto do importante Relatório Brundtland⁷, a **Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento**, Eco-92 ou Rio-92⁸, de junho de 1992, ficou marcada por discutir os desdobramentos científicos, políticos, econômicos sobre o Meio Ambiente e Desenvolvimento⁹ e criação de princípios protetores de direitos humanos. A conferência, também conhecida como Cúpula da Terra de 1992, adotou a Agenda 21 e um plano para repensar o crescimento econômico, a igualdade social e assegurar a proteção ambiental:

Capítulo 6. Item 6.1. A saúde e o desenvolvimento estão intimamente relacionados. Tanto um desenvolvimento insuficiente que conduza à pobreza como um desenvolvimento inadequado que resulte em consumo excessivo, associados a uma população mundial em expansão, podem resultar em sérios problemas para a saúde relacionados ao meio ambiente, tanto nos países em desenvolvimento como nos desenvolvidos. Os tópicos de ação da Agenda 21 devem estar voltados para as necessidades de **atendimento primário da saúde da população mundial**, visto que são parte integrante da concretização dos objetivos do desenvolvimento sustentável e da conservação primária do meio ambiente. Os **vínculos existentes entre saúde e melhorias ambientais e socioeconômicas exigem esforços intersetoriais**. Tais esforços, que abrangem educação, habitação, obras públicas e grupos comunitários, inclusive empresas, escolas e universidades e organizações religiosas, cívicas e culturais, estão voltados para a capacitação das pessoas em suas comunidades a assegurar o desenvolvimento sustentável. Especialmente relevante é a inclusão de

⁷ A Comissão Brundtland, de 1987, foi marco determinante por gerar um relatório com as necessidades ambientais presentes e futuras, num documento intitulado 'Nosso Futuro Comum', de autoria da médica, mestra em saúde pública e ex-Primeira Ministra da Noruega, Gro Harlem Brundtland.

⁸ A Rio-92, outro determinante marco histórico, resultou na elaboração dos seguintes documentos oficiais: Carta da Terra; Convenções: Biodiversidade, Desertificação e Mudanças climáticas; Declaração de princípios sobre florestas; Declaração do Rio sobre Ambiente e Desenvolvimento; Agenda 21.

⁹ Originário do Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente, criado em 1972, por ocasião da Conferência de Estocolmo.

programas preventivos, que não se limitem a medidas destinadas a remediar e tratar. Os países devem desenvolver planos para as ações que considerem prioritárias nas áreas compreendidas neste capítulo; esses planos devem basear-se no planejamento cooperativo realizado pelos diversos níveis de Governo, organizações não-governamentais e comunidades locais. Uma organização internacional adequada, como a OMS, deveria coordenar essas atividades. (grifo dos autores)

A **Conferência Panamericana de Saúde e Ambiente**, em outubro de 1995, realizada pela Organização Panamericana da Saúde (OPAS), agência da subsidiada da OMS/ONU para assuntos de saúde na região das Américas, decidiu adotar um conjunto de políticas e estratégias sobre saúde e ambiente e elaborar um plano de ação com foco regional.

Na **Cúpula das Nações Unidas sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio**, em 2000, os países-membros se comprometeram a implementar os Objetivos da Declaração do Milênio (ODM)¹⁰, para cumprimento da Agenda 21, com o objetivo de incentivar a ação coletiva contra a pobreza extrema, a fome e a doença, sem, contudo, especificar um conceito de saúde, mas propondo objetivos que a enlaçam, a serem cumpridos até 2015 pela sociedade civil e os setores diversos. Foram traçados dois paralelos, um, com os ODM, cujo foco principal era a dimensão social, outro, com o desenvolvimento sustentável, cujo foco era a sustentabilidade ambiental, de forma que, em linhas paralelas, não se misturavam ou se interconectavam.

No Brasil, o governo federal visando melhorias para a saúde e ambiente, em 2009, convoca a **Conferência Nacional de Saúde Ambiental**, (Decreto de 14 de maio de 2009, atualmente revogado pelo Decreto nº 10.346, de 2020), para, entre outros objetivos, construir uma Política Nacional em Saúde Ambiental para o enfrentamento “das repercussões e ameaças à saúde decorrente da degradação e contaminação do meio ambiente, cada vez mais frequentes e intensos, o que exige a identificação de políticas e respostas integradas entre órgãos do governo e a sociedade” e definir “diretrizes para a política pública integrada no campo da saúde ambiental, a partir da atuação transversal e intersetorial dos vários atores envolvidos com o tema”, voltada a sustentabilidade socioambiental e unindo as deliberações das Conferências Nacionais de Saúde, Conferências das Cidades e Conferências do Meio. Tudo isso, amparado na justificativa na interface saúde-ambiente:

A exploração da interface entre saúde e ambiente, sob o marco da sustentabilidade, compreende a instituição de uma política que expresse a multiplicidade de forças interativas geradas em torno da promoção do bem-estar e da saúde humana. (MINISTÉRIO DA SAÚDE-POLÍTICA NACIONAL, 2007).

¹⁰ A Cúpula do Milênio fixou o total de oito objetivos: 1. Acabar com a fome e a miséria, 2. Educação básica de qualidade para todos, 3. Igualdade entre sexos e valorização da mulher, 4. Reduzir a mortalidade infantil, 5. Melhorar a saúde das gestantes, 6. Combater a AIDS, a malária e outras doenças, 7. Qualidade de vida e respeito ao meio ambiente, 8. Todo mundo trabalhando pelo desenvolvimento.

Em junho 2012, a **Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável**, conhecida como Rio +20, passa a olhar para ‘O futuro que queremos’, com o escopo norteador das medidas a serem tomadas para amparar a saúde do meio ambiente através de uma ‘economia verde’.

Finalmente, em 2015, a **Cúpula das Nações Unidas para o Desenvolvimento Sustentável** conduz à adoção dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)¹¹ como parte de uma nova agenda global – a Agenda 2030 –, com diferentes objetivos e metas com foco no meio ambiente, incluindo vida na água, vida terrestre, ação contra a mudança global do clima, saneamento e energia limpa. A Agenda 2030, considerada holística, dá continuidade ao legado dos ODM e estabelece o lema de ‘Não deixar ninguém para trás’ ao revisitar o desenvolvimento sustentável, desta vez, contudo, de forma equilibrada, com foco integrado nos princípios Pessoas + Prosperidade + Paz + Parcerias + Planeta e nas suas dimensões, que agora seguem conjuntamente (não mais paralelamente), voltadas aos pilares econômico, social e ambiental. Dentre os ODS, um especificamente, passa a tratar de forma direta sobre as metas para a saúde e bem-estar, interagindo, conectando e integrando todos os demais ODS, assim como, com os conceitos de saúde e suas variantes trazidas pela sociedade, pelos governos, pela economia, pelo meio ambiente e pela sustentabilidade.

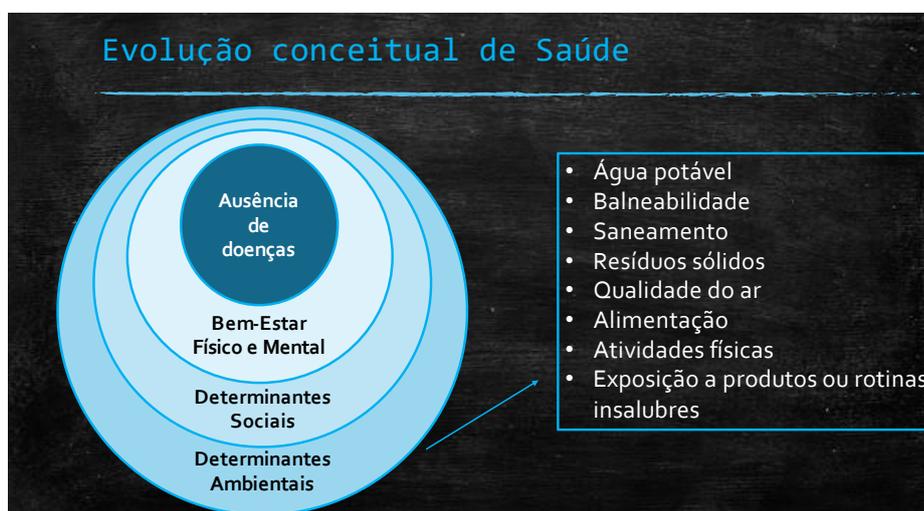


Figura 4 – Elaborada pelos autores.

¹¹ A Cúpula de 2015 fixou o total de 17 objetivos: 1. Erradicação da pobreza, 2. Fome zero e agricultura sustentável. 3. Saúde e bem-estar. 4. Educação de qualidade. 5. Igualdade de gênero, 6. Água potável e saneamento, 7. Energia limpa e acessível, 8. Trabalho decente e crescimento econômico, 9. Indústria, inovação e infraestrutura, 10. Redução das desigualdades, 11. Cidades e comunidades sustentáveis, 12. Consumo e produção responsáveis, 13. Ação contra mudança global do clima, 14. Vida na água, 15. Vida terrestre, 16. Paz, justiça e instituições eficazes e 17. Parcerias e meios de implementação.

A partir de então, não há mais que se conjecturar uma visão dissociada do conceito nuclear de saúde em relação aos demais condicionantes periféricos.

3.5 A conceituação de Saúde Socioambiental

Com esse parâmetro de junção de conceitos, de forma associativa-replicativa, o sentido de conexão, dependência e interligação entre o tempo, o espaço, o homem e o ambiente, mostra-se revelado pela Teoria das Cinco Peles (datada de 1972, de Friedrich Hundertwasser). Pela teoria, o homem, é revestido de cinco peles: a epiderme, o vestuário, a casa, a identidade social e o meio global onde todos vivemos (ALMEIDA, s.d.). A teoria identifica o homem com o mundo ao seu redor (JUNIOR, 2016).

De forma emblemática, o conceito de saúde se reveste das cinco peles que contornam o corpo humano: (i) a ausência de enfermidades; (ii) a busca do bem-estar físico e mental; (iii) os determinantes sociais; (iv) os determinantes ambientais e, (v) o meio ambiente desenvolvido e equilibrado, que a tudo se conecta e que em tudo interfere, capaz de influenciar – positiva ou negativamente –, o processo saúde-doença.

A teoria retrata, metaforicamente, o conceito de saúde na sua forma mais completa, com a somatória ou absorção de todos os demais conceitos – considerando o atual momento, posto que o conceito não é estático.

Com esse norteamento, o amparo constitucional (que já vem de tempos atrás) amplia o conceito de saúde e o correlaciona ao meio ambiente ecologicamente equilibrado:

Art. 225. Todos têm direito ao **meio ambiente ecologicamente equilibrado**, bem de uso comum do povo e **essencial à sadia qualidade de vida**, impondo-se ao Poder Público e à coletividade o dever de defendê-lo e preservá-lo para as presentes e futuras gerações. (grifo dos autores)

Da aglutinação dos conceitos de saúde individual, saúde social e saúde ambiental surge, então, a Saúde Socioambiental (SSA), que “se expressa a partir do tensionamento de aspectos ambientais, sociais e econômicos, expondo relações e condições do ambiente, da saúde e da sociedade que são determinantes no processo saúde-doença” (CASTELO BRANCO *et al.*, 2022). Passa a importar, nesse conceito, todo o arcabouço trazido pelo estudo, incluindo à definição, a diversidade de interconexão Humana-Social-Ambiental e os critérios econômico, multisetorial e global¹².

¹² Identifica-se nesse novo espaço, a abordagem multisetorial de Saúde Única ou *One Health*, que objetiva alcançar resultados positivos de saúde e bem-estar, mitigando os riscos e as ameaças à saúde na interface Animal-Humana-Ambiental (WHO-ONE HEALTH, s.d.).



Figura 5 – Elaborada pelos autores.

4 Considerações finais

Para concretizar a saúde na vida dos seres humanos, foi necessário analisar séculos de conceitos evolutivos e marcos legais, para enfim, definir que a saúde não pode ter um único conceito estruturado e rígido. A saúde se conceitua de forma aberta, dinâmica, estruturante e receptiva, aprendendo com o que já se fixou na zona nuclear e crescendo com o que se descobre pelas zonas periféricas.

Se cada ação humana é representativa de uma época e carrega sua historicidade, assim também o conceito de saúde se encontra em constante evolução representativa, acompanhando a sociedade, as tecnologias, os governos, as necessidades e as incidências da ação positiva ou negativa da natureza. Esse soerguimento determina as consequências e novas descobertas incidentes sobre a saúde humana, de forma individual e coletiva, social e ambiental.

Referências

- ALMEIDA, Ju. Artista, arquiteto e ativista austríaco. Blog hundertwasser br. Disponível em: <https://hundertwasserbr.com/2012/01/09/a-beleza-das-cinco-peles/> Acesso em: 14 abr. 2023.
- BATISTELLA, C. *Abordagens contemporâneas do conceito de saúde*. In: Fonseca, A. F.; CORBO, A. D. (Orgs.) *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, 2007. p. 51-86.
- BINENBOJM, Gustavo. *Uma teoria do direito Administrativo*. Rio de Janeiro: Renovar, 2006.
- BRASIL. *Decreto de 14/05/2009*, que convoca a 1ª Conferência Nacional de Saúde Ambiental. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/dnn/dnn12036.htm Acesso em: 11 abr. 2023.
- BRASIL. *Decreto Legislativo nº 23, de 1967*, que aprova a Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial, adotada pela Resolução nº 2106 da

Assembleia Geral das Nações Unidas, de 21 de dezembro de 1965. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decleg/1960-1969/decretolegislativo-23-21-junho-1967-346759-publicacaooriginal-1-pl.html> Acesso em: 11 abr. 2023.

BRASIL. *Decreto Legislativo nº 56, de 1995*, sobre o Protocolo sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (Protocolo de São Salvador) adotado em São Salvador, em 17 de novembro de 1988, e do Protocolo referente à Abolição da Pena de Morte, adotado em Assunção, Paraguai, em 8 de junho de 1990. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decleg/1995/decretolegislativo-56-19-abril-1995-358490-publicacaooriginal-1-pl.html> Acesso em: 11 abr. 2023.

BRASIL. *Decreto Legislativo nº 93, de 14/12/1983*, que aprova o texto da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher, assinado pela República Federativa do Brasil, em Nova York, no dia 31 de março de 1981. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decleg/1980-1987/decretolegislativo-93-14-novembro-1983-360751-publicacaooriginal-1-pl.html#:~:text=Aprova%20o%20texto%20da%20Conven%C3%A7%C3%A3o.g%22%20e%20%22h%22> Acesso em: 11 abr. 2023.

BRASIL. *Decreto Legislativo nº 226, de 1991*, que aprova os textos do Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos e do Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, ambos aprovados, junto com o Protocolo Facultativo relativo a esse último pacto, na XXI Sessão (1966) da Assembleia Geral das Nações Unidas. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decleg/1991/decretolegislativo-226-12-dezembro-1991-358251-publicacaooriginal-1-pl.html> Acesso em: 11 abr. 2023.

BRASIL. *Decreto nº 591, de 6/7/1992*. Atos Internacionais. Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Promulgação. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0591.htm Acesso em: 11 abr. 2023.

BRASIL. *Decreto nº 30.544, de 14/02/1952*, que promulga a Carta da Organização dos Estados Americanos, firmada em Bogotá, a 30 de abril de 1948. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1950-1959/decreto-30544-14-fevereiro-1952-340000-publicacaooriginal-1-pe.html> Acesso em: 11 abr. 2023.

BRASIL. *Decreto nº 99.710, de 21/11/1990*, que promulga a Convenção sobre os Direitos da Criança. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d99710.htm Acesso em: 11 abr. 2023.

BRASIL. *Lei nº 8.080, de 19/09/1990*, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm Acesso em: 11 abr. 2023.

CASTELO BRANCO, Jeffer; BATISTA, Nildo Alves; THOMAZ, Silvia Maria Tagé. Saúde Socioambiental na Atenção Básica: conhecimento, formação e prática. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, jul.-set 2022. v. 46, n. 134, pp. 734-749. DOI: 10.1590/0103-1104202213410

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). *VIII Conferência Nacional de Saúde*. 1986. <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/592-8-conferencia-nacional-de-saude-quando-o-sus-ganhou-forma>

CRUZ, Marly Marques da. *Concepção de saúde-doença e o cuidado em saúde*. Disponível em: https://moodle.ead.fiocruz.br/modulos_saude_publica/sus/files/media/saude_doenca.pdf Acesso em: 12 abr. 2023.

GEORGE, Francisco. *Sobre determinantes da saúde*. set 2011. Disponível em: <http://bit.ly/2vZqVke> Acesso em: 12 abr. 2023.

- JUNIOR, Diogenes. *As cinco peles de Hundertwasser*, 2016. Disponível em: [As cinco peles de Hundertwasser. A identificação do homem com o mundo ao... | by Diogenes Junior | Trilhas no Universo](#) Acesso em: 14 abr. 2023.
- KUHN, Thomas. *A estrutura das revoluções científicas*. Tradução Beatriz Vianna Boeira e Nelson Boeira. 12. ed. São Paulo: Perspectiva, 2013.
- LAMY, Marcelo. Conceitos Indeterminados: limites jurídicos de densificação e controle. *Revista Internacional d'Humanitats*, v. 11, pp. 53-58, 2007.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Cadernos de Atenção Básica*, nº 34 – Saúde Mental. Brasília, Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf Acesso em 15 abr. 2023.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Caderno Temático do Programa Saúde na Escola Saúde Ambiental*, 2022. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_tematico_pse_saude_ambiental.pdf Acesso em: 11 abr. 2023.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Saúde única*. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-unica> Acesso em: 12 abr. 2023.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde Ambiental. *Guia básico para construção de indicadores*, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_ambiental_guia_basico.pdf. Acesso em: 12 abr. 2023.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Subsídios para construção da Política Nacional de Saúde Ambiental*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.
- ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS (OEA). *Declaração americana dos direitos e deveres do homem*, aprovada na 9ª Conferência Internacional Americana, em Bogotá, 1948. Disponível em: https://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/b.declaracao_americana.htm Acesso em: 12 abr. 2023.
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *Conferência Panamericana de Saúde e Ambiente*, 1995. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/brasil> Acesso em: 11 abr. 2023.
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *Determinantes ambientais e sociais da saúde*. Washington, DC: OPAS, FIOCRUZ; 2011 Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51687?show=full> Acesso em: 11 abr. 2023.
- SOUZA, Joao Paulo. Medicina Social, Saúde Global. *Revista Saúde na Comunidade*. 2014 Jun;1(1): e03.
- TAVARES, Marcela S. de Oliveira Cabral; NETTO, Guilherme Franco; *et al.* *Construindo a política nacional de Saúde ambiental*. Editora do Ministério da Saúde, 2004.
- UNITED NATIONS (UN). Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento. *Eco-92*, 1992. Disponível em: <https://news.un.org/pt/tags/eco-92> Acesso em: 13 abr. 2023.
- UNITED NATIONS (UN). Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável. *Rio +20*, 2012. Disponível em: <https://sustainabledevelopment.un.org/rio20> Acesso em: 13 abr. 2023.
- UNITED NATIONS (UN). Cúpula das Nações Unidas sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. *Cúpula do Milênio*, 2000. Disponível em: <https://www.un.org/millenniumgoals/> Acesso em: 13 abr. 2023.

UNITED NATIONS (UN). Cúpula das Nações Unidas para o Desenvolvimento Sustentável, 2015. *Agenda 2030*. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/70886-agenda-de-desenvolvimento-sustentavel-%C3%A9-adotada-por-unanimidade-pelos-193-estados-membros-da> Acesso em: 13 abr. 2023.

UNITED NATIONS HUMAN RIGHTS (UNHR). *Declaração Universal dos Direitos Humanos*, 1948. Disponível em: <https://www.ohchr.org/en/human-rights/universal-declaration/translations/portuguese?LangID=por> Acesso em: 13 abr. 2023.

VIANNA, Lucila Amaral Carneiro. *Processo Saúde-Doença*. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/332141/mod_resource/content/1/Vianna%20-%20Processo%20sa%C3%BAde%20doen%C3%A7a.pdf Acesso em: 13 abr. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *One Health*. Disponível em: <https://www.who.int/europe/initiatives/one-health> Acesso em: 15 abr. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Preamble to the Constitution of the World Health Organization*, as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946. <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf> Acesso em: 12 abr. 2023.