

## **A VIDA DO HOMEM/O HOMEM SEM VIDA: RETRATOS DA DEGRADAÇÃO SÓCIO-AMBIENTAL<sup>1</sup>**

Elaine Aparecida Rodrigues<sup>2</sup>

Esse estudo tem por objetivo identificar as possibilidades de ocorrência de uma eutanásia social, dada as especificidades do município de Sarandi, estado do Paraná, objeto de análise. No plano empírico, observa-se que, principalmente pelo fato do município de Sarandi ter um elevado índice de crescimento demográfico, sem um suporte social e ambiental e sem infra-estrutura adequada, agravam-se os problemas sociais, em especial àqueles relacionados à saúde da população que, em sua grande parte, é pobre e desprovida de cidadania. O referencial teórico discute questões relacionadas ao respeito humano, desigualdades, qualidade de vida, degradação sócio-ambiental. A partir da correlação entre o plano teórico e o empírico, são apresentados indícios de uma eutanásia social. Para a construção da pesquisa, além da bibliografia consultada, foram feitas entrevistas com profissionais da área de saúde, lideranças políticas, bem como um levantamento com os usuários do SUS. Conclui-se que precariedade no atendimento público de saúde tende a camuflar uma eutanásia social, devido ao risco permanente de morte antecipada da população local.

### **1. INTRODUÇÃO**

A existência humana é permeada por incontáveis mistérios essenciais; a própria vida, assim como a morte, assumem um caráter profundo de incerteza, sobretudo diante da complexidade da sociedade moderna que favorece o estabelecimento de um sistema sócio-econômico extremamente excludente, relegando à marginalização e à morte “prematura” grande parcela da humanidade.

O verdadeiro desafio, a partir da atual situação em que a sociedade se encontra, é permitir que cada pessoa possa viver dignamente. Entretanto, o descaso pela vida ceifada impiedosamente antes do tempo conduz à dor e ao sofrimento humano, no qual a população mais vulnerável sofre intensamente com a precariedade de sua vida.

O limite entre a vida e a morte pode apresentar-se por meio da eutanásia, através da abreviação da vida sofrida. A eutanásia social, todavia, leva em conta a dimensão

---

<sup>1</sup>Artigo escrito com base na Monografia “Na lista da morte: a inclusão potencial dos excluídos”, pelos autores: Michele Freire Gonzaga, Antonio C. de Monteiro Miranda e Danila Freire Gonzaga, sob a orientação de Elaine Aparecida Rodrigues. Monografia apresentada à Febrace 2003 – Feira Brasileira de Ciências e Tecnologia da Escola Politécnica da USP e classificada em 1º lugar na Categoria de Ciências da Saúde.

<sup>2</sup> Mestranda em Integração da América Latina – Prolam/USP- Pós-graduanda em Perícia e Auditoria Ambiental – IPEN/USP - Rua Inácio de Araújo, 20 – bl. 4 apto. 43 – Brás – São Paulo/SP - Fone (11) 6692-3548 – e-mail: elainearodrigues@globocom

social em que a morte se situa, considerando a morte de milhares de pessoas por acidentes, violência e, sobretudo, a falta de condições mínimas de vida no atual contexto social.

Existe muito o que fazer no sentido de levar a sociedade a compreender que morrer com dignidade é consequência de viver dignamente e não meramente sobrevivência sofrida (...). Antes de existir um direito à morte humana, há que se ressaltar o direito de que a vida já existente possa ter condições de ser conservada, preservada e que desabroche plenamente (PESSINI, 2000, p. 338).

A questão da saúde, neste sentido, torna-se de extrema relevância principalmente analisando os problemas enfrentados pelos mais carentes, que aceitam com passividade as imposições de um sistema socialmente mortífero, dada a precariedade do sistema público de saúde, que tende a camuflar a ocorrência de uma “eutanásia social”, ou seja, a insuficiência e a ineficiência da assistência médica-hospitalar pública provoca condições desumanas de vida para os socialmente excluídos, que dependem unicamente do atendimento público e que se deparam com o desrespeito generalizado, com a manipulação da vida, com a abundância de morte diante das desigualdades gritantes das oportunidades de vida (PESSINI, 2000).

Diante da situação exposta, questiona-se se em Sarandi, no Estado do Paraná, município pobre, densamente povoado e com escassez de recursos, existe uma conscientização acerca dos deveres e, sobretudo dos direitos de cada indivíduo no tocante à sua cidadania. Questiona-se principalmente se a precariedade no atendimento público de saúde pode influenciar/provocar/camuflar a prática da “eutanásia social”.

O objetivo desse estudo consiste, portanto, em identificar, dentro dos limites da pesquisa, as possibilidades de ocorrência de uma eutanásia social, dada as especificidades do município em análise.

A crescente desigualdade social traz consequências funestas para a sociedade. As injustiças e a exclusão são claramente percebidas no município de Sarandi, onde quase 40% da população vive em situação de pobreza e o sistema público de saúde é insuficiente para atender uma população de 74000 habitantes, além das cidades vizinhas que recorrem ao atendimento local.

A precariedade da infra-estrutura na área de saúde sugere a necessidade de uma pesquisa que correlacione a exclusão social às situações de morte, inviabilizando a qualidade de vida, caracterizando, na verdade, uma morte “antecipada”.

O estudo limita-se à análise do sistema público de saúde no município de Sarandi, bem como aos principais problemas sociais locais, no primeiro semestre de 2002.

## 2. A VIDA DO HOMEM – O HOMEM SEM VIDA

O processo de exclusão social é evidenciado nesta seção por meio de ilustrações concretas da degradação humana na sociedade brasileira. Entre os problemas discutidos é analisada a precariedade do sistema público de saúde, que pode, paradoxalmente, acarretar consequências trágicas para a vida humana, culminando com situações de morte que desrespeitam os direitos humanos fundamentais do homem.

Os pobres e excluídos são privados dos direitos básicos que deveriam garantir a qualidade de vida dessas populações marginalizadas; direitos como: moradia, trabalho, alimentação, educação, saúde, lazer. A exclusão social torna-se mais grave quando a população se vê sem trabalho, ou quando este não é suficiente para garantir a satisfação das necessidades básicas. Silva (2000) ilustra bem essa situação, afirmando que:

Na região brasileira, as rendas de muitas famílias não são suficientes para garantir as necessidades mínimas de alimentação. O desemprego urbano declarado aumentou e paralelamente houve um considerável acréscimo no mercado de trabalho informal. A imposição de tais políticas, além de causar a estagnação econômica e a conseqüente precarização das relações trabalhistas, eleva o desemprego aumentando a pobreza e a vulnerabilidade dos povos e a incidência do trabalho infantil, um perverso tipo de exclusão constatado no mundo inteiro (SILVA, 2000, p. 134).

Estas deteriorações sociais e econômicas refletem-se de maneira incontestável e dramática na área da saúde. Há uma diferença assustadora entre os dados dos países industrializados, ditos de “Primeiro Mundo” e das nações periféricas, também denominadas “Terceiro Mundo”. No conjunto de todo o Terceiro Mundo, de acordo com Unciti (1999), cada médico atende 7000 pessoas, caracterizando a dimensão da exclusão ora imposta, que atinge cerca de 1,5 bilhão de pessoas sem acesso à medicina moderna. Ainda assim, aqueles que conseguem contar com a assistência médico-hospitalar são obrigados a conviver com a ineficiência da oferta dos serviços de saúde, sem sequer entrar no mérito da sua qualidade, resolutividade e distribuição regional concentrada. Em contrapartida, ao analisar os dados do Primeiro Mundo, verifica-se a existência de um médico para cada 390 habitantes.

A ação preventiva dos profissionais de saúde é indispensável, principalmente para garantir uma melhor qualidade de vida, sobretudo para as populações mais pobres e vulneráveis. Nesse sentido, em análise à Constituição de 1988, observa-se uma contradição já que o acesso universal e igualitário de todos os cidadãos brasileiros aos serviços de saúde é garantido pela Lei Federal, apesar de, na prática, as camadas mais pobres da população passarem horas em filas no Sistema Único de Saúde (SUS) à espera de um atendimento. Frequentemente os noticiários informam óbito de pessoas que não receberam assistência adequada no tempo

necessário, isso sem considerar as incontáveis mortes anônimas.

Essa situação caracteriza uma diversidade de mecanismos de exclusão, que se revertem em desigualdades marcantes nas condições de vida da população, e podem ser refletidos e sintetizados na distribuição de renda da sociedade brasileira.

De acordo com o Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas – IPEA, no Brasil, em 1999, a parcela de renda total apropriada pelos 20% mais pobres foi de 12,55%. Analisando a outra extremidade, tem-se que a parcela de renda total apropriada pelos 10% mais ricos, no mesmo período, é de 47,45%, sendo que somente 1% dos mais ricos apropriam 13,31% da renda total.

Em complemento, para ilustrar a evolução da concentração de renda a nível mundial podem ser analisados dados da Organização das Nações Unidas (ONU), segundo os quais, em 1960, a população rica ganhava 30 vezes mais que a pobre. Já em 1994, os 20% mais ricos detinham 86% de toda produção mundial, ou seja, suas rendas eram 78 vezes maior que a daqueles 20% mais pobres. Observa-se assim que, com o passar dos anos, o abismo que separa os excluídos tem sido alargado vertiginosamente: os ricos ficam mais ricos e os pobres miseravelmente mais pobres. Constata-se, pois, que:

Onde exclusão e desigualdades se fazem presentes a chance de viver com dignidade são reduzidas e o processo de morrer constitui-se numa abreviação coletiva da vida (...). É claro que o grito que nasce dessa realidade, antes de ser por uma ‘morte digna’, é ‘por viver com dignidade’ (PESSINI, 2001, p. 33).

É inevitável que toda a vida humana chegue ao seu final. No entanto, assegurar que isso ocorra de maneira digna, é uma questão que deve ser tratada com ética e consciência por toda a sociedade. Assegurar que a própria vida não seja um processo contínuo de morte é uma responsabilidade que cada indivíduo deve assumir, a partir de uma perspectiva de urgência, como prioridade para promover a melhoria da qualidade da vida humana. De acordo com Pessini, nos países pobres, a morte “prematura” está ligada à questão das políticas públicas de saúde inadequadas e iníquas, com investimentos irrisórios de recursos que causam a morte no nível social de centenas de milhares de pessoas.

A maioria dessas vítimas é constituída por pessoas de baixa renda, principalmente por causa dos seus mínimos padrões de qualidade de vida, favorecendo o surgimento de doenças que não serão tratadas devido à precariedade do sistema de saúde e provocando índices altíssimos de mortalidade e morbidade. Apesar dos incontestáveis progressos na medicina buscarem desapropriar o enfermo da própria morte, estes progressos raramente chegam aos excluídos, pois na utilização dos modernos recursos médicos, a camada mais vulnerável da sociedade é discriminada.

Com todos estes agravantes, a exclusão pode ser caracterizada como um dos mais terríveis males do século XXI. No entanto, conforme os postulados de Silva (2000, p. 136) “a humanidade se vê diante de problemas globais crescentes. A exclusão é uma catástrofe não só para os excluídos. Quando o todo exclui parte, é o todo que está em questão”. Ao contemplar as colocações apresentadas pela autora, enfatizando as discrepâncias que existem na sociedade, bem como a impossibilidade de manter tais relações, torna-se iminente estabelecer um equilíbrio social.

As especificidades apresentadas contribuem para que ocorra a eutanásia social, também definida como “morte prematura” ou “vida sem dignidade”, na qual os pobres são excluídos da lista dos que recebem atendimento de saúde adequado e uma boa qualidade de vida. Aos excluídos é imposta uma “subvida”.

Para se ter uma vida digna e de qualidade, é indispensável o acesso a condições concretas de alimentação, habitação, educação, trabalho, salário e saúde. Para promover a melhoria da saúde humana é necessário, além de tratar a doença, sobretudo preveni-la, eliminando situações que são, por natureza, geradoras de inúmeros problemas à saúde humana.

Neste sentido, a questão da dor e do sofrimento humano assume uma relevância fundamental, principalmente no contexto brasileiro, em que prevalece “dor e sofrimentos sociais” provocados por um sistema sócio-econômico excludente. Além dessa questão social, a dor e o sofrimento suscitam inúmeras discussões em um contexto de final de vida, no qual, para minorar o sofrimento humano causado pelas doenças, passa-se a discutir um tema polêmico: a eutanásia. Apesar dos meios de comunicação apresentarem pesquisas sobre eutanásia, normalmente a ambigüidade do tema não é discutida.

A palavra ‘eutanásia’ procede do grego. O prefixo *eu* significa ‘boa’ e *thanatos*, ‘morte’. No entanto, com F. Bacon, a palavra ‘eutanásia’ perde, pelo menos em parte, seu sentido etimológico e começa a significar uma ação médica pela qual se acelera o processo de morte de um doente terminal ou lhe é tirada a vida. Existe um aspecto característico daquilo que se entende por eutanásia: a iminência da morte do paciente (FERNÁNDEZ, p. 84-85).

Analisando a relação que existe entre morte-vida, conforme Martin (*apud* PESSINI, 2000, p. 232):

A eutanásia, na sua origem etimológica (boa morte), em sua intenção, objetiva proporcionar uma morte suave, sem dor, enquanto a situação chamada eutanásia social nada tem de bom, suave e indolor, muito pelo contrario. Fome, condições precárias de habitação, falta de água potável, desemprego ou condições de trabalho massacrantes, entre outros fatores, contribuem para espalhar a falta de saúde e uma cultura de sobrevivência excludente e mortífera (PESSINI, 2001, p. 322).

Esse processo de vida e morte que se desdobra no Brasil, marcado pela desigualdade de milhares de vidas abreviadas antes do tempo, exige uma luta constante pela melhoria na qualidade de vida e pela dignidade humana na gestação, no nascimento, no crescimento, na maturidade, com perspectivas de se envelhecer sem sofrimento e dor. Da forma como é apresentada hoje, a vida se torna sofrida, marginalizada, cortada sem maiores problemas, o que leva a centenas e milhares de “mortes severinas”, como bem observa Pessini (2000).

Como as necessidades mínimas não são satisfeitas, surge uma discussão de vida-antivida, alimentação-desnutrição, saúde-doença, trabalho-desemprego, educação-analfabetismo, entre outros. Essa análise de pobreza e miséria põe as claras os fatores que geram as situações de morte.

A partir de uma concepção da vida, é preciso escutar as aspirações e o clamor de um outro excluído, pobre; pessoas que já ao nascer, não possuem uma vida digna. Analisando o contexto ora apresentado, verifica-se a existência de uma macromanipulação da vida, de abundância de morte diante das desigualdades sociais.

O desafio ético é considerar não apenas a morte biológica, mas a morte social da pessoa, a morte coletiva, lenta, gradual e injusta. Para além disso, ver a questão da dignidade humana no final da vida, re-evocando o viver digno. A morte injusta é um clamor por vida digna!” (PESSINI, 2001 p. 323).

Analisando esta morte no contexto social, fora e antes da hora, de centenas de milhares de pessoas, provocada de forma lenta e sutil por sistemas e estruturas que não favorecem a vida, conduz a uma questão: como garantir a dignidade no fim da vida se o acontecer da vida é uma contínua indignidade, um sobreviver sem perspectivas de futuro, um simples sobreviver aguardando a morte?

Nota-se claramente que a vida corre um risco permanente de morte antecipada, levando a conclusão de que os excluídos e marginalizados vêem as oportunidades de uma vida digna se distanciarem mais a cada dia. Estas pessoas são privadas de direitos básicos, essenciais à qualidade da vida humana, indispensáveis para o desenvolvimento das potencialidades de cada indivíduo na sociedade.

A insuficiência na oferta e a ineficiência do sistema público de saúde escondem a face cruel de um sistema sócio-econômico excludente: o “deixar morrer” toma forma e ganha força na precariedade da assistência médica, no desrespeito à pessoa humana, na debilidade da vida e na proliferação das situações de morte.

### 3. RETRATOS DA DEGRAÇÃO HUMANA EM UMA PERSPECTIVA LOCAL

A exclusão social provoca uma situação alarmante e desesperadora, na qual uma parcela crescente da população humana simplesmente “afunda-se” na miséria. A desigualdade refletida nas condições de saúde assume proporções de crueldade, angústia e escândalo. Estas dimensões da injustiça social são abordadas na análise feita em Sarandi, apresentando as especificidades do município e a problemática no sistema público de saúde local.

O crescimento populacional em Sarandi ocorreu de forma desordenada, principalmente porque sua infra-estrutura não acompanhou o aumento demográfico, concorrendo para o estabelecimento de inúmeros e complexos problemas que limitam o seu desenvolvimento econômico e social. Atualmente os moradores são obrigados a conviver com a miséria, o desemprego, o trabalho infantil, o atendimento de saúde deficitário, além do preconceito das cidades vizinhas, que impõem a Sarandi o estigma de “subcidade”, de periferia pobre e repleta de problemas.

No município, segundo dados do IPARDES, fornecidos pela Secretaria Municipal de Assistência Social, cerca de 36,9% da população vive em situação de pobreza, contribuindo para um acréscimo no índice de doenças. O problema torna-se ainda mais grave pela falta de indústrias e empresas de grande porte que, devido a proximidade com Maringá, preferem instalar-se na cidade vizinha, absorvendo a mão de obra barata e desqualificada de Sarandi. Para completar esse quadro, de acordo com as informações da Secretaria Municipal do Trabalho, entre janeiro a dezembro de 2001 os setores e atividades econômicas municipais empregaram apenas 4.586 indivíduos; em contrapartida, ocorre em Sarandi uma verdadeira “explosão demográfica”, já que a cidade é a segunda em índice de crescimento populacional no Estado do Paraná. Tal crescimento deve-se principalmente à migração local, caracterizando uma séria problemática existente no município: a dificuldade em absorver todo esse contingente populacional que procura a cidade, principalmente devido à falta de qualificação da maioria, que deixa o setor rural em busca de melhores oportunidades, atraídos pela possibilidade de residir nas proximidades de Maringá a um baixo custo, ainda que a infra-estrutura seja altamente precária.

Ao incorporar a saúde do homem como um componente básico do desenvolvimento econômico e social, observa-se que a melhoria de seus padrões é resultado da elevação dos níveis de desenvolvimento (TORLONI, 1992). Na medida em que se elevam estes níveis econômicos e sociais, evidencia-se uma melhoria nas condições de saúde da população que, por sua vez, refletem-se no aumento da produtividade individual e da produção global de bens e serviços. Segundo o mesmo autor percebe-se uma interdependência e interação entre

saúde e desenvolvimento. É necessário que se gaste em saúde, mas:

[Todos os gastos] só se tornam realmente úteis e rentáveis se associados a outras medidas econômicas e sociais que propiciem melhor renda individual e familiar, melhores habitações, elevação do nível educacional, em suma, melhor padrão de vida. A medicina não pode dar saúde quando a sociedade, o meio ambiente e o modo de vida favorecem sua deterioração (TORLONI, 1992, 121-122).

Essa é a razão pela qual os programas de saúde não devem ser formulados isoladamente, mas devem estar integrados na estratégia global de desenvolvimento. Entretanto, não há como negar que nos países subdesenvolvidos, a maior parte da população não dispõe de recursos para utilizar os serviços médicos. É o que pode ser observado no Brasil, onde as precárias condições de saúde de uma expressiva parcela da população, constituem fator limitante ao desenvolvimento do país.

Essa interação entre o desenvolvimento e a saúde também é analisada por Barros *et al* (1996). Os autores procuram explicar a necessidade da participação do Estado na saúde a partir das forças de mercado. Assim, constituiriam motivos para essa participação: os crescentes custos na área da saúde; a preservação e reposição da força de trabalho; o benefício de toda a comunidade e não apenas dos usuários diretos – como ocorre com a vacinação, controle de vetores e vigilância sanitária e epidemiológica, além da assistência médico-hospitalar – caracterizados com bens públicos.

Entre os argumentos apresentados pelos autores, o que mais chama a atenção e que mais diretamente vem ao encontro desse estudo, diz respeito a imperfeição ou mesmo a perversidade do mercado.

Imperfeição porque no mercado de saúde não prevalece a soberania do consumidor – o paciente não escolhe o momento de demandar o sistema, dada a imprevisibilidade da doença. Além disso, desconhecendo as medidas (tratamento) que deve tomar, confia a um especialista – o profissional de saúde – a prerrogativa de decidir em seu lugar sobre o que consumir. Perversidade porque o mercado tende a excluir justo aqueles que mais necessitam dos serviços de saúde – os mais pobres e os mais velhos (BARROS, *et al*, 1996, p. 26).

Pode-se verificar, diante dessas considerações, a exclusão imposta pelos planos de saúde, na qual a barreira econômica marginaliza de forma implícita a grande maioria da população brasileira, que apresenta uma baixa renda *per capita*, além dos idosos, já que, quanto mais elevada a idade, maior o valor da mensalidade do plano. Apesar de o Estado apresentar-se como um mediador, possibilitando a redução das desigualdades de acesso nos serviços de saúde, nem sempre o setor público desempenha adequadamente o papel de viabilizar o serviço de atendimento médico-hospitalar para a população.

Em uma análise mais recente, de acordo com Marinho *et al* (2001), com a promulgação da lei regulamentadora do Sistema Único de Saúde – SUS, o país teve um modelo de atenção à saúde em que as atividades médico-hospitalares não fossem administradas pelo governo federal, mas estimulassem a organização de todos os níveis de atenção, com gestão municipal. Todavia, ao implementar o SUS, o gerenciamento da saúde pública foi repassado para as mãos dos governos municipais, nem sempre preparados para assumir tal responsabilidade.

A descentralização foi implementada sem um repasse de verbas suficientes para o custeio dos atendimentos. (...) [A observância desses dados, aliados] a baixa remuneração da área de saúde, à falta de aperfeiçoamento técnico continuado dos recursos humanos e à instrumentalização e medicalização, em detrimento do humanismo, no atendimento aos doentes, pintam um quadro dramático (MARINHO, *et al*, 2001, p. 2).

Tal cenário aponta um diagnóstico de ineficácia e baixa resolutividade de uma imensa rede de atendimento médico-hospitalar, mantida pela União, Estados e municípios a um elevado custo. Tais anomalias podem ser retratadas no município de Sarandi-PR. Nota-se, por exemplo, que a maioria dos médicos responsáveis pelo atendimento público também trabalham em outros centros de saúde e em consultórios particulares; a mesma ocorrência é observada em relação aos demais funcionários da área de saúde, como atendentes e enfermeiros, que freqüentemente acumulam duas jornadas de trabalho. De acordo com investigações, percebe-se que a compatibilidade de horário entre os diversos empregos não é administrada pelos profissionais com o mínimo de eficácia e seriedade, de modo que:

O emprego múltiplo é um anacronismo (...) [pois a] pulverização do trabalho desarticula o atendimento, distancia o (...) [profissional] do paciente, dificulta a sua atualização técnica, perturba o seu desempenho profissional, impede a construção de uma carreira, avilta a remuneração, aumenta os custos do atendimento (BARROS *et al*, *apud* COSTA, 1996, p. 64).

É importante considerar que o SUS vem atendendo, principalmente, aos seguimentos populacionais de mais baixa renda, além de atender as parcelas mais favorecidas da população no que se refere aos procedimentos de alta complexidade e alto custo. No entanto, apesar da existência do Sistema Único de Saúde, “*grande parte da população sempre viveu muito distante daquilo que podemos chamar de condições adequadas de vida e saúde*” (NORONHA, 2001, p. 10).

Em complemento a essas colocações, Buss (2002, p. 7) afirma que existem muitos problemas pendentes no SUS, entre os quais: 1) baixa prioridade nas discussões entre gestões; 2) vínculos precários; 3) fracasso na questão de recursos humanos no processo da

reforma do Estado; 4) terceirização; e 5) concursos públicos. Para o mesmo autor, a questão dos concursos públicos assume uma grande notoriedade, já que:

A existência, no mesmo setor da saúde, de várias formas de vínculos empregatícios (por recibo de pagamento a autônomos, por cooperativas e outros), aliada à intermitência da abertura de necessários concursos públicos, dificulta a capacitação e desestimula o trabalhador da saúde. Além disso, impede a realização de planejamentos a longo prazo (BUSS, 2002, p. 7).

Ao estabelecer uma relação entre as colocações do autor e a realidade do Sistema Único de Saúde em Sarandi, nota-se, da mesma forma, que a questão dos concursos públicos assume uma relevância indiscutível. Grande parte dos atendentes é concursada, muitos são servidores antigos que não tiveram uma capacitação adequada para trabalhar na área de saúde, não têm estímulo para aperfeiçoar-se, acomodando-se no cargo que assumiram sem nenhuma perspectiva por causa da estabilidade que possuem. Estes servidores tendem a comprometer a qualidade do serviço e impedem a contratação de novos profissionais, de preferência, especializados, já que o quadro de funcionários se mantém completo, apesar de extremamente deficitário.

A dificuldade maior, dependendo do grau de autonomia institucional, talvez seja profissionalizar a gestão. O SUS de um modo geral, não tem revelado competitividade para recrutar os melhores talentos em profissões que não sejam as de saúde. Isto leva ao improvisado e à administração amadorística, ao mesmo tempo em que favorece o loteamento político dos cargos de direção (BARROS *et al.*, 1996, p. 64).

Para se começar a discutir a questão dos recursos humanos na saúde do país, nas palavras de Noronha (2001), é fundamental a resolução de três problemas prioritários: a) baixos salários; b) ausência de planos de cargos e salários nos três níveis de governo; e c) baixa prioridade e estímulo para o desenvolvimento dos recursos humanos. Em Sarandi, tais dificuldades são claramente observadas, conduzindo à constatação de que os problemas que ocorrem no sistema público de saúde em nível local são muito complexos, principalmente porque o crescimento exagerado da população fez com que a oferta dos serviços de saúde não suportasse tamanha demanda, tendo como agravante a dificuldade em gerir o sistema com eficiência e eficácia.

Sarandi conta com 7 (sete) centros de saúde de menor porte, localizados em diversos bairros; 1 (um) pronto socorro municipal e 1 (um) hospital particular (este, apesar de possuir 140 leitos, destina apenas 16 para os pacientes do SUS). Além do atendimento à população local, o município também recebe pacientes de 17 cidades da região, o que contribui para problematizar ainda mais a oferta e a qualidade do serviço oferecido.

Como consequência, tem-se um sistema de saúde deficitário, obrigando as pessoas a dormirem em filas, aguardarem horas para conseguir consultas básicas e meses para consultar com especialistas, além de existirem sérias dificuldades para a realização de exames de maior complexidade, bem como para se obter internamentos e determinados remédios, já que o número de pessoas que depende do SUS é maior que a quantidade de leitos e medicamentos disponíveis. Pode-se observar um número expressivo de atendimento para as consultas básicas (quase 13 000 por mês), todavia, deve-se considerar que, para possibilitar este número de atendimento, os enfermeiros e atendentes são responsáveis por uma pré-consulta, verificando o quadro clínico geral do paciente, cujas anotações são facilmente analisadas pelo médico, restringindo o tempo médio de consulta e viabilizando as 13000 consultas-mês aqui apresentadas.

Nota-se, também, que os procedimentos que requerem maior complexidade são aqueles que demandam maior tempo para a sua execução, agravando muitas vezes o quadro clínico do paciente. Para fazer qualquer diagnóstico é imprescindível que o médico tenha em mãos exames detalhados do paciente. Levando-se em conta que o usuário precisa passar por uma consulta com um clínico, que fará o encaminhamento para o especialista, devendo então ser agendada esta segunda consulta. Após aguardar até ser chamado, o paciente recebe uma solicitação para exames que deverá ser igualmente agendada. Quando conseguir fazer o exame, deverá aguardar para ter em mãos o resultado e, tendo conseguido este, deverá agendar novamente as consultas para revisão do exame e diagnóstico do problema, o que com a demora no processo, provavelmente poderá ter evoluído.

Assim, devido ao longo tempo para se diagnosticar o problema com exatidão, o sistema pode estar “assinando o atestado de óbito” de muitas pessoas que dele dependem para um correto e urgente tratamento, que, sem a aplicação de um procedimento adequado e rápido, o quadro tende a avançar de tal maneira que impossibilitará o processo de cura.

Pode-se constatar que apesar de toda a sofisticação da sociedade moderna e dos avanços e progressos da humanidade, o homem parece estar cego diante da injustiça social e da pobreza, ignorando milhares de seres humanos que vivem na miséria. Diante da situação citada, a desigualdade social e a limitação de recursos destinados à saúde podem influenciar em um atendimento precário, sobretudo às pessoas de baixa renda, em uma localidade cuja pobreza, falta de infra-estrutura, desemprego em massa, superpopulação, são fatores que tendem a facilitar a prática da eutanásia social.

Nesse sentido, foi realizado uma pesquisa descritiva para verificar as hipóteses levantadas, sobretudo no tocante à qualidade do atendimento público de saúde. Foram entrevistas

99 usuários do SUS, no período de 15 a 19 de abril de 2002, através de um questionário, cuja síntese dos resultados pode ser assim apresentada:

Em uma análise geral da pesquisa desenvolvida, a maior parte dos entrevistados tem escolaridade até o primário (55,5%), uma renda média familiar de até 02 salários mínimos mensais (53,5%) e utilizam sobretudo a assistência do SUS (76,8%).

O número de vezes que os usuários recorrem ao SUS é alto (em média, 27 solicitações), apresentando grande percentual de problemas não solucionados (50,5%). O atendimento recebido é considerado insatisfatório (59,5%) e o Pronto-socorro é o local que apresenta maiores problemas (55,6%).

Os principais problemas observados são: demora para conseguir consultas (18,2%) e o fato do paciente ser enviado para casa mesmo ainda necessitando de procedimentos médicos (18,2%); também são apontadas a falta de conhecimento dos atendentes (22,3%) e a falta de remédios disponíveis (17,1%).

A assistência médica-hospitalar é considerada insatisfatória (55,6%), e o internamento recebe uma qualificação negativa (61,6%). A discriminação é claramente observada (66,7%) não sendo questionada por boa parte dos entrevistados (40,9%).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A sociedade apresenta uma nova versão de uma guerra declarada, na qual a concentração de renda e o acirramento das desigualdades provoca o crescimento vertiginoso das vítimas anônimas do sofrimento e da miséria.

Tal exclusão social é escandalosa e chama a atenção para a inoperância da sociedade diante da extrema desigualdade, da supremacia de poucos sobre muitos. E embora a grande maioria da população humana sofra as conseqüências dessas assimetrias, quase nada é feito para levar um pouco de dignidade a essa legião de desfavorecidos, marginalizados e esquecidos.

Esta situação de morte pode ser observada diariamente nos olhos angustiados, na expressão sofrida, no grito mudo, nas mãos calejadas, na fome, no frio, nas noites sem dormir a espera de um atendimento médico inadequado, na precariedade da vida...

É na saúde pública que esta exclusão mostra sua face perversa: os usuários do sistema público de saúde encontram barreiras imensas para ter acesso a tratamento médico-hospitalar a curto prazo, acesso imediato a exames e medicamentos mais caros, bem como a qualidade e o respeito pela pessoa humana são elementos questionáveis na assistência aos mais

necessitados, desconsiderando todo tipo de sofrimento que essas pessoas estejam passando, quer pelos problemas de saúde, quer pelo descaso e marginalização a que são submetidos.

Apesar da gravidade do quadro, as autoridades e a própria sociedade parecem ignorar o desespero dos desprovidos. Os ouvidos permanecem tapados e os olhos fechados para a problemática da exclusão social e suas conseqüências, sobretudo em relação à saúde pública.

O desrespeito e a indignidade da vida caracterizam a antecipação contínua da morte, sobretudo em uma localidade pobre, densamente povoada, sem infra-estrutura e com escassez de recursos. Em Sarandi, os problemas relacionados à saúde poderiam ser minimizados através de uma ação forte e consciente sobre a prevenção das doenças e a ineficiência do Sistema poderia ser resolvida por meio da competência técnica e administrativa. Dentro deste contexto, o presente estudo apresenta as seguintes propostas:

- ??Realização de um recadastramento municipal da rede hospitalar e ambulatorial vinculada ao SUS.
- ??Implantar programas de treinamento de auditores; apoiando a implementação de sistemas de auditoria, controle e avaliação.
- ??Apoiar a implementação de ouvidorias de saúde com o objetivo de: a) viabilizar mecanismos de denúncia; b) facilitar o acesso a informações sobre direitos para os usuários do SUS; c) informar sobre os recursos transferidos ao município.
- ??Agilizar a implementação da conta hospitalar pública, a fim de aumentar o controle social. Embora sem finalidade de cobrança, a “fatura” deve discriminar os procedimentos aos quais o paciente foi submetido e seus respectivos valores, ressaltando que será integralmente paga com recursos do SUS.
- ??Mobilizar a sociedade para uma ampla utilização de medidas preventivas e para um controle contínuo da ação das autoridades competentes, com o objetivo de fazer uma administração transparente e comprometida com o bem estar social.

Torna-se evidente a constatação de uma eutanásia social caracterizada pelo descaso e pela superficialidade com que a vida humana é tratada nas suas mais diferentes esferas. Também é evidente a necessidade de criação de mecanismos que favoreçam a responsabilidade social para promover a justiça e a equidade.

Neste sentido, tal estudo reafirma o caráter provisório das conclusões aqui elencadas, sobretudo pela complexidade e dinâmica das variáveis envolvidas. Apesar da

tendência apontar para o agravamento da exclusão e dos problemas sociais, essa situação pode ser transformada a partir do compromisso da sociedade com cada indivíduo e com a qualidade da vida humana.

## **BIBLIOGRAFIA**

AQUINO, F., **V assembléia geral da academia pontífica para a vida**, Disponível em: <<http://www.cleofas.com.br>>. Acesso em: 25 mar 2002

BARROS, M. E., *et al.* **Políticas de saúde no Brasil**, IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – Texto para discussão nº 472, 1997, Disponível em <<http://www.ipea.gov.br>>

BUGIERMAN, D. R. **O direito de morrer**. Revista Super Interessante, São Paulo: Editora Abril, ano 15, mar. 2001, nº 3, 98 p.,p.42-50.

FEITOSA, S., **Morte e vida severina**, Disponível em: <[www.secrel.com.br/jpoesia/joao01.html](http://www.secrel.com.br/jpoesia/joao01.html)>. Acesso em: 13 mai 2002.

FERNÁNDEZ, J.G., **10 palavras-chave em bioética: bioética, aborto, eutanásia, pena de morte, reprodução assistida, manipulação genética, AIDS, drogas, transplantes de órgãos, ecologia**. São Paulo: Paulinas, 2000 (Coleção Ética).

FERREIRA, A. B. H., **Mini Dicionário**, São Paulo: Editoras Nova Fronteira, 2000.

GARCIA, A. A., **Eutanásia total**, Disponível em: <[www.eutanasiarohden.hpg](http://www.eutanasiarohden.hpg)>. Acesso em: 25 mar 2002

MARCONI, M. de A. & LAKATOS, E.M. **Metodologia do trabalho científico**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2001, 220 p.

MARINHO, A., *et al.*, **Avaliação descritiva da rede hospitalar do sistema único de saúde (SUS)**, IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – Texto para discussão nº 472, 1997, Disponível em <<http://www.ipea.gov.br>>

MATTAR, F. N. **Pesquisa de marketing**. 2 ed. São Paulo: Atlas, 2000

MEDICI, C. A. **Perfil da saúde no Brasil**, IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – Texto para discussão nº 472, 1997, Disponível em <<http://www.ipea.gov.br>>

PALMER, M., **Problemas morais em medicina**, Editora São Camilo, ano 1999, 221 p.,

PIERINI, L. **Entrevista** realizada no dia 17 de abril de 2002 (auxiliar de enfermagem em Maringá e Sarandi).

PESSINI, L. **A eutanásia na visão das grandes religiões mundiais**, Disponível em: <<http://www.cfm.org.br>>, Acesso em: 25 mar 2002

PESSINI, L. **Distanásia: até quando prolongar a vida?** São Paulo: Editora do Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2001 (Coleção Bioética em perspectiva, 2), 432 p.

RODRIGUES, E. A. **Desafios e possibilidades no gerenciamento hídrico municipal: da preocupação difusa à questão integral**, 2002

RODRIGUES, P. D. **“Eutanásia”**, Editora Del Rey, ano 1993, Belo Horizonte, 168 p.

SAMARA, B. S. & BARROS, J. C. de. **Pesquisa de marketing: conceitos e metodologia**. 2. ed. São Paulo: Makron Books, 1997

SANTOS, J. C. R. PREFEITURA M de Sarandi: Proj. Bás. de Eng. do Sist. de Água e Esgoto, 1999.

SANTOS, J. C. R. ENTREVISTA realizada no dia 13 de março de 2002 (técnico químico responsável pela parte técnica e de qualidade do sistema de água do município de Sarandi)

SILVA, K. de S., **Globalização e exclusão social**. Curitiba: Juruá, 2000, 272 p.

SILVA, K. S., **Globalização e exclusão**. Curitiba: Juruá, 2000, 168 p.

SILVA, S. M. T. **Eutanásia**, Disponível em : <<http://www.infojus.com.br>>. Acesso em 25 mar. 2002

SÚMULA, **A saúde no Brasil avanços, impasses, retrocessos**, fev., ano 2002, nº 86, Rio de Janeiro, 8 p.

TEMA, **Educação popular em saúde**, nov/dez, ano 2001, nº 21, Rio de Janeiro, 32 p.

TOLEDO, R. P, **“ A eutanásia em discussão “**, Revista Veja, ano nº , p.146, São Paulo, editora Abril, ago 2001.

TORLONI, H. **Estudo de problemas brasileiros**. São Paulo: Pioneira. 21ª edição, 1992, 238 p.

UNCITI, M., **Terceiro Mundo**, São Paulo: Edições Paulinas, 1999, 213 p.

UNCITI, M.de, **Terceiro mundo: escândalo e denúncia da injustiça social**. São Paulo: Paulinas, 1999 (Coleção caminhos de diálogo) 215 p.

ZAIDAN, P., **Quando amar significa ajudar a partir**. Revista Cláudia, São Paulo: Editora Abril, an0, jun. 2001, nº 6, 226 p.