

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ – UNIVALI

VICE-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO E EXTENSÃO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM CIÊNCIA JURÍDICA – PPCJ

CURSO DE MESTRADO EM CIÊNCIA JURÍDICA – CMCJ

DUPLA TITULAÇÃO COM WIDENER UNIVERSITY DELAWARE LAW SCHOOL

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FUNDAMENTOS DO DIREITO POSITIVO

LINHA DE PESQUISA: CONSTITUCIONALISMO E PRODUÇÃO DO DIREITO

PROJETO DE PESQUISA: GOVERNANÇA, CONSTITUCIONALISMO, TRANSNACIONALIDADE E SUSTENTABILIDADE

**AS SOFT SKILLS DA COMUNICAÇÃO E EMPATIA COMO
FORMA DE MANIFESTAÇÃO DA DIGNIDADE HUMANA E
UMA POSSÍVEL SOLUÇÃO PARA A CRISE DA
HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE**

LETÍCIA MACHADO

Itajaí-SC, fevereiro de 2023

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ – UNIVALI

VICE-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO E EXTENSÃO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM CIÊNCIA JURÍDICA – PPCJ

CURSO DE MESTRADO EM CIÊNCIA JURÍDICA – CMCJ

DUPLA TITULAÇÃO COM WIDENER UNIVERSITY DELAWARE LAW SCHOOL

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FUNDAMENTOS DO DIREITO POSITIVO

LINHA DE PESQUISA: CONSTITUCIONALISMO E PRODUÇÃO DO DIREITO

PROJETO DE PESQUISA: GOVERNANÇA, CONSTITUCIONALISMO, TRANSNACIONALIDADE E SUSTENTABILIDADE

**AS SOFT SKILLS DA COMUNICAÇÃO E EMPATIA COMO
FORMA DE MANIFESTAÇÃO DA DIGNIDADE HUMANA E
UMA POSSÍVEL SOLUÇÃO PARA A CRISE DA
HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE**

LETÍCIA MACHADO

Dissertação submetida ao Curso de Mestrado em
Ciência Jurídica da Universidade do Vale do Itajaí –
UNIVALI, como requisito parcial à obtenção do título
de Mestre em Ciência Jurídica.

Orientador: Professor Doutor Clovis Demarchi

Itajaí-SC, fevereiro de 2023

AGRADECIMENTOS

Nos momentos em que tudo parecia impossível, Ele sempre fez ser possível.

Para o amor verdadeiro não há máscaras ou filtros. Para a saudade diária não há melhor momento ou hora. Para a alegria da presença não há necessidade de viver a ausência. É possível ter muitas coisas, mas só vale o que se é. Meus pais são base, presente e futuro, são o meu berço de ouro. São minha essência. Sem eles nada faz sentido e com eles tudo é razão, ou melhor, eles são o tudo. Obrigada por terem me dado a vida e me criado para o mundo, ainda que em seus corações quisessem me prender dentro do seu próprio mundo, vocês me ensinaram a viver fora dele.

Aos meus amados avós Nelmo, Luiza e os já falecidos Augusto e Veneranda por serem nosso alicerce. Aos meus familiares, na pessoa da minha querida tia Jerusa por sempre me incentivar. Aos meus carinhosos padrinhos, Iracema e Paulo César, por nunca hesitar em me apoiar.

À equipe do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciência Jurídica da Universidade do Vale do Itajaí, especialmente ao professor Dr. Paulo Márcio Cruz que tornou este sonho possível.

À Widener University Delaware Law School, na pessoa da Dean Eileen A. Grena, por ter me recebido de braços abertos e proporcionado uma vivência única nos Estados Unidos.

Aos envolvidos na criação de dupla titulação com as universidades estrangeiras. É impossível voltarmos a mesma pessoa. Não é apenas a academia, mas o que acontece internamente em nós. Eu não sou a mesma.

Ao meu magnífico, competente e esplêndido orientador professor Dr. Clovis Demarchi por não desistir de mim, pela paciência, compreensão, pelos ensinamentos e por ter aceitado me orientar, não só na graduação há 7 anos, mas também nesta oportunidade.

Aos meus amigos Pedro Henrique Piazza Noldin, Thiago Schiewe, Camila Storino Castro, Camila Raquel Guill, Luciano Nascimento Saporiti, Lilian Karen Ferrari, Eduardo Augusto Fernandes e Sérgio Luis Müller Junior, por todas as contribuições profissionais e pessoais neste período e em minha vida.

DEDICATÓRIA

Aos meus clientes da área da saúde, em especial os pacientes que me ensinaram o verdadeiro sentido sobre servir e amar o próximo.

À coragem.

TERMO DE ISENÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Declaro, para todos os fins de direito, que assumo total responsabilidade pelo aporte ideológico conferido ao presente trabalho, isentando a Universidade do Vale do Itajaí, a Coordenação do Curso de Mestrado em Ciência Jurídica, a Banca Examinadora e o Orientador de toda e qualquer responsabilidade acerca do mesmo.

Itajaí-SC, fevereiro de 2023



Documento assinado digitalmente
LETICIA MACHADO
Data: 02/04/2024 11:11:52-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

**Letícia Machado
Mestranda**

PÁGINA DE APROVAÇÃO

Conforme Ata nº. **001/2023** de Defesa de Dissertação da Mestranda **LETÍCIA MACHADO**, aos vinte e três dias do mês de fevereiro do ano de dois mil e vinte e três, às dezesesseis horas, por videoconferência, reuniu-se a Banca Examinadora de Dissertação do Curso de Mestrado em Ciência Jurídica, vinculado ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciência Jurídica da Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI, da mestranda **Letícia Machado**, sob título “**AS SOFT SKILLS DA COMUNICAÇÃO E EMPATIA COMO FORMA DE MANIFESTAÇÃO DA DIGNIDADE HUMANA E UMA POSSÍVEL SOLUÇÃO PARA A CRISE DA HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE**”. A Banca Examinadora foi formada mediante o Ato Organizacional número 111/PPCJ/2022, baixado pelo Coordenador do Programa Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciência Jurídica, Professor Doutor Paulo Márcio Cruz, composta pelos Professores Doutor Clóvis Demarchi (UNIVALI), como presidente e orientador, Doutor Levi Hulse (Uniarp), como membro, Doutora Heloise Siqueira Garcia (UNIVALI), como membro e Doutor Ricardo Stanziola Vieira (UNIVALI), como membro suplente.

Conforme consta em Ata, feitas as somas e divisões devidas, constatou-se que a examinada atingiu a média global de 9,3, correspondendo ao **conceito A**. Em consequência, a Banca determinou que a Dissertação **foi APROVADA COM MÉRITO**.

Por ser verdade, firmo a presente.

Itajaí (SC), 28 de fevereiro de 2023.



PROF. DR. PAULO MÁRCIO DA CRUZ
Coordenador/PPCJ/UNIVALI

ROL DE CATEGORIAS

Atenção à saúde: “ [...] é tudo que envolve o cuidado com a saúde do ser humano, incluindo as ações e serviços de promoção, prevenção, reabilitação e tratamento de doenças.”¹

Comunicação: a comunicação centrada no paciente é uma abordagem fundamental na prestação de cuidados de saúde, caracterizada pelo respeito e responsividade às preferências individuais, necessidades e valores do paciente. Essa forma de comunicação assegura que os valores do paciente orientem todas as decisões clínicas, promovendo assim um ambiente de cuidado onde o paciente se sente ouvido, respeitado e envolvido ativamente em seu próprio processo de cuidado. Através da comunicação centrada no paciente, os profissionais de saúde demonstram empatia, acolhimento e habilidades de escuta ativa, criando uma relação terapêutica que fortalece a segurança do paciente, melhora a qualidade do atendimento e promove a satisfação do paciente.²

Crise da humanização: a crise da humanização na saúde é caracterizada pela deterioração da qualidade do atendimento prestado aos pacientes, resultante da perda de foco nas necessidades humanas e na falta de empatia e respeito no ambiente de cuidados de saúde. Essa crise pode surgir devido a uma variedade de fatores, incluindo sobrecarga de trabalho, falta de recursos, burocracia excessiva e ênfase excessiva em procedimentos técnicos em detrimento do cuidado humanizado. A humanização na saúde é essencial para garantir que os pacientes

¹ BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. p. 40-41. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf. Acesso em 28 mar 2023.

² Newell, S., & Jordan, Z. (2015). **The patient experience of patient-centered communication with nurses in the hospital setting**: a qualitative systematic review protocol. JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports, 13(1), 76-87. <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2015-1072>. Acesso em 28 mar 2023.

sejam tratados com dignidade, respeito e compaixão, promovendo assim uma melhor experiência de cuidado e resultados mais positivos para os pacientes.³

Dignidade humana: a dignidade humana abarca a sistemática de que as pessoas, apenas por serem elas, na sua pura humanidade, têm qualidade de dignidade “devendo ser tratadas com o mesmo respeito e consideração”.⁴

Direitos fundamentais: os direitos fundamentais são aqueles “positivados no texto constitucional”⁵, conforme art. 6º da CF. No entanto, não basta apenas a menção de tal direito na Constituição. É determinante que para ser qualificado como tal a é necessário o reconhecimento genuíno “assim conhecidos aqueles que consubstanciam a fundamentalidade em seu próprio conteúdo,”⁶

Saúde: entende-se que a saúde é muito mais do que um “estado biológico” aquém de condições sociais e individuais, é de sobremaneira, a “base da cidadania e de justiça social.” A saúde é “um completo estado de bem-estar, e não a mera ausência de doenças”, agregando-se também que referida concepção é condicionada ao contexto de cada um, a “conjuntura social, econômica, política e cultural [...], valores individuais, concepções científicas, religiosas, filosóficas [...], da época, do lugar, da classe social”.

Soft skills: “as *soft skills* são normalmente identificadas como capacidades pessoais e subjetivas que facilitam as relações intrapessoais e interpessoais, agindo como complemento às habilidades técnicas”.⁷

³ Santos, L. A., & Silva, A. L. S. (2019). **A humanização da assistência em saúde:** reflexões sobre as práticas em um hospital público. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online, 11(1), 269-276. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i1.269-276>. Acesso em 28 mar 2023.

⁴ SARMENTO, Daniel. **Dignidade da pessoa humana:** conteúdo, trajetórias e metodologia. Belo Horizonte: Fórum, 2016. 376 p. p. 28.

⁵ SILVA, Alex Matoso. **O acesso à jurisdição em face da garantia da universalidade das políticas públicas em saúde:** tudo para todos? Belo Horizonte: Conhecimento Livraria e Distribuidora, 2021. Edição do Kindle. p. 33.

⁶ SILVA, Alex Matoso. **O acesso à jurisdição em face da garantia da universalidade das políticas públicas em saúde:** tudo para todos? p. 33.

⁷ BES, Pablo Rodrigo *et al.* **Soft Skills.** Porto Alegre: Sagah, 2021. p. 17.

SUMÁRIO

RESUMO	XI
ABSTRACT	XII
INTRODUÇÃO	13
CONSIDERAÇÕES SOBRE O DIREITO E A SAÚDE	19
1.1 CARACTERIZAÇÃO DA SAÚDE.....	19
1.2 SAÚDE COMO DIREITO 25	
1.3 A VISÃO UNIVERSAL DA SAÚDE	28
1.4 A SAÚDE COMO DIREITO NO BRASIL.....	34
1.5 O ATENDIMENTO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL	37
1.6 ATENDIMENTO NA ÓTICA DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE	42
DA DIGNIDADE HUMANA E SAÚDE	45
2.1 DIGNIDADE HUMANA UMA VISÃO UNIVERSAL	45
2.2 DIGNIDADE HUMANA NO ORDENAMENTO BRASILEIRO	53
2.3 GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE E DIGNIDADE HUMANA	59
2.3.1 Saúde como um direito social	62
2.3.2 Garantia do direito à saúde pela judicialização.....	64
2.4 HUMANIZAÇÃO E SAÚDE	72
AS SOFT SKILLS DA COMUNICAÇÃO E EMPATIA COMO FORMA DE MANIFESTAÇÃO DA DIGNIDADE HUMANA E UMA POSSÍVEL SOLUÇÃO PARA A CRISE DA HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE	78

3.1 SOFT SKILLS E A QUARTA REVOLUÇÃO INDUSTRIAL	79
3.1.1 Soft Skill da comunicação.....	83
3.1.2 Soft Skill da empatia	87
3.2 SOFT SKILLS COMO INSTRUMENTO DE HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE	90
3.2.1 Hospital da Disney	99
3.2.2 Hospital de Amor	104
3.3 SOFT SKILLS COMO GARANTIA DA DIGNIDADE HUMANA E DA SAÚDE	109
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	114
REFERÊNCIA DAS FONTES CITADAS	119

RESUMO

A dissertação está inserida na linha de pesquisa de Constitucionalismo e Produção do Direito, da área de concentração Fundamentos do Direito Positivo e relacionada ao projeto de pesquisa Governança, Constitucionalismo, Transnacionalidade e Sustentabilidade, tem como objetivo institucional a obtenção do título de Mestre em Ciência Jurídica pelo Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciência Jurídica – PPCJ da Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI, e na obtenção do título LLM in Corporate and Business Law pela Widener University Delaware Law School. O objetivo científico é o de verificar a aplicação das *soft skills* na área da saúde por toda a cadeia de atendimento, como forma de garantia do direito constitucional da dignidade humana e da saúde, afirmando-se ainda que com a mudança de paradigmas dos profissionais com o foco no ser humano, é possível o atingimento da solução da humanização na saúde, afirmando-se ainda que com a mudança de paradigmas dos profissionais com o foco no ser humano, é possível o atingimento da solução da humanização na saúde. Para tanto, foi utilizado o método indutivo na fase de investigação, tratamento de dados e no relatório da pesquisa, além das técnicas do referente, da categoria, dos conceitos operacionais, da pesquisa bibliográfica e do fichamento. A pesquisa é dividida em três capítulos. No primeiro capítulo é estudada contextualizando-se o que é saúde, sua evolução histórica ao longo dos anos, a visão global da saúde como um direito social, fundamental e sua universalização, abordando-se brevemente as deficiências do sistema brasileiro, especialmente no que concerne ao atendimento ao paciente. O segundo capítulo trata acerca da dignidade humana como preocupação mundial e fundamento constitucional no Brasil colocando-se o ser humano como o centro e o motivo da proteção estatal, bem como o enfrentamento da concretização dos direitos sociais num todo e a crescente judicialização da saúde. Também aborda sobre as dificuldades do paciente em ter um atendimento humanizado. O terceiro capítulo é dedicado veemente ao fomento da necessidade de desenvolvimento de *soft skills*, especialmente comunicação e empatia, pelo profissional da saúde como forma de humanização da saúde e afirmação da dignidade humana. Elenca-se também o método Disney de Atendimento aplicado ao Flórida Hospital nos EUA e o Hospital de Amor de Barretos, no Brasil. Ao final, em sede de considerações finais, conclui-se, a partir dos fundamentos e argumentos apresentados, seguidos de estimulação à continuidade dos estudos e das reflexões sobre as *soft skills* na área da saúde como forma de efetivação da dignidade humana por meio de um atendimento humanizado.

Palavras-chave: Dignidade humana; *soft skill*; saúde; humanização.

ABSTRACT

The dissertation is inserted in the research line of Constitutionalism and Production of Law, in the area of concentration Foundations of Positive Law and related to the research project Governance, Constitutionalism, Transnationality and Sustainability, has as its institutional objective to obtain the title of Master in Legal Science by the Stricto Sensu Graduate Program in Legal Science – PPCJ of the University of Vale do Itajaí – UNIVALI, and earning an LLM in Corporate and Business Law from Widener University Delaware Law School. The scientific objective is to verify the application of soft skills in the health area throughout the service chain, as a way of guaranteeing the constitutional right to human dignity and health, also stating that with the change of paradigms of professionals with a focus on the human being, it is possible to achieve the solution of humanization in health. It is also stated that with the change of paradigms of professionals with a focus on the human being, it is possible to achieve the solution of humanization in health. To this end, the inductive method was used in the investigation phase, data processing and in the research report, in addition to the techniques of the referent, the category, the operational concepts, the bibliographic research and the file. The research is divided into three chapters. In the first chapter, it is studied, contextualizing what health is, its historical evolution over the years, the global view of health as a fundamental social right and its universalization, briefly addressing the deficiencies of the Brazilian system, especially with regard to patient care. The second chapter deals with human dignity as a global concern and constitutional foundation in Brazil, placing the human being as the center and reason for state protection, as well as the confrontation of the realization of social rights as a whole and the growing judicialization of health. It also addresses the patient's difficulties in having humanized care. The third chapter is vehemently dedicated to fostering the need for the development of *soft skills*, especially communication and empathy, by health professionals as a way of humanizing health and affirming human dignity. It also lists the Disney method of care applied to the Florida Hospital in the USA and the Hospital de Amor de Barretos, in Brazil. In the end, in the context of final considerations, it is concluded, based on the fundamentals and arguments presented, followed by encouragement to continue studies and reflections on *soft skills* in the health area as a way of making human dignity effective through humanized caretag.

Keywords: Human dignity; *soft skill*; health; humanization.

INTRODUÇÃO

A dissertação está inserida na linha de pesquisa de Constitucionalismo e Produção do Direito, da área de concentração Fundamentos do Direito Positivo e relacionada ao projeto de pesquisa Governança, Constitucionalismo, Transnacionalidade e Sustentabilidade.

O objetivo institucional consiste na obtenção do título de Mestre em Ciência Jurídica pelo Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciência Jurídica – PPCJ da Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI, e na obtenção do título LLM in Corporate and Business Law pela Widener University Delaware Law School.

O objetivo científico é o de verificar a aplicação das *soft skills* na área da saúde por toda a cadeia de atendimento, como forma de garantia do direito constitucional da dignidade humana e da saúde, afirmando-se ainda que com a mudança de paradigmas dos profissionais com o foco no ser humano, é possível o atingimento da solução da humanização na saúde.

O avançar da tecnologia nos últimos anos caminhou a passos largos. Hoje se fala em metaverso, realidade aumentada e inteligência artificial como sendo algo comum e próximo de acontecer, aliás, a IA já está há bastante tempo no dia a dia do ser humano.

A 4ª Revolução Industrial mostrou que embora o crescimento seja grande e até desenfreado, algumas particularidades se fazem presentes, como a necessidade de mudanças por parte dos profissionais para ter espaço no mercado de trabalho focando não apenas em habilidades técnicas, conhecidas como *hard skills*, mas também em habilidades interpessoais, chamadas *soft skills*.⁸

De acordo com o relatório *Future of Jobs* de 2018, 75 milhões de trabalhos atuais serão substituídos na divisão de trabalho entre humanos,

⁸ BES, Pablo Rodrigo *et al.* **Soft Skills**. p. 11.

máquinas e algoritmos, porém, 133 milhões de empregos também serão criados.⁹ Ainda, a OCDE estima que aproximadamente 1,1 bilhão de empregos sofrerão transformações exponenciais por conta da tecnologia na próxima década.¹⁰

Conforme Baumann afirma em seu conceito sobre modernidade líquida, viver em sociedade atualmente envolve entender que, tudo acontece de forma incessante, exigindo flexibilidade, adaptabilidade e dinamismo.¹¹ Porém, em que pese os enormes avanços tecnológicos, tem-se enxergado que para a sustentação de tais avanços, só há um caminho: a necessidade de colocar o ser humano no centro de todas as relações. E há uma área que sofre bastante nesse ínterim, a saúde.

O assunto da saúde é sempre muito debatido a nível nacional e internacional, sendo reiteradamente reforçado nas agendas da ONU por meio dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentáveis, evidenciando-se o quanto a temática sempre será debatida visando encontrar soluções para as necessidades assistenciais.

Embora a saúde também seja uma área que avança consideravelmente por conta da tecnologia e da inteligência artificial, é constantemente vítima de problemas enraizados de acesso à saúde o que culmina em diversas crises, inclusive a de atendimento ao próprio paciente, configurando um flagrante desrespeito ao fundamento constitucional da dignidade humana e ao direito social em si.

Diversas foram as oportunidades em que se ouviu falar que depender de saúde pública no Brasil é de perder as esperanças. Falta de hospitais, de profissionais, de equipamentos, meses para se conseguir um simples exame, pessoas ao relento da chuva enquanto aguardam ser atendidas nos postos de

⁹ WORLD ECONOMIC FORUM. **The Future of Jobs Report 2018**. Cologny/Geneva: World Economic Forum, 2018. p. VIII. Disponível em: <http://reports.weforum.org/future-of-jobs-2018/>. Acesso em: 28 set. 2022.

¹⁰ TUPPER, Helen; ELLIS, Sarah. It's Time to Reimagine Employee Retention. **Harvard Business Review**. July 04, 2022. Disponível em: <https://hbr.org/2022/07/its-time-to-reimagine-employee-retention>. Acesso em: 28 set. 2022.

¹¹ BES, Pablo Rodrigo *et al.* **Soft Skills**. p. 12.

atenção básica, falta de boa vontade dos profissionais, autonomia limitada, comportamentos grosseiros, consultas que duram minutos para não resolver nada, a lista é interminável e seguramente afrontosa a dignidade humana.

Entretanto, em que pese as realidades apontadas, a **relevância temática** da presente pesquisa reside no fato de que compete ao profissional, isto é, toda a cadeia de atenção ao paciente, a decisão por um atendimento digno e humanizado, independentemente da existência de recursos, mas sim do profissional e para tal, é necessário que este profissional esteja munido de habilidades que são além do seu conhecimento de saber fazer (*hard skill*), e sim, habilidades de saber servir (*soft skill*), em especial, comunicação e empatia, de tratar o ser humano como cidadão de direitos que ele é, e com isso, garantir a dignidade como fundamento basilar.

Desta forma, o presente estudo tem como **objetivo científico** esmiuçar a aplicação das *soft skills* na área da saúde por toda a cadeia de atendimento, como forma de garantia do direito constitucional da dignidade humana e da saúde, analisando-se ainda que com a mudança de paradigmas dos profissionais com o foco no ser humano, é possível o atingimento da solução da humanização na saúde.

Para esta finalidade, foram elaborados os seguintes **objetivos específicos**: a) Analisar a legislação constitucional e internacional referente ao acesso à saúde como direito social e à dignidade humana como fundamento do Estado Democrático de Direito, destacando os preceitos constitucionais e tratados internacionais que os reconhecem; b) investigar as condições estruturais e organizacionais da saúde, incluindo a disponibilidade de profissionais, equipamentos, burocracia e condições de trabalho, para avaliar seu impacto no atendimento ao paciente e a possível violação de direitos fundamentais; c) examinar casos e estudos que evidenciem a relação entre a crise do atendimento na saúde e a violação da dignidade humana, bem como identificar estratégias e práticas para a humanização do atendimento, com ênfase no desenvolvimento de habilidades interpessoais pelos profissionais de saúde; e por fim, d) Investigar o impacto da evolução tecnológica e da Indústria 4.0 na área da saúde, com foco na

necessidade de reciclagem profissional para o desenvolvimento de soft skills e na recentralização do ser humano nas relações de cuidado e assistência à saúde.

O **objetivo institucional** consiste na obtenção do título de Mestre em Ciência Jurídica pelo Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciência Jurídica – PPCJ da Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI, e na obtenção do título *LLM in Corporate and Business Law* pela Widener University Delaware Law School.

Para a pesquisa levantou-se as seguintes hipóteses:

- a) O acesso à saúde constitui direito social constitucional, assim como a dignidade humana é fundamento no Estado Democrático de Direito, de modo que o seu descumprimento viola preceitos constitucionais básicos, reconhecidos inclusive internacionalmente;
- b) A falta ou deficiência de problemas na saúde como número reduzido de profissionais, inexistência de equipamentos, burocracia, autonomia prejudicada, condições de trabalho, não pode interferir no atendimento ao paciente e causar-lhe desrespeito à direitos fundamentais;
- c) A crise do mal atendimento na saúde afeta diretamente a dignidade humana, sendo necessário que os atendimentos sejam humanizados e para tanto é necessário o desenvolvimento de habilidades interpessoais pelos profissionais, como forma de garantir o que está positivado na carta magna;
- d) Com o avançar da tecnologia e do surgimento da Indústria 4.0 percebeu-se a necessidade crescente de reciclagem do profissional (com foco na área da saúde) para estar apto às novas exigências do mercado, chamadas de *soft skills* e a recolocação das pessoas no centro de todas as relações;

Os resultados do trabalho de exame das hipóteses estão expostos na presente dissertação dividida em 3 capítulos, de forma sintetizada, como segue.

Principia-se, no **Capítulo 1**, com a contextualização do que é saúde, sua evolução histórica ao longo dos anos, a visão global da saúde como um direito social, fundamental e sua universalização, abordando-se brevemente as deficiências do sistema brasileiro, especialmente no que concerne ao atendimento ao paciente.

O **Capítulo 2** trata acerca da dignidade humana como preocupação mundial e fundamento constitucional no Brasil colocando-se o ser humano como o centro e o motivo da proteção estatal, bem como o enfrentamento da concretização dos direitos sociais num todo e a crescente judicialização da saúde. Também aborda sobre as dificuldades do paciente em ter um atendimento humanizado.

O **Capítulo 3** dedica-se veemente ao fomento da necessidade de desenvolvimento de *soft skills*, especialmente comunicação e empatia, pelo profissional da saúde como forma de humanização da saúde e afirmação da dignidade humana. Elenca-se também o método Disney de Atendimento aplicado ao Flórida Hospital nos EUA e o Hospital de Amor de Barretos, no Brasil.

O presente Relatório de Pesquisa se encerra com as **Considerações Finais**, nas quais são apresentados aspectos destacados da Dissertação, seguidos de estimulação à continuidade dos estudos e das reflexões sobre as *soft skills* na área da saúde como forma de efetivação da dignidade humana por meio de um atendimento humanizado.

Quanto à Metodologia empregada, registra-se que, na Fase de Investigação¹² foi utilizado o Método Indutivo¹³, na Fase de Tratamento de Dados

¹² “[...] momento no qual o Pesquisador busca e recolhe os dados, sob a moldura do Referente estabelecido [...]”. (PASOLD, Cesar Luiz. **Metodologia da pesquisa jurídica: teoria e prática**. 14 ed. ver., atual. e ampl. Florianópolis: Empório Modara, 2018. pp. 112-113).

¹³ “[...] pesquisar e identificar as partes de um fenômeno e colecioná-las de modo a ter uma percepção ou conclusão geral [...]”. (PASOLD, Cesar Luiz. **Metodologia da pesquisa jurídica: teoria e prática**. p. 114).

o Método Cartesiano¹⁴, e, o Relatório dos Resultados expresso na presente Dissertação é composto na base lógica indutiva.

Nas diversas fases da Pesquisa, foram acionadas as Técnicas do Referente¹⁵, da Categoria¹⁶, do Conceito Operacional¹⁷ e da Pesquisa Bibliográfica¹⁸. Os Categorias principais e respectivos Conceitos Operacionais estão apresentados em glossário inicial.¹⁹

¹⁴ Sobre as quatro regras do Método Cartesiano (evidência, dividir, ordenar e avaliar) veja LEITE, Eduardo de oliveira. **A monografia jurídica**. 5 ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001. pp. 22-26.

¹⁵ “(...) explicitação prévia do(s) motivo(s), do(s) objetivo(s) e do produto desejado, delimitando o alcance temático e de abordagem para a atividade intelectual, especialmente para uma pesquisa.” (PASOLD, Cesar Luiz. **Metodologia da pesquisa jurídica: teoria e prática**. p. 69).

¹⁶ “(...) palavra ou expressão estratégica à elaboração e/ou à expressão de uma ideia.” (PASOLD, Cesar Luiz. **Metodologia da pesquisa jurídica: teoria e prática**. p. 41).

¹⁷ “(...) uma definição para uma palavra ou expressão, com o desejo de que tal definição seja aceita para os efeitos das ideias que expomos (...)”. (PASOLD, Cesar Luiz. **Metodologia da pesquisa jurídica: teoria e prática**. p. 58).

¹⁸ “Técnica de investigação em livros, repertórios jurisprudenciais e coletâneas legais”. (PASOLD, Cesar Luiz. **Metodologia da pesquisa jurídica: teoria e prática**. p. 217).

¹⁹ Sobre Categorias e Conceitos Operacionais vide: PASOLD, Cesar Luiz. **Metodologia da Pesquisa Jurídica: teoria e prática**. 14. ed.rev.atual. e amp. Florianópolis: EMais, 2018. pp.31-60.

Capítulo 1

CONSIDERAÇÕES SOBRE O DIREITO E A SAÚDE

Dividido em 6 (seis) itens, o presente capítulo foi desenvolvido objetivando a contextualização do que é saúde, assim como o desenvolvimento do conceito ao longo dos anos, iniciando nos tempos mais remotos pela ótica da doença e chegando-se à contemporaneidade em que se volta ao tratamento do ser humano como centro, é o que foi abordado nos dois primeiros itens.

Nos itens 1.3 e 1.4 traz-se a visão global da saúde como um direito e sua universalização, sendo objeto até mesmo da Agenda 2030 da ONU para os países signatários. No que concerne ao Brasil, a análise se dá a nível constitucional e infraconstitucional através da fundamentalidade do direito social, Lei Orgânica da Saúde e pressupostos do SUS.

Na parte final do capítulo aborda-se o atendimento da saúde pública no Brasil, esboçando-se brevemente sobre a forma de assistência que é categorizada conforme sua complexidade e demonstrando-se as deficiências do sistema, inclusive na visão dos profissionais da saúde.

1.1 CARACTERIZAÇÃO DA SAÚDE

Distante de uma conceituação até pouco tempo atrás aplicada, entende-se que a saúde é muito mais do que um “estado biológico” aquém de condições sociais e individuais, é de sobremaneira, a “base da cidadania e de justiça social.”²⁰

Já é de reconhecimento nacional e internacional que a saúde é “um completo estado de bem-estar, e não a mera ausência de doenças”, agregando-se

²⁰ VENTURA, Miriam *et al.* Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva [online]. 2010, v. 20, n. 1, p. 77-100. p. 81. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/35xXdQXR9JrdvpPmtkktL9F/?lang=pt>. Acesso em 15 set. 2022.

também que referida concepção é condicionada ao contexto de cada um, a “conjuntura social, econômica, política e cultural [...], valores individuais, concepções científicas, religiosas, filosóficas [...], da época, do lugar, da classe social”.²¹

Curioso destacar o conceito de saúde sob a ótica de época e concepções religiosas e filosóficas, o entendimento sobre a ânsia dos escravos em fugirem. Em 1851, Samuel A. Cartwright, médico de Louisiana, diagnosticou tal ímpeto de fuga dos escravos como enfermidade mental, a chamada drapetomania. “O tratamento proposto era o do açoite, também aplicável à “disestesia etiópica”, outro diagnóstico do doutor Cartwright, este explicando a falta de motivação para o trabalho entre os negros escravizados.”²²

Desde muito tempo ocorreu a busca pelo enfrentamento da doença, também vista como uma ameaça, iniciando-se com conceitos religiosos de que a “doença resulta da ação de forças alheias ao organismo que neste se introduzem por causa do pecado ou de maldição,” sendo atrelada ainda aos pecados humanos.

“A doença era sinal de desobediência ao mandamento divino. A enfermidade proclamava o pecado, quase sempre em forma visível [...]”, à exemplo da própria lepra, que exige contato físico, e portanto, traria o pecado quando do contato entre as pessoas. Havia a ideia de um possível tratamento que consistia no isolamento até a cura, para o cristianismo sendo também rezada uma missa de corpo presente para o leproso e a consideração dele como morto, não podendo ter contato com ninguém.”²³

Seguindo a mesma linha de certo isolamento, para o judaísmo, uma pessoa que tivesse doença de pele, por exemplo, não poderia abater um animal. Moluscos eram proibidos, o que poderia evitar certas doenças. Entretanto, apesar

²¹ SCLiar, Moacyr. História do conceito de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** [online]. 2007, v. 17, n. 1, pp. 29-41. p. 30. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/WNtwLvWQRFbscbzCywV9wGq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 15 set. 2022.

²² SCLiar, Moacyr. História do conceito de saúde. p. 30.

²³ SCLiar, Moacyr. História do conceito de saúde. p. 30.

de uma diferença simbólica entre os hebreus e a cultura do oriente médio, referidas prevenções foram positivas, mas não realizadas com o entendimento de tal, e sim, novamente por um preceito religioso.²⁴

Na cultura xamânica, existiam os rituais dotados de cantoria e plantas com substâncias alucinógenas para expulsar os espíritos que tinham possuído a pessoa acometida de doença. “O objetivo é reintegrar o doente ao universo total, do qual ele é parte.”

Na Grécia antiga surge Hipócrates de Cós, o pai da medicina. E apesar de existência do culto à várias divindades da saúde, foi a visão de Hipócrates que trouxe significativas mudanças. Ele acredita que não há relação divina ou sagrada com a doença, tendo ela uma causa natural, e que o homem ao achá-la com um cunho religioso se demonstra totalmente ignorante.²⁵

Com o evoluir da química, as interações com a medicina passaram a ser mais íntimas. Paracelsus no século XVI acreditava que os processos químicos que aconteciam no corpo humano deveriam ser tratados também com remédios químicos para expulsar a doença, havendo então a administração de doses de minerais e metais para alguns tratamentos.

Já no século XVII a concepção de dualismo entre corpo e mente trabalhando como uma máquina surgiu com René Descartes, de modo que com o avanço da anatomia e modernidade, passou-se a tratar doença como aquela localizada nos órgãos.²⁶

Eivados de sentimentos artísticos, o Romantismo trouxe a interpretação da aceitação da doença e do desejo por ela, como forma de entender-se sobre o que é a vida, a morte e Deus. Poetas e músicos como Castro e Alves e

²⁴ SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. p. 30.

²⁵ SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. p. 32.

²⁶ SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. p. 34.

Chopin desejavam pela morte precoce, eis que “a doença refinaria a arte de viver e a arte propriamente dita. Saúde, nestas circunstâncias, era até dispensável.”²⁷

Um grande passo importante ocorreu no final do século XIX, conhecido como a Revolução Pasteuriana, quando se descobriu a existência de micro-organismos que eram causadores de doenças, introduzindo-se vacinas e soros. Na época também surgia a epidemiologia e a estatística que contribuiu muito com as evoluções sanitárias.²⁸

Embora o conceito sobre saúde ainda não tenha sido efetivamente postulado na época, as concepções religiosas já estavam muito distantes, a medicina já havia avançado exponencialmente, entendia-se por fatores externos como as condições sanitárias capazes de influenciar no desenvolvimento de doenças e enxergava-se o ser humano como uma conexão entre corpo e mente, ampliando-se o leque de que saúde não é apenas ausência de doença.

Foi após a 2ª Guerra Mundial, entendendo que era necessário um entendimento unísono (transacional?)²⁹ que as nações se reuniram. Surgiu então a Organização das Nações Unidas e a Organização Mundial da Saúde e em 7 de abril de 1948 um conceito mundial de saúde³⁰: “Saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”.³¹

A Primeira Conferência Internacional sobre promoção da saúde, realizada em Ottawa no ano de 1986, trouxe como pré-requisitos básicos e

²⁷ SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. p. 34.

²⁸ SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. p. 34.

²⁹ Reflexão elaborado pela própria autora: "transnacional" sugerem uma visão que ultrapassa fronteiras nacionais, reconhecendo a crescente interdependência global em diversas esferas. Esta noção destaca a importância de abordagens colaborativas e globais para enfrentar desafios compartilhados, como mudanças climáticas, migração e saúde pública. No entanto, também levanta questões sobre poder, desigualdade e governança global, revelando disparidades entre países desenvolvidos e em desenvolvimento, além de desafios na criação de mecanismos eficazes de governança que garantam equidade e justiça para todos os envolvidos. Assim, a reflexão sobre o conceito de "transnacional" nos convida a buscar soluções inclusivas e colaborativas para problemas complexos que transcendem fronteiras nacionais, reconhecendo a diversidade cultural e a interação entre diferentes sistemas e atores em nível global.

³⁰ SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. p. 36.

³¹ WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Ottawa Charter for Health Promotion**. Ottawa, Canada: WHO, 1988. Disponível em: encurtador.com.br/kBPSV. Acesso em 15 set. 2022.

fundamentais para a saúde, a paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade, afirmando ainda que “o incremento nas condições de saúde requer uma base sólida nestes pré-requisitos básicos,”³² a carta de intenções ainda aborda:

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global.

Ante o vasto conceito de saúde, evidencia-se ainda forte relação com as perspectivas de cura e políticas públicas (medicamentos, tratamentos, cirurgias), enfatizando “ao uso de tecnologia para o diagnóstico, à restrição da terapêutica à prescrição medicamentosa, à “naturalização” e produção de “necessidades de saúde” que se transformam em “demandas de saúde”.³³

O problema apontado aqui é coisificação da doença que acaba por afetar o paciente, ao passo em afasta o ser, o indivíduo, doente da atenção do médico, com centro à “doença-coisa”, o que vem a se tornar algo natural “e reduzindo, portanto, as demandas de saúde a demandas por bens de consumo que integram o processo curativo.”³⁴

Destaca-se que não se entende pela desnecessidade em “se disponibilizar um conjunto de técnicas, equipamentos e insumos (recursos técnicos e científicos) para atender às questões de saúde”³⁵, mas ressalta-se a

³² WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Ottawa Charter for Health Promotion.**

³³ VENTURA, Miriam *et al.* Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. p. 81.

³⁴ VENTURA, Miriam *et al.* Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. p. 81.

³⁵ VENTURA, Miriam *et al.* Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. p. 82.

compreensão acerca do que é saúde deve ser muito mais profunda implicando no “desenvolvimento de políticas e ações mais amplas, que assegurem bem-estar a todos”.³⁶

“Há alguns anos, a preocupação da equipe de saúde em relação ao câncer era o tempo de sobrevivência dos pacientes,” e não somente ao câncer, mas com várias doenças, eis que o foco era a cura, a doença em si. Entretanto, estudos mostram que cada vez a equipe médica se mostra empenhada em avaliar a qualidade de vida do paciente, que permite dispendir atenção direcionada à “percepção do indivíduo sobre seu modo de conduzir a vida, podendo incluir avaliações do nível de satisfação referentes ao tratamento, estado de saúde e perspectivas futuras”, demonstrando que o cerne não é mais a doença e sim, o tratamento da saúde num todo.³⁷

Ayres, entendendo por uma análise hermenêutica sobre o conceito de saúde, inicia seu estudo questionando “Se neste exato momento fosse perguntado a você, leitor ou leitora, se está saudável, o que responderia?”³⁸. A partir desse viés elabora uma interessante roupagem para o significado do que vem a ser saúde:

[...] busca contínua e socialmente compartilhada de meios para evitar, manejar ou superar de modo conveniente os processos de adoecimento, na sua condição de indicadores de obstáculos encontrados por indivíduos e coletividades à realização de seus projetos de felicidade.³⁹

³⁶ VENTURA, Miriam *et al.* Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. p. 82.

³⁷ CAMARGOS, Mayara Goulart de. **Avaliação da Espiritualidade/Religiosidade e associação com a qualidade de vida de pacientes com câncer e profissionais de saúde de um hospital oncológico**. 2014. 149 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Oncologia, Programa de Pós-Graduação do Hospital de Câncer de Barretos, Barretos/São Paulo, 2014. p. 26. Disponível em: file:///C:/Users/nicol/Downloads/silo.tips_mayara-goulart-de-camargos.pdf. Acesso em: 15 set. 2022.

³⁸ AYRES, José Ricardo C. M. Uma concepção hermenêutica de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** [online]. 2007, v. 17, n. 1, p. 43-62. p. 44. Ago. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/hSgv4n6yzC76Hsv3rmHVS5y/?lang=pt>. Acesso em 15 set. 2022.

³⁹ AYRES, José Ricardo C. M. **Uma** concepção hermenêutica de saúde. p. 60.

Portanto, tem-se que a concepção de saúde, além de ser a ausência de doença, e ter como foco o indivíduo “é um estado de razoável harmonia entre o sujeito e a sua própria realidade [...]”.⁴⁰

1.2 SAÚDE COMO DIREITO

O reconhecimento da saúde como um direito ocorre tanto em campo nacional como internacional, sendo de responsabilidade do Estado a sua garantia, através de políticas públicas “que permitam o acesso de todos aos meios adequados para o seu bem-estar,” por meio de prestações positivas que provocam limites individuais e coletivos para sua perfectibilização.⁴¹

O diálogo entre o direito à saúde como atinente à dignidade humana, impacta diretamente nas definições sobre saúde, doença e bem-estar, havendo o desafio em elencar direitos e responsabilidades dos indivíduos e do governo.⁴²

Interessante destacar um artigo elaborado em 1987, antes da nossa atual Constituição que já trazia a preocupação quanto a definição da saúde como direito a ser garantida pelo Estado, bem como, a atuação mais célere e justa do judiciário:

A definição legal do conteúdo do direito à saúde garantido pelo Poder Público implica sua responsabilidade jurídica. Contudo, sabe-se que as reais dificuldades de acesso ao Poder Judiciário têm, frequentemente, impedido que se promovam responsabilizações. Assim sendo, deve a Constituição brasileira prever meios de fácil acesso ao Judiciário, além de facilitar a prolação de decisões mais justas porque mais rápidas e mais reais. Para tanto, é indispensável que artigos constitucionais instituam o julgamento por júri popular sempre que se tratar de ofensa aos direitos humanos fundamentais; [...]⁴³

⁴⁰ SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio Carvalho. O conceito de saúde. **Revista de Saúde Pública** [online]. 1997, v. 31, n. 5, p. 538-542. Ago. 2001. p. 542. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/ztHNk9hRH3TJhh5fMgDFCFj/?lang=pt>. Acesso em 15 set. 2022.

⁴¹ VENTURA, Miriam *et al.* Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. p. 82.

⁴² VENTURA, Miriam *et al.* Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. p. 82.

⁴³ DALLARI, Sueli Gandolfi. O direito à saúde. **Revista de Saúde Pública** [online]. 1988, v. 22, n. 1, p. 57-63. Dez. 2004. p. 62. Disponível em <https://www.scielo.br/j/rsp/a/jSj9cfJhsNcyjBfG3xDbyfN/?lang=pt>. Acesso em 15 set. 2022.

A Convenção de Viena de 1993 também trata do direito à saúde como universal e de responsabilidade Estatal em proteger os direitos humanos e fundamentais:

5. Todos os Direitos Humanos são universais, indivisíveis, interdependentes e interrelacionados. A comunidade internacional deve considerar os Direitos Humanos, globalmente, de forma justa e equitativa, no mesmo pé e com igual ênfase. Embora se deva ter sempre presente o significado das especificidades nacionais e regionais e os diversos antecedentes históricos, culturais e religiosos, compete aos Estados, independentemente dos seus sistemas políticos, econômicos e culturais, promover e proteger todos os Direitos Humanos e liberdades fundamentais.⁴⁴

Tem-se que as tecnologias farmacêuticas há muito tempo já eram objeto de “ativismo de direitos humanos e da saúde global, e igualmente das agendas de governos neste campo.”⁴⁵

O próprio art. 12 do Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, já abordava a obrigatoriedade dos Estados Partes em reconhecer o “direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível possível de saúde física e mental.”⁴⁶

Entende-se que o direito à saúde, tanto quanto os direitos fundamentais sociais, possuem um aspecto duplo de eficácia, um que exige uma natureza defensiva e noutro que exige uma prestação.

No aspecto defensivo tem-se uma atuação que impede que o Estado e os próprios indivíduos se abstenham de realizar (ou omitir) condutas que possam

⁴⁴ ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Declaração e Programa de Ação de Viena - Conferência mundial sobre os Direitos Humanos. Viena, 1993. Disponível em: [encurtador.com.br/dKMP9](https://www.derechos.org/nizkor/brasil/doc/declviena.html). Acesso em 15 set. 2022.

⁴⁵ VIEGAS, Leandro Luiz; VENTURA, Deisy de Freitas Lima; VENTURA, Miriam. A proposta de convenção internacional sobre a resposta às pandemias: em defesa de um tratado de direitos humanos para o campo da saúde global. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2022, v. 38, n. 1. p. 6. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-331X00168121>. Acesso em 27 out. 2022.

⁴⁶ BRASIL. Decreto nº 591, de 6 de julho de 1992. Atos Internacionais. Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Promulgação. Brasília, DF, Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0591.htm. Acesso em: 27 set. 2022.

prejudicar “bens juridicamente protegidos a ele relacionados”, bem como, a imposição de obrigações de caráter negativo obstaculizando seu desrespeito.⁴⁷

Já na esfera prestacional, há a exigência de obrigações e deveres positivos destinados “a garantir e promover a saúde, as quais poderão consistir na construção de hospitais e clínicas, na prestação de serviços médicos, no fornecimento de medicamentos àqueles que necessitarem, garantindo-lhes uma existência digna,” e promoção de condições fundamentais ao seu acesso.⁴⁸

Reforça-se que além de entender a complexidade que é a positivação da saúde como um direito, é o estabelecimento de certos critérios universais para a compreensão da saúde como um bem a ser tutelado, tendo em vista que “dependem de uma valoração específica, nos diversos contextos morais e sociais, e, em especial, nas sociedades pluralistas”.⁴⁹

Importante contextualizar que antes da saúde ser reconhecida como um direito, simplesmente por ser as concepções que levam o indivíduo a querer ter/ser saúde/saudável, o Estado desempenhava um papel de poder, atuando de modo soberano.⁵⁰

Através do surgimento do Welfare State na época moderna houve a consolidação de que o direito a saúde é de responsabilidade do governo, passando

⁴⁷ SILVA, Alex Matoso. **O acesso à jurisdição em face da garantia da universalidade das políticas públicas em saúde: tudo para todos?** p. 10.

⁴⁸ SILVA, Alex Matoso. **O acesso à jurisdição em face da garantia da universalidade das políticas públicas em saúde: tudo para todos?** p. 10.

⁴⁹ VENTURA, Miriam *et al.* Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. p. 83.

⁵⁰ TORRONTÉGUY, Marco Aurélio Antas. **O Direito Humano à saúde no Direito Internacional: efetivação por meio da cooperação sanitária.** 2010. 355 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Direito, Área de Concentração de Direitos Humanos, Universidade de São Paulo - USP, São Paulo/SP, 2010. p. 80. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/2/2140/tde-14032011-154326/pt-br.php>. Acesso em: 16 set. 2022.

a ser entendida como política Estatal⁵¹, com “indispensável atuação do Estado para defender a saúde pública, configurando direitos e distribuindo bens e serviços”.⁵²

1.3 A VISÃO UNIVERSAL DA SAÚDE

Em 2010 a OMS elaborou relatório discorrendo acerca do financiamento dos sistemas de saúde e trazendo a universalidade como o caminho. Considerando a dificuldade expressada pelos países acerca dos modos de financiamento do cuidado à saúde, o relatório tem por objetivo auxiliar por meio de evidências as opções para angariamento de recursos e rompimento de empecilhos ao acesso.⁵³

A diretora geral na época Dra. Margaret Chan afirmou que “Todos os sistemas de saúde, em toda a parte, podem fazer melhor uso dos seus recursos [...]” antes de providenciar cortes na saúde, buscando trabalhar a eficiência. Segundo o relatório, entre 20 e 30% dos gastos em saúde são desperdiçados por conta de ineficiência, de modo que com melhores políticas e práticas é possível chegar mais próximo de uma “cobertura universal sem aumentar os gastos”, ela ainda afirma:⁵⁴

[...] não há nenhum pacote de políticas que seja eficaz em todos os contextos. Tal como preconiza o Relatório, qualquer estratégia efectiva de financiamento da saúde tem que ser de gestão local. Os sistemas de saúde são sistemas complexos e adaptativos, e os seus diferentes componentes podem interagir de modos inesperados.⁵⁵

⁵¹ TORRONTÉGUY, Marco Aurélio Antas. **O Direito Humano à saúde no Direito Internacional: efetivação por meio da cooperação sanitária.** p. 80.

⁵² DALLARI, Sueli Gandolfi. Políticas de Estado e políticas de governo: o caso da saúde pública. In: BUCCI, Maria Paula Dallari (Org.). **Políticas públicas: reflexões sobre o conceito jurídico.** São Paulo: Saraiva, 2006. p. 252.

⁵³ WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World Health Report: health systems financing: the path to universal coverage.** Geneva: WHO, 2010. p. VI. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564021>. Acesso em: 16 set. 2022.

⁵⁴ WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World Health Report: health systems financing: the path to universal coverage.** p. VI.

⁵⁵ WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World Health Report: health systems financing: the path to universal coverage.** p. VII.

Para o desenvolvimento econômico e social sustentável tem-se que a promoção da saúde é elementar para o bem-estar do indivíduo. A própria Declaração de Alma-Ata, assinada há mais de 40 anos já afirmava que a saúde para todos coopera para “melhor qualidade de vida como também para a paz e segurança globais.”⁵⁶

Cientes de que existem diversas formas de promover a saúde, que inclusive não se encontram limitadas ao setor da saúde, à exemplo das próprias condições de vida do indivíduo, são forte influência em “como as pessoas vivem e morrem”, o relatório também aponta para a preocupação na redução de desigualdades como “educação, habitação, alimentação e emprego”, como forma de diminuição das “desigualdades em saúde”.⁵⁷

Desta forma, no ano de 2005 os Estados Membros da OMS firmaram compromisso de “desenvolver sistemas de financiamento da saúde, que permitam às pessoas aceder a serviços sem enormes sacrifícios financeiros para pagá-los”,⁵⁸ com uma cobertura equitativa e com ferramentas para monitoramento o que na época também ficou conhecido como cobertura universal de saúde:

A necessidade de cobertura universal de saúde, e duma estratégia para financiá-la, nunca foram tão grandes como neste momento em que o mundo se debate com o abrandamento económico, a globalização das doenças e das economias e com exigências crescentes para cuidados crónicos que estão parcialmente ligados ao envelhecimento das populações.⁵⁹

Ambiguidades com relação ao conceito de cobertura universal de saúde e sistema universal se demonstraram preocupantes ao longo dos anos. Na Europa a universalidade é tratada como “cobertura pública de sistemas nacionais, sob designações como *universal health care* ou *universal health systems* (UHS).”

⁵⁶ WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World Health Report:** health systems financing: the path to universal coverage. p. 13.

⁵⁷ WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World Health Report:** health systems financing: the path to universal coverage. p. 13.

⁵⁸ WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World Health Report:** health systems financing: the path to universal coverage. p. IX.

⁵⁹ WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World Health Report:** health systems financing: the path to universal coverage. p. X.

Em países em desenvolvimento o termo universal *health coverage* diz respeito à garantia de serviços básicos “[...] ou por cobertura de seguros de saúde, públicos ou privados, indicando ênfase no subsídio à demanda, em detrimento da construção de sistemas públicos universais.”⁶⁰

Já na América Latina, as discussões sobre o atingimento da universalidade em saúde, envolvem análises sobre o papel do Estado como garantidor da proteção social e no entendimento do que é o direito à saúde.⁶¹

No ano de 2014, a 66ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas, ocorrida em Washington D.C.⁶², objetivou definir estratégias para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde e “ampliou a concepção, ao incorporar a garantia de acesso a serviços de saúde e mencionar o direito à saúde, passando a difundir “Saúde universal” para designar a estratégia a ser implementada na Região.”⁶³

Consciente de que o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde implicam que todas as pessoas e as comunidades tenham acesso, sem discriminação alguma, a serviços de saúde integrais, adequados, oportunos, de qualidade, determinados no âmbito nacional, de acordo com as necessidades, bem como a medicamentos de qualidade, seguros, eficazes e acessíveis, ao mesmo tempo garantindo que o uso desses serviços não exponha os usuários a dificuldades financeiras, particularmente os grupos em situação de vulnerabilidade; Reconhecendo que as políticas e intervenções que abordam os determinantes sociais da saúde e fomentam o compromisso da sociedade como um todo para promover a saúde e o bem-estar, com ênfase nos grupos em condições de pobreza e vulnerabilidade

⁶⁰ GIOVANELLA, Ligia; MACHADO, Cristian Vieira. Universal health system and universal health coverage: assumptions and strategies. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2018, v. 23, n. 6, p. 1763-1776. p. 1764. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/7BM4FYp7dWJzyb7wzktwhJH/?lang=pt>. Acesso em 16 set. 2022.

⁶¹ GIOVANELLA, Ligia; MACHADO, Cristian Vieira. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. p. 1764.

⁶² ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. 53 Conselho Diretor - 66ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas. CD53/5, Rev. 2. Washington, D.C., 2014. Disponível em: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-5-p.pdf> . Acesso em 16 out. 2022.

⁶³ GIOVANELLA, Ligia *et al.* Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. p. 1765.

são um requisito essencial para avançar rumo ao acesso universal à saúde e à cobertura universal de saúde;⁶⁴

A Organização das Nações Unidas, que tem por lema *peace, dignity and equality on a healthy planet*, no ano de 2015, após reunião com seus Estado-Membros, elaborou nova Agenda 2030, com 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e 169 Metas Universais, trazendo novamente a cobertura universal como meta⁶⁵:

Objetivo 3. Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades. [...]

3.7 Até 2030, assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar, informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais

3.8 Atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos⁶⁶

Apesar das críticas quanto à proposta de universalização da cobertura de saúde, eis que aparentemente traz certos conflitos quanto aos conceitos e termos sobre o sistema universal e até mesmo quanto aos próprios modelos de expansão da cobertura,⁶⁷ percebe-se a preocupação mundial em tratar deste assunto com enorme seriedade e em busca de soluções concretas.

Importante destacar que em alguns países de industrialização avançada, como os do continente Europeu, houve o atingimento da universalização já na época de 1970, através de “seguros sociais bismarckianos ou serviço nacional de saúde beveridgiano”, demonstrando-se resultados positivos de eficiência e equidade, eis que lastreados na “cidadania plena”.⁶⁸

⁶⁴ ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. 53 Conselho Diretor - 66ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas. p. 18.

⁶⁵ NAÇÕES UNIDAS BRASIL. **Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável no Brasil**. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs/3>. Acesso em: 16 set. 2022.

⁶⁶ NAÇÕES UNIDAS BRASIL. **Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável no Brasil**.

⁶⁷ GIOVANELLA, Ligia; MACHADO, Cristian Vieira. Universal health system and universal health coverage: assumptions and strategies. p. 1771.

⁶⁸ GIOVANELLA, Ligia; MACHADO, Cristian Vieira. Universal health system and universal health coverage: assumptions and strategies. p. 1774.

Por outro lado, em que pese o Estados Unidos sere considerado enorme potência, seu sistema de saúde é falho, apresenta “maior gasto em saúde, reduzida eficiência administrativa e piores resultados em equidade, acesso, qualidade, expectativa de vida e mortalidade infantil”. A principal diferença está no fato que conduzem a prestação de saúde por meio do mercado privado, havendo grande parte da população descoberta.⁶⁹

No Brasil, por meio da universalização a Constituição dispôs sobre instituição de um Sistema Único de Saúde (SUS), que possui inúmeras ações e serviços de caráter público ligado às soluções da atenção à saúde. Agindo regionalmente e hierarquicamente o SUS tem as seguintes diretrizes: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade.⁷⁰

No final de 2021 o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, em simpósio, lastreado pelo tema Reforma Sanitária em Tempos de Fascismo e Neoliberalismo, e com princípios de “defender o direito universal à saúde e a justiça social”⁷¹, entre outros, afirmou sua tese que:

[...] discute o padrão global vigente de universalização do mal-estar, com o agravamento das desigualdades e com o aumento exponencial da fome e da miséria, demonstrando a incapacidade do capitalismo, cada vez mais financeirizado e concentrado, de prover segurança e bem-estar às populações.⁷²

Ainda, no ano de 2019, a 16ª Conferência Nacional de Saúde, que tinha como tema Democracia e Saúde, trouxe a discussão de diversos temas atinentes à saúde pública tendo como foco: Saúde como direito, consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde, Financiamento adequado e suficiente para

⁶⁹ GIOVANELLA, Ligia; MACHADO, Cristian Vieira. Universal health system and universal health coverage: assumptions and strategies.. p. 1767.

⁷⁰ FERNANDES, Bernardo Gonçalves. **Curso de Direito Constitucional**. 12. ed. Salvador: Editora Juspodvim, 2020. p. 919.

⁷¹ LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon; COSTA, Ana Maria. Reafirmar o direito à saúde, defender o SUS e construir justiça social: Tese do Cebes 2021-2022. **Saúde em Debate** [online]. 2022, v. 46, n. 132, pp. 05-12. p. 6. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213200>. Acesso em 16 out. 2022.

⁷² LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon; COSTA, Ana Maria. Reafirmar o direito à saúde, defender o SUS e construir justiça social: Tese do Cebes 2021-2022. p. 6.

o SUS, tratando sobre os princípios do SUS. É possível retirar algumas diretrizes e proposta ligadas diretamente a universalidade.⁷³

2) Garantia da melhoria e a qualidade do acesso à saúde da comunidade em geral, trabalhando a promoção e prevenção, efetivando o direito à saúde disposto na Constituição Federal de 1988 e os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

10) Garantia da saúde como direito fundamental e princípio da dignidade humana.

11) Garantia da saúde como direito humano na política de seguridade social, com a afirmação do Sistema Único de Saúde (SUS). Universal, gratuito, integral e equânime, considerando os condicionantes e determinantes do processo saúde e doença.

12) Garantia do direito à saúde por meio de políticas públicas e efetivação dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS).

7) Garantir incondicionalmente o Sistema Único de Saúde (SUS) público, 100% estatal, universal, de qualidade e sob gestão direta do Estado, contra toda forma e fim das privatizações e terceirizações, reiterando o texto constitucional que define a saúde como direito da cidadã e do cidadão e dever do Estado. A saúde é um direito inalienável de todos, que deve ser assegurada com a garantia de acesso aos direitos de vida digna como direito à renda, trabalho, moradia, alimentação saudável, educação, esportes, lazer, transporte (incluindo a gratuidade de transporte e acessibilidade para doenças crônicas, conforme Lei Federal) e garantia do exercício pleno de cidadania, por meio da participação e controle social nas políticas públicas.⁷⁴

Desta forma, é possível evidenciar o fomento da universalidade em caráter nacional e internacional, sendo a própria pandemia da COVID-19 mais um reforço acerca da necessidade “da universalidade e garantia equitativa às tecnologias e soluções, sob o risco de uma condenação internacional ao fracasso, caso não confronte elementos estruturais.”⁷⁵

⁷³ ARAÚJO, Francisca Rego de (org.) *et al.* **16ª Conferência Nacional de Saúde: relatório final.** Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2022. pp. 158-161.

⁷⁴ ARAÚJO, Francisca Rego de (org.) *et al.* **16ª Conferência Nacional de Saúde: relatório final.** pp. 111-112.

⁷⁵ VIEGAS, Leandro Luiz; VENTURA, Deisy de Freitas Lima; VENTURA, Miriam. A proposta de convenção internacional sobre a resposta às pandemias: em defesa de um tratado de direitos humanos para o campo da saúde global. p. 5.

1.4 A SAÚDE COMO DIREITO NO BRASIL

Os direitos fundamentais são aqueles “positivados no texto constitucional”⁷⁶. No que tange à saúde, sua positivação se dá por meio do art. 6º que está inserido no Capítulo II – Dos Direitos Sociais. Do diploma extrai-se:

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

No entanto, não basta apenas a menção de tal direito na Constituição. É determinante que para ser qualificado como tal, é necessário o reconhecimento genuíno “assim conhecidos aqueles que consubstanciam a fundamentalidade em seu próprio conteúdo,”⁷⁷ o que por sua vez, é o mesmo que dizer que são cruciais para a “promoção da dignidade humana,” de modo que a saúde é então direito social na sua própria fundamentalidade.⁷⁸

Portanto, sendo a saúde tratada como direito fundamental, possui condição diferenciada de importância, eis que “possui valor atrelado ao direito à vida e sua proteção demonstra a preocupação com a dignidade da pessoa humana.”⁷⁹

O texto constitucional também traz de forma mais abrangente em seus arts. 196 a 200 sobre o direito a saúde:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

⁷⁶ SILVA, Alex Matoso. **O acesso à jurisdição em face da garantia da universalidade das políticas públicas em saúde: tudo para todos?**. p. 33.

⁷⁷ SILVA, Alex Matoso. **O acesso à jurisdição em face da garantia da universalidade das políticas públicas em saúde: tudo para todos?**. p. 33.

⁷⁸ SILVA, Alex Matoso. **O acesso à jurisdição em face da garantia da universalidade das políticas públicas em saúde: tudo para todos?**. p. 36.

⁷⁹ ALONSO, Letícia. **Judicialização da saúde: custeio dos tratamentos experimentais pelo Estado**. Createspace Independent Publishing Platform, 2018. Edição do Kindle. p. 67.

Destaca-se aqui o art. 198 que fala sobre o Sistema Único de Saúde, que atuará de forma regionalizada e hierarquizada, descentralizada, com atendimento integral e participação da comunidade.

Ainda, a Lei 8.080/1990, conhecida como a Lei do SUS, “regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado”⁸⁰, também traz acerca da saúde ser um direito fundamental e competindo ao Estado provê-la:

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

A Lei Orgânica da Saúde além de trazer um conceito sobre saúde, também abrange ações que garantam “uma vida digna e a autonomia dos sujeitos beneficiários”.⁸¹

Mas não só, referida lei taxa os níveis de saúde em outras vertentes, à exemplo da moradia, do saneamento básico, da atividade física:

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.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às

⁸⁰ BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 11 set. 2022.

⁸¹ FERNANDES, Bernardo Gonçalves. **Curso de Direito Constitucional**. p. 919.

peças e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.⁸²

O SUS tem também como pressupostos: a essencialidade, sendo a saúde um direito fundamental do indivíduo e atribuição do Estado. A universalidade, referindo-se a saúde para todos. A integração que objetiva a participação conjunta dos Entes Federativos. A regionalização, deve o atendimento ser feito mais próximo do indivíduo, preferencialmente em seu município. A diferenciação que traz consigo a autonomia dos Entes na gestão, conforme características próprias. A autonomia de recursos pelos Entes. O planejamento que envolve a previsão orçamentária. O financiamento que é assegurado conforme receitas dos Entes e o controle das ações e serviços da saúde.⁸³

Apesar de um amplo conceito sobre a saúde no Brasil, importa-se dizer que o resultado de tal abrangência é que não se pode pensar em saúde, “sem permitir a uma pessoa o acesso a saneamento básico e a água potável, no mínimo”, evidenciando-se a grande preocupação do tratamento em saúde como um todo, “afastar-se de um conceito amplo importa desamparo em termos de direito à saúde”.

A 16ª Conferência Nacional de Saúde, trouxe algumas diretrizes e proposta ligadas diretamente a consolidação dos princípios do SUS:⁸⁴

1) Consolidação do SUS como política pública inserida num projeto de nação, que tenha como pilares a democracia, a soberania nacional, o desenvolvimento econômico e sustentável e as liberdades civis e políticas, garantindo o cumprimento do Art. 196 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, que estabelece o caráter público e universal do direito à saúde a toda cidadã e a todo o cidadão, sem distinção, e os princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS, garantindo a resolutividade da atenção à saúde, pautada por uma gestão

⁸² BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 11 set. 2022.

⁸³ BRASIL. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. **Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde**: manual básico. 3 ed. rev. e ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. p. 12. Disponível em: http://www.fns2.saude.gov.br/documentos/publicacoes/manual_gestao_fin_sus.pdf. Acesso em: 11 set. 2022.

⁸⁴ ARAÚJO, Francisca Rego de (org.) *et al.* **16ª Conferência Nacional de Saúde**: relatório final. p. 183.

regionalizada, descentralizada e hierarquizada, com participação popular para o fortalecimento do SUS.

13) Estruturar políticas que considerem a territorialidade e a regionalidade para o acesso à saúde, garantindo os princípios de universalidade, equidade e integralidade, articulando outras políticas intersetoriais, como reforma urbana, segurança, transporte, acesso à terra e a água e segurança alimentar e nutricional, considerando a determinação social da saúde e ações intersetoriais entre Organizações Não Governamentais (ONG), instituições religiosas, associações, lideranças comunitárias, incluindo a realização de processos de formação e articulação com as comunidades, pautadas na educação popular em saúde, como estratégia de mobilização de usuários e inclusão de saberes e práticas locais nas ações de saúde, no diálogo entre universidades, serviços, movimentos sociais e populares.⁸⁵

O ordenamento jurídico previu a promoção, proteção e recuperação da saúde, por meio da universalidade e igualitário. Isto importa dizer que “a extensão do acesso às ações e serviços de saúde, e, pois, em sua essência, o direito à saúde, a toda e qualquer pessoa, sem qualquer tipo de discriminação”⁸⁶ e que de modo equitativo compete “ao Poder Público de possibilitar o acesso às ações e serviços de saúde às pessoas em mesma medida de oportunidade de atendimento e de acolhimento da necessidade.”⁸⁷

1.5 O ATENDIMENTO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

No Brasil o atendimento à saúde pública se dá em 3 setores que são divididos em, a básica, a de média complexidade e a de alta complexidade. Estes níveis de complexidade visam a atenção a saúde que é “tudo que envolve o cuidado com a saúde do ser humano, incluindo as ações e serviços de promoção, prevenção, reabilitação e tratamento de doenças. No SUS, o cuidado com a saúde está ordenado em níveis de atenção, que são a básica, a de média complexidade e a de alta complexidade.”⁸⁸

⁸⁵ ARAÚJO, Francisca Rego de (org.) *et al.* **16ª Conferência Nacional de Saúde: relatório final.** p. 189.

⁸⁶ SILVA, Alex Matoso. **O acesso à jurisdição em face da garantia da universalidade das políticas públicas em saúde: tudo para todos?.** p. 90.

⁸⁷ SILVA, Alex Matoso. **O acesso à jurisdição em face da garantia da universalidade das políticas públicas em saúde: tudo para todos?.** p. 94.

⁸⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios.** 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. p. 40-41.

Em um conjunto de ações que envolvem o “cuidado do ser humano”, estão os serviços de atenção à saúde: “Essa estruturação visa à melhor programação e planejamento das ações e serviços do sistema. Não se deve, porém, considerar um desses níveis de atenção mais relevante que outro, porque a atenção à Saúde deve ser integral.”⁸⁹

Com a atenção primária está a responsabilidade do atendimento de entrada à população, objetivando a promoção de saúde e prevenção de doenças, por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégias de Saúde da Família (ESF).⁹⁰

Há a composição por equipe multidisciplinar de “médico, enfermeiro, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, entre outros.” Além de contar com equipamentos e insumos necessários para as prioridades locais.⁹¹

A portaria do Ministério da Saúde nº 648/2006, posteriormente revogada pela portaria nº 2488/2011⁹², aborda o conceito de atenção básica:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da

Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf. Acesso em 20 set. 2022.

⁸⁹ BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. p. 41.

⁹⁰ OLIVEIRA, Roberta Gondim de; GRABOIS, Victor; MENDES JÚNIOR, Walter Vieira (org.). **Qualificação de gestores do SUS**. Rio de Janeiro/RJ: Ead/Ensp, 2009. 404 p. p. 98. Disponível em: <https://biblioteca.univap.br/dados/00002d/00002dfd.pdf>. Acesso em: 11 set. 2022.

⁹¹ BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. Brasília: CONASS, 2007. pp. 16-17. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro9.pdf. Acesso em: 11 set. 2022.

⁹² BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 11 set. 2022.

saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos.

É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sócio-cultural, buscando produzir a atenção integral.

Percebe-se, então, tamanha importância deste atendimento, eis que responsável pelo primeiro contato com o paciente, tendo como objetivo a “resolução de problemas, que possa, além de prevenir, evitar a evolução de agravos, com vistas à redução de situações mórbidas que demandem ações de maior complexidade.”⁹³ Além de também ser a primeira manifestação da universalização da saúde, elemento positivado em nossa legislação.

Já quanto a atenção secundária incumbe os atendimentos a nível de “serviços especializados, urgência e emergência, apoio diagnóstico, terapêutico, realizando exames e procedimentos de média complexidade, o Manual do SUS de A a Z afirma:”⁹⁴

É um dos três níveis de atenção à Saúde, considerados no âmbito do SUS. Compõe-se por ações e serviços que visam a atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cuja prática

⁹³ OLIVEIRA, Roberta Gondim de; GRABOIS, Victor; MENDES JÚNIOR, Walter Vieira (org.). **Qualificação de gestores do SUS**. p. 99.

⁹⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. p. 140. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf. Acesso em: 17 set. 2022.

clínica demande disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico.⁹⁵

No que se refere a atenção terciária, a prestação dos serviços envolve atendimento de média e alta complexidade, em ambiente hospitalar, à exemplo de cirurgias, tratamentos clínicos de acordo com cada especialidade, procedimentos ambulatoriais de alta complexidade, procedimentos que envolvem alta tecnologia e/ou alto custo, do Manual o SUS de 'A' a 'Z', extrai-se:⁹⁶

Conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à Saúde (atenção básica e de média complexidade).

Algumas críticas são feitas neste íterim quanto ao modelo, especialmente quanto a fragmentariedade da atenção e dificuldade de acesso da população aos demais níveis:⁹⁷

Percebe-se então, entre outros fenômenos, a fragmentação da atenção, baixa resolutividade dos primeiros níveis de atenção e a dificuldade de acesso aos níveis de maior complexidade. A estruturação da assistência à saúde em especialidades e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, efetivada por meio de procedimentos de média e de alta complexidade, possibilita a ocorrência de estrangulamentos na rede de serviços de saúde.⁹⁸

Além de diversos entraves organizacionais, os problemas iniciam na porta do posto, com as enormes filas, e até mesmo, antes do indivíduo sair de casa, eis que muitos enfrentam dificuldades para se locomover até o atendimento, seja

⁹⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. p. 140.

⁹⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. p. 27.

⁹⁷ OLIVEIRA, Roberta Gondim de; GRABOIS, Victor; MENDES JÚNIOR, Walter Vieira (org.). **Qualificação de gestores do SUS**. p. 98.

⁹⁸ OLIVEIRA, Roberta Gondim de; GRABOIS, Victor; MENDES JÚNIOR, Walter Vieira (org.). **Qualificação de gestores do SUS**. p. 98.

por não possuir meio de transporte, seja por não ter com quem deixar os filhos, e até por desconhecimento.

Em 2006 o fórum da Reforma Sanitária trazia a realidade e a gravidade acerca dos atendimentos, será que houve tantas mudanças passados mais de 15 anos?⁹⁹

Os brasileiros em busca de assistência e cuidados à saúde na rede do SUS são submetidos a filas que se formam desde a madrugada para pegar senhas, passam por triagens, aguardam horas em locais de espera, frequentemente desconfortáveis e necessitam, quase sempre, percorrer mais de um estabelecimento nos casos exigentes de realização de exames e obtenção de medicamentos.¹⁰⁰

O contexto social também impacta diretamente na forma em como o indivíduo tem acesso à saúde, as vezes por desconhecimento outras por condições financeiras, famílias que se encontram em situação de vulnerabilidade acabam por ser imensamente prejudicadas.

A pesquisa intitulada A Perspectiva do Atendimento Fisioterapêutico a Pacientes em Condições de Vulnerabilidade social: relato de experiência, objetivava o deslocamento de estudantes para dentro das moradias das famílias onde era possível visualizar de forma profunda o contexto social que tem forte e direta relação com a condição de doença.¹⁰¹

Ainda o Fórum da Reforma Sanitária, também trouxe a necessidade de uma mudança radical quanto ao modelo de atenção à saúde, que envolve em

⁹⁹ FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA. **O SUS pra valer:** universal, humanizado e de qualidade. Rio de Janeiro: ABRASCO; CEBES; ABRES; REDE UNIDA; AMPASA, 2006. Disponível em: <https://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/03/o-sus-pra-valer-universal-humanizado-e-de-qualidade.pdf> Acesso em: 17 set. 2022.

¹⁰⁰ Fórum da Reforma Sanitária Brasileira. **O SUS pra valer:** universal, humanizado e de qualidade. p. 3.

¹⁰¹ SANTOS, Aleida Raquel Correia dos; *et al.* A perspectiva do atendimento fisioterapêutico a pacientes em condições de vulnerabilidade social: relato de experiência. In: XXIV Fórum nacional de ensino em fisioterapia e I Congresso brasileiro de educação em fisioterapia, v. 1, n. 1, 2014, **Anais [...]**. Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia, 2014. p. 106. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/cadernos-educacao-saude-fisioter/article/view/137>. Acesso em: 15 set. 2022.

trazer o indivíduo como o centro, tratando-o como “ser humano integral, abandonando a fragmentação do cuidado que transforma as pessoas em órgãos, sistemas ou pedaços de gente doentes,” com uma visão de um cuidado sob o viés de práticas holísticas e interativas, fazendo importante destaque de que a humanização “envolve desde o respeito na recepção e no atendimento até a limpeza e conforto dos ambientes dos serviços de saúde deve orientar todas as intervenções”.¹⁰²

O fórum trazia grandes críticas ao governo e de certa forma realizava enorme promessa: a de um SUS para valer:

Sabemos que é possível, hoje, atender a população em um SUS para valer: universal, humanizado e de qualidade. Para chegarmos a isso é necessária a firme vontade política dos nossos líderes de assumir o compromisso social com nossas propostas.¹⁰³

Das análises feitas em nível bibliográfico percebe-se a preocupação em se qualificar o nível de atendimento, desde o tempo de demora pela espera da consulta, até mesmo as avaliações subjetivas dos pacientes.

Em que pese o modelo de universalização com a prerrogativa de atendimento integral, percebe-se a infinidade de falhas e deficiências que iniciam antes mesmo dos pacientes chegarem à unidade do atendimento, continuam com problemas funcionais, são reforçados com o descaso do indivíduo e chegam ao ponto de agravamento da doença pela demora na solução.

1.6 ATENDIMENTO NA ÓTICA DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Há ainda a ótica do atendimento pelos profissionais de saúde. Ante o fato de se encontrarem em esgotamento, seja pela sobrecarga de trabalho, seja pela falta de recursos, seja pela autonomia mitigada, a forma como tais profissionais se encontra, possuem íntima relação com o resultado de bons ou maus atendimentos.

¹⁰² FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA. **O SUS pra valer:** universal, humanizado e de qualidade. p. 5.

¹⁰³ FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA. **O SUS pra valer:** universal, humanizado e de qualidade. p. 8.

Os trabalhadores da área da saúde afirmam sobre “os desafios para o direito universal e integral à saúde. Exemplificam os limites e os problemas decorrentes da falta de gerenciamento e de fiscalização, da burocracia [...], o efeito de tais problemas compromete a própria razão de ser do Sistema Único de Saúde que é “o exercício da democracia e da cidadania na saúde.” ¹⁰⁴

A avaliação de satisfação profissional pode resultar numa excelência de atendimento, representando os valores institucionais e por corolário, atendendo objetivo constitucional acerca da dignidade humana.¹⁰⁵

Em geral, não há enfrentamento coletivo dos problemas pelos trabalhadores adoecidos, que permanecem na queixa, sem potência para intervir nas práticas desumanizantes. Ideias inovadoras são vistas como ações “piratas”, desvinculadas e até contrárias às normas, como se estas dessem conta do trabalho.¹⁰⁶

A pandemia da COVID-19 também trouxe consideráveis questões acerca da saúde mental dos profissionais da saúde:

O medo de ser infectado, a proximidade com o sofrimento dos pacientes ou a morte destes, bem como a angústia dos familiares associada à falta de suprimentos médicos, informações incertas sobre vários recursos, solidão e preocupações com entes queridos foram aspectos também relatados em outro trabalho que abordou o sofrimento psíquico e o adoecimento mental dos profissionais de saúde, levando, em alguns casos, à relutância em trabalhar.¹⁰⁷

¹⁰⁴ SARRETA, Fernanda de Oliveira. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS**. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 248 p. p. 133. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em: 15 set. 2022.

¹⁰⁵ CAMARGOS, Mayara Goulart de. **Avaliação da Espiritualidade/Religiosidade e associação com a qualidade de vida de pacientes com câncer e profissionais de saúde de um hospital oncológico**. pp. 26/27.

¹⁰⁶ MORI, Maria Elizabeth; OLIVEIRA, Olga Vania Matoso de. Apoio institucional e cogestão: a experiência da Política Nacional de Humanização no Sistema Único de Saúde (SUS) no Distrito Federal (DF), Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online]. 2014, v. 18, pp. 1063-1075. p. 1072. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0316>. Acesso em: 17 set. 2022.

¹⁰⁷ TEIXEIRA, Carmen Fontes de Souza; *et al.* A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2020, v. 25, n. 9, pp. 3465-3474. p. 3468. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>. Acesso em: 17 set. 2022.

Portanto, a análise e a atenção daqueles que estão ali para cuidar, deve ser objeto de constante verificação, eis que além de também terem sua dignidade para ser respeitada, se sentirem como parte de um todo, fazerem a diferença e até mesmo se construírem como seres humanos, são porta-voz de um atendimento humanizado, representando direito fundamental dos cidadãos.

Aqui cabe um destaque que muito embora princípios de “humanização e qualidade” não estejam positivados na constituição, são considerados centrais para a sustentabilidade do SUS, o que refletem em fundamento para os direitos sociais, em especial a saúde, sendo elementar para a garantia da dignidade humana.¹⁰⁸

Notavelmente o atendimento à saúde não envolve apenas resolver o problema. Assim como saúde não é apenas ausência de doença. E tampouco, humanização é ser apenas educado.

¹⁰⁸ MATTOS, Ruben Araujo de. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online]. 2009, v. 13, pp. 771-780. p. 774. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500028>. Acesso em: 17 set. 2022.

Capítulo 2

DA DIGNIDADE HUMANA E SAÚDE

Dividido em 4 (quatro) itens e 2 (dois) subitens, o presente capítulo foi desenvolvido objetivando a contextualização da dignidade humana, da saúde e o início do esboço da crise da saúde, passando-se no primeiro item por um contexto histórico da dignidade desde a época Grega até o ápice da positivação da dignidade ocorrido após a 2ª Guerra Mundial, com o surgimento de diversos documentos mundiais.

Nos itens 2.2 e 2.3 traz-se a visão da dignidade humana no ordenamento brasileiro que funciona como fundamento e não princípio, colocando-se o ser humano como o centro e o motivo da proteção estatal, dialogando-se com a evolução dos direitos de primeira, segunda, terceira e demais dimensões, abordando-se ainda os critérios de parametrização da dignidade humana e a garantia do direito à saúde.

Nos subitens levanta-se a saúde como direito social, o enfrentamento da concretização dos direitos sociais num todo e a crescente judicialização da saúde como instrumento da perfectibilização do insculpido na carta magna.

Na parte final do capítulo aborda-se os problemas enfrentados pelo cidadão antes mesmo de chegar ao judiciário que envolvem o próprio atendimento em si, as dificuldades do sistema de saúde, falta de estrutura, sobrecarga dos profissionais, o contexto social do paciente e a necessidade da humanização da saúde, por meio de habilidades sociocomportamentais, como empatia e comunicação.

2.1 DIGNIDADE HUMANA UMA VISÃO UNIVERSAL

O contexto mundial sempre irá interferir em como a evolução da sociedade acontecerá e com o avanço da globalização esse impacto ocorre de

forma mais rápida. [...] “os efeitos da globalização geram novos desafios à ordem social doméstica e internacional e valorizam os atributos regulatórios do estado para enfrentá-los”.¹⁰⁹

É inegável que no período atual a tutela dos direitos fundamentais não se limita a uma questão meramente interna, a um singular ordenamento jurídico, em verdade, exprime uma dimensão metanacional da experiência jurídica, que de algum modo através da globalização aceleraram a maturação do processo de superação dos confins nacionais.¹¹⁰

O Estado passa a vestir uma roupagem transnacional que interligam “ideias, valores e interesses, aparentemente subvertendo a ordem nacional prevalecente, ainda que os estados permaneçam com suas atribuições e responsabilidades fundamentais.”¹¹¹

Tais conexões com relação ao aspecto humanitário contribuem para o encorajamento pela busca de soluções, por meio de redes humanitárias, “pressão sobre governos e organizações internacionais, tornando mais visíveis as solidariedades transnacionais.”¹¹²

Apesar de ser um movimento consideravelmente novo, isto é, com uma nomenclatura nova (transnacionalidade) não é de hoje que as sociedades se conectam e ultrapassam barreiras físicas. Grisotti categoricamente fala que “os micro-organismos causadores de doenças infecciosas emergentes desconhecem

¹⁰⁹ MARQUES, Teresa Cristina Schneider; DABÈNE, Olivier. Estado e sociedade em tempos de transnacionalismo. **Civitas - Revista de Ciências Sociais** [online]. 2016, v. 16, n. 3, pp. 355-362. p. 356. Disponível em: <https://doi.org/10.15448/1984-7289.2016.3.25873>. Acesso em 11 out. 2022.

¹¹⁰ KAMPHORST, Marlon André. Uma introdução aos direitos humanos e fundamentais no plano transnacional. In: PAFFARINI, Jacopo; ROSENFELD, Luis; STAFFEN, Márcio Ricardo (org.). **Transnacionalismo, globalização e Direitos Humanos**. Itajaí: UNIVALI, 2015. pp. 87-109. p. 99. Disponível em: <http://www.univali.br/ppcj/ebook>. Acesso em: 11 set. 2022.

¹¹¹ MARQUES, Teresa Cristina Schneider; DABÈNE, Olivier. Estado e sociedade em tempos de transnacionalismo. p. 356.

¹¹² MARQUES, Teresa Cristina Schneider; DABÈNE, Olivier. Estado e sociedade em tempos de transnacionalismo. p. 357.

as fronteiras geopolíticas dos Estados-nações e os interesses dos estados soberanos, toda a humanidade está vulnerável às ameaças dessas doenças”.¹¹³

De modo conceitual e prático há diferença entre a dignidade da pessoa humana e a dignidade da espécie humana. Tem-se que esta é constatação de que o ser humano possui uma posição “superior e privilegiada entre todos os seres que habitam o nosso mundo.”¹¹⁴

Por outro lado, a dignidade da pessoa humana abarca a sistemática de que as pessoas, apenas por serem elas, na sua pura humanidade, têm qualidade de dignidade “devendo ser tratadas com o mesmo respeito e consideração”.¹¹⁵

Apenas na era moderna, após o Iluminismo é que a concepção de dignidade enquanto pessoa, veio a ser afirmada, por outro lado, a ideia de dignidade enquanto espécie, remonta os tempos mais antigos, havendo menção bíblica em Gênesis.¹¹⁶

Numa conexão com direitos humanos a palavra dignidade passou a ser utilizada na lei moderna, demonstrando-se como uma qualidade intrínseca a todos os seres humanos, o que reflete em “direitos e obrigações dos cidadãos, regulam seus comportamentos na comunidade e como interação entre si, inclusive as diferenças.”¹¹⁷

A dignidade como espécie é entendida como já nascida com o ser humano, isto porque, ele já nasce com tal dignidade, portanto, cabe ao Estado e a

¹¹³ GRISOTTI, Márcia. Global health governance in the context of emerging infectious diseases. **Civitas - Revista de Ciências Sociais** [online]. 2016, v. 16, n. 3, pp. 377-398. p. 378. Disponível em: <https://doi.org/10.15448/1984-7289.2016.3.23418>. Acesso em: 11 set. 2022.

¹¹⁴ SARMENTO, Daniel. **Dignidade da pessoa humana**: conteúdo, trajetórias e metodologia. p. 27.

¹¹⁵ SARMENTO, Daniel. **Dignidade da pessoa humana**: conteúdo, trajetórias e metodologia. p. 28.

¹¹⁶ SARMENTO, Daniel. **Dignidade da pessoa humana**: conteúdo, trajetórias e metodologia. p. 28

¹¹⁷ DEMARCHI, Clovis. Between fundamental rights and foundation: the position of human dignity in the brazilian legal context. **Technium Social Sciences Journal**, v. 9, pp. 288-297, jul. 2020. p. 288. Disponível em: <https://techniumscience.com/index.php/socialsciences/article/view/1108>. Acesso em: 11 set. 2022.

sociedade num geral a proteção dessa condição, “protegendo não somente pela vida em si, mas as condições para a vida ser dignificada.”¹¹⁸

Desta forma, tratar sobre a dignidade não é falar apenas sobre o sentimento de determinada pessoa, mas sim o reflexo da sociedade nesta pessoa, “é mais palpável observar a dignidade numa ótica objetiva do que subjetiva”.¹¹⁹

Isto porque é mais fácil observar e analisar ações do que as ideias e pensamentos das pessoas. É mais fácil observar e analisar como as pessoas são tratadas, consideradas ou respeitadas do que entender como as pessoas se sentem. É até possível “calçar os sapatos dos outros em nós”, mas em nenhum momento seremos aptos para sentir o que os outros sentem”.¹²⁰

Entretanto, apesar da dignidade estar presente há séculos, sua concepção não era como é hoje, sendo que por anos admitiu-se ser o homem superior, mas com clara ideia de desigualdade entre as pessoas. Na Grécia Antiga, por exemplo, “a escravidão era aceita sem questionamentos, bem como a completa subordinação da mulher ao homem”, isto que era conhecida como o “berço da democracia e da filosofia”.¹²¹

Apesar de desde Aristóteles discutir-se sobre a igualdade, por meio da teoria da justiça distributiva, havia uma crença de que as pessoas não deveriam ser tratadas como iguais “acreditava-se na desigualdade natural entre os indivíduos como justificativa para discriminações legítimas”.¹²²

De acordo com o filósofo, há seres humanos em que a alma prevalece sobre o corpo, e a razão controla os instintos, enquanto em outros, se dá exatamente o oposto. Os últimos são “escravos por natureza e é melhor para eles,

¹¹⁸ DEMARCHI, Clóvis. Between fundamental rights and foundation: the position of human dignity in the Brazilian legal context. p. 289.

¹¹⁹ DEMARCHI, Clóvis. Between fundamental rights and foundation: the position of human dignity in the Brazilian legal context. p. 290.

¹²⁰ DEMARCHI, Clóvis. Between fundamental rights and foundation: the position of human dignity in the Brazilian legal context. p. 290.

¹²¹ SARMENTO, Daniel. **Dignidade da pessoa humana**: conteúdo, trajetórias e metodologia. p. 29.

¹²² SARMENTO, Daniel. **Dignidade da pessoa humana**: conteúdo, trajetórias e metodologia. p. 30.

como para todos os seres inferiores, que estejam sob as ordens de um Mestre”. O raciocínio também vale para a relação entre os sexos, em que “o homem é por natureza superior e a mulher inferior, então é ele que governa e ela a governada”.

Na Roma antiga a dignidade era usada como forma de prestígio: “A *dignitas* conferia a certas pessoas a expectativa de receberem respeito e honrarias da sociedade em geral. Tratava-se, porém, do privilégio de poucos, e não de um atributo universal.”¹²³

Uma expressão universalista sobre a dignidade surgiu também na Roma antiga, onde o filósofo Cícero argumentou que a dignidade era “característica de todas as pessoas decorrente da razão, que distingue os seres humanos dos animais.”¹²⁴

Ainda no período pré-moderno, Santo Agostinho afirmou que quando Deus deu inteligência ao homem, teria permitido “elevar-se acima de todos os animais da terra, das águas e do ar, desprovidos de um espírito deste gênero”¹²⁵, longe de uma teoria igualitária, Santo Agostinho entendia que Deus não dava a graça a todos, somente alguns eleitos.

Tomás de Aquino, na Idade Média, apesar de asseverar que “a superioridade humana advém da racionalidade, bem como do livre arbítrio, em que o homem teria sido investido por Deus ao criá-lo à sua imagem e semelhança”, também entendia que havia hierarquia feita por Deus.¹²⁶

Apesar de ser claro que a dignidade humana enquanto espécie era reconhecida desde os tempos mais remotos, podia-se constatar um resquício prematuro de dignidade humana, porém, sem qualquer senso de igualdade.¹²⁷

¹²³ SARMENTO, Daniel. **Dignidade da pessoa humana**: conteúdo, trajetórias e metodologia. p. 30.

¹²⁴ SARMENTO, Daniel. **Dignidade da pessoa humana**: conteúdo, trajetórias e metodologia. p. 31.

¹²⁵ SANTO AGOSTINHO. **A cidade de Deus**. v. II. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1993. Tradução de: J. Dias Pereira. p. 429.

¹²⁶ SARMENTO, Daniel. **Dignidade da pessoa humana**: conteúdo, trajetórias e metodologia. p. 32.

¹²⁷ SARMENTO, Daniel. **Dignidade da pessoa humana**: conteúdo, trajetórias e metodologia. p. 32.

Um pouco antes da época moderna, por ocasião do Renascimento, evidenciou-se enorme valorização do homem “as visões teocêntricas de sociedade, até então hegemônicas, começaram a ser substituídas por concepções antropocêntricas e seculares.”¹²⁸

Mas só foi com o advento do Iluminismo é que a dignidade apareceu como universal, embora não se tenha utilizado este termo específico, a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão de 1789, advinda da Revolução Francesa, afirmou em seu art. 1º que “todos os homens nascem livres e iguais em direito”.¹²⁹

Em 1776 a Declaração de Independência dos Estados Unidos já afirmava que “todos os homens são criados iguais”, embora a latente existência da escravidão negra.¹³⁰

É o filósofo alemão Immanuel Kant que faz a maior contribuição sobre a dignidade humana, asseverando que “as pessoas, diferentemente das coisas e dos animais, não têm preço, mas dignidade, constituindo fins em si mesmas.”¹³¹

Entretanto, todas as discussões sempre foram num plano muito religioso, inexistindo consagração jurídica da dignidade humana, o que ocorreu de forma explícita na abolição da escravatura na França, no ano de 1848.¹³²

Posteriormente as Constituições do México de 1917, da Alemanha e da Finlândia, ambas de 1919, anteriores à 2ª Guerra Mundial, trataram sobre a dignidade humana, assim como a Constituição Brasileira de 1934.

Porém, o marco que positivou com ênfase a dignidade humana aconteceu após a 2ª Guerra Mundial, em resposta a “barbárie insuperável do nazismo”.¹³³

¹²⁸ SARMENTO, Daniel. **Dignidade da pessoa humana**: conteúdo, trajetórias e metodologia. p. 32.

¹²⁹ SARMENTO, Daniel. **Dignidade da pessoa humana**: conteúdo, trajetórias e metodologia. p. 34.

¹³⁰ SARMENTO, Daniel. **Dignidade da pessoa humana**: conteúdo, trajetórias e metodologia. p. 34.

¹³¹ SARMENTO, Daniel. **Dignidade da pessoa humana**: conteúdo, trajetórias e metodologia. p. 35.

¹³² SARMENTO, Daniel. **Dignidade da pessoa humana**: conteúdo, trajetórias e metodologia. p. 51.

¹³³ SARMENTO, Daniel. **Dignidade da pessoa humana**: conteúdo, trajetórias e metodologia. p. 53.

Diversos foram os documentos editados:¹³⁴

Dentre outros, a Carta da ONU (1945), a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), a Convenção Internacional para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial (1965), o Pacto dos Direitos Civis e Políticos (1966), o Pacto dos Direitos Sociais e Econômicos (1966), a Convenção Interamericana de Direitos Humanos (1978), a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (1979), a Carta Africana de Direitos Humanos e dos Povos (1981), a Convenção contra a Tortura e outros Tratamentos Cruéis, Desumanos e Degradantes (1984), a Convenção sobre os Direitos das Crianças (1989), a Carta de Direitos Fundamentais da União Europeia (2000) e a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (2007).

O principal documento foi a Declaração Universal dos Direitos Humanos, aprovado em 10 de dezembro de 1948, por 48 países dos 58 signatários, a declaração objetiva o estabelecimento de diretrizes que fossem aplicadas para todas as pessoas, para coibir qualquer prática que pudesse fazer alguém sofrer de forma tão terrível.¹³⁵ Retira-se do texto:¹³⁶

Preâmbulo

Considerando que o reconhecimento da dignidade inerente a todos os membros da família humana e dos seus direitos iguais e inalienáveis constitui o fundamento da liberdade, da justiça e da paz no mundo;

Considerando que o desconhecimento e o desprezo dos direitos do Homem conduziram a actos de barbárie que revoltam a consciência da Humanidade e que o advento de um mundo em que os seres humanos sejam livres de falar e de crer, libertos do terror e da miséria, foi proclamado como a mais alta inspiração do Homem;

Considerando que é essencial a proteção dos direitos do Homem através de um regime de direito, para que o Homem não seja compelido, em supremo recurso, à revolta contra a tirania e a opressão;

Considerando que é essencial encorajar o desenvolvimento de relações amistosas entre as nações;

¹³⁴ SARMENTO, Daniel. **Dignidade da pessoa humana**: conteúdo, trajetórias e metodologia. p. 55.

¹³⁵ INSTITUTO AURORA. **O que são direitos humanos e por que são direitos de todos nós**. Disponível em: https://institutoaurora.org/o-que-sao-direitos-humanos/?gclid=Cj0KCQiAgribBhDkARIsAASA5bs8Ff7NLURUJI9sdR5Kn6PVP1gZjryJJahldyvCwtCxBMMBefyb7caAsVCEALw_wcB. Acesso em: 11 set. 2022.

¹³⁶ ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Declaração Universal dos Direitos Humanos, 1948. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universaldos-direitos-humanos>. Acesso em: 30 mar. 2021. Acesso em: 12 set. 2022.

Considerando que, na Carta, os povos das Nações Unidas proclamam, de novo, a sua fé nos direitos fundamentais do Homem, na dignidade e no valor da pessoa humana, na igualdade de direitos dos homens e das mulheres e se declaram resolvidos a favorecer o progresso social e a instaurar melhores condições de vida dentro de uma liberdade mais ampla;

Considerando que os Estados membros se comprometeram a promover, em cooperação com a Organização das Nações Unidas, o respeito universal e efectivo dos direitos do Homem e das liberdades fundamentais;

Considerando que uma concepção comum destes direitos e liberdades é da mais alta importância para dar plena satisfação a tal compromisso:

A Assembléia Geral proclama a presente Declaração Universal dos Direitos Humanos [...]

Os 30 artigos redigidos são carregados de forte combate à violência e atenção à dignidade humana, à exemplo do art. 1º: “Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade.”

O art. 2º já aborda de forma mais específica características pessoais de cada um, como raça, cor, sexo, língua, religião, opinião, reforçando que não haverá distinção de pessoa independente de “estatuto político, jurídico ou internacional do país ou do território da naturalidade da pessoa, seja esse país ou território independente, sob tutela, autônomo ou sujeito a alguma limitação de soberania.”

Direito à vida, liberdade, à propriedade, à inviolabilidade do domicílio, ao casamento, liberdade de pensamento, greve, sufrágio universal, segurança, trabalho em condições satisfatórias, lazer, repouso, saúde, alimentação, assistência médica, serviços sociais, educação, igualdade, devido processo legal, presunção de inocência, entre outros, são alguns dos direitos estabelecidos na Declaração Universal dos Direitos Humanos.

Desta forma, “a garantia de essencialidade dos Direitos Humanos nasceu da exigibilidade de instrumentos indispensáveis para sua efetivação, a qual se deu, pelo Princípio Democrático, reconhecido na Declaração Universal de 1948.” A dignidade como ideia de “condição mínima de sobrevivência” [...] “expressam as

necessidades do ser humano, identificadas através da historicidade dos povos, leis e costumes”.¹³⁷

Como pode-se perceber, os Direitos Humanos não nascem de uma hora para outra, a evolução ocorre na forma da necessidade humana, haja vista que “seu processo de composição demanda inúmeras reflexões acerca da filosofia dos valores – mais precisamente dos valores morais –, de modo que são concretizados por meio de muitas lutas e ações sociais.”¹³⁸

2.2 DIGNIDADE HUMANA NO ORDENAMENTO BRASILEIRO

A dignidade humana no ordenamento brasileiro é categorizada como fundamento da República, presente no art. 1º, III: “A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos: [...] III - a dignidade da pessoa humana;”¹³⁹

Diversas foram as doutrinas que trataram a dignidade como “valor supremo da democracia”¹⁴⁰, “princípio dos princípios constitucionais”¹⁴¹, “coração do patrimônio jurídico-moral da pessoa humana”.¹⁴²

Perante os tribunais superiores como o Supremo Tribunal Federal, o fundamento é reiteradamente utilizado, conforme extrai-se do voto do Ministro

¹³⁷ TEIXEIRA, Alessandra Vanessa; CEZNE, Cláudia; LIMA, Wedner Costódio. O direito humano à educação e os objetivos do desenvolvimento sustentável. In: SOBRINHO, Liton Lanes Pilau; CRUZ, Paulo Márcio; ZIBETTI, Fabíola Wust. (Org.). **Jurisdição constitucional, democracia e relações sociais: desafios contemporâneos**. 1ed. Itajaí-SC: UNIVALI, 2021, pp. 98-112. p. 101. Disponível em: <http://www.univali.br/ppcj/ebook>. Acesso em: 12 set. 2022.

¹³⁸ TEIXEIRA, Alessandra Vanessa; CEZNE, Cláudia; LIMA, Wedner Costódio. O direito humano à educação e os objetivos do desenvolvimento sustentável. p. 102.

¹³⁹ BRASIL. Constituição (1988). Brasília, Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 12 set. 2022.

¹⁴⁰ SILVA, José Afonso da. **Poder constituinte e poder popular**. São Paulo: Malheiros, 2000. pp. 144-149.

¹⁴¹ CASTRO, Carlos Roberto Siqueira. **Direito constitucional e regulatório: ensaios e pareceres**. Rio de Janeiro: Renovar, 2011. p. 851-889.

¹⁴² ROCHA, Carmen Lúcia Antunes. O princípio da dignidade da pessoa humana e a exclusão social. **Revista do Instituto Brasileiro de Direitos Humanos**, n. 2, 2001, pp. 49-67. p. 54. Disponível em: <https://revista.ibdh.org.br/index.php/ibdh/article/view/29>. Acesso em: 12 dez. 2022.

Celso de Mello que considera a dignidade humana como “verdadeiro valor-fonte que conforma e inspira todo o ordenamento constitucional [...]”:¹⁴³

Já no STJ o fundamento foi analisado sob a ótica de que a “vida é considerada o mais precioso dos bens e atributos do ser humano. Sem ela, os demais valores socialmente reconhecidos não têm o menor significado ou proveito”.¹⁴⁴

O Ministro José Delgado asseverou ainda que a legislação não pode ser aplicada de forma fria, sendo necessário considerar “a intenção do legislador, mormente perante preceitos maiores insculpidos na Constituição Federal garantidores do direito à saúde, à vida e a dignidade humana [...]”:¹⁴⁵

CONSTITUCIONAL. RECURSO ORDINÁRIO. MANDADO DE SEGURANÇA OBJETIVANDO O FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO (RILUZOL/RILUTEK) POR ENTE PÚBLICO À PESSOA PORTADORA DE DOENÇA GRAVE: ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA - ELA. PROTEÇÃO DE DIREITOS FUNDAMENTAIS. DIREITO À VIDA (ART. 5º, CAPUT, CF/88) E DIREITO À SAÚDE (ARTS. 6º E 196, CF/88). ILEGALIDADE DA AUTORIDADE COATORA NA EXIGÊNCIA DE CUMPRIMENTO DE FORMALIDADE BUROCRÁTICA. 1 - A existência, a validade, a eficácia e a efetividade da Democracia está na prática dos atos administrativos do Estado voltados para o homem. A eventual ausência de cumprimento de uma formalidade burocrática exigida não pode ser óbice suficiente para impedir a concessão da medida porque não retira, de forma alguma, a gravidade e a urgência da situação da recorrente: a busca para garantia do maior de todos os bens, que é a própria vida. 2 - É dever do Estado assegurar a todos os cidadãos, indistintamente, o direito à saúde, que é fundamental e está consagrado na Constituição da República nos artigos 6º e 196. [...] 6 - Não se pode apegar, de forma rígida, à letra fria da lei, e sim, considerá-la com temperamentos, tendo-se em vista a intenção do legislador, mormente perante preceitos maiores

¹⁴³ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Adi nº 2477. Relator: Ministro Celso de Mello. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=1956662>. Acesso em: 12 dez. 2022.

¹⁴⁴ BRASIL. Supremo Tribunal de Justiça. Recurso em Mandado de Segurança nº 11.183/PR. Relator: Ministro José Delgado. p. 121. Disponível em: <https://processo.stj.jus.br/processo/pesquisa/?tipoPesquisa=tipoPesquisaNumeroRegistro&termo=199900838840&totalRegistrosPorPagina=40&aplicacao=processos.ea>. Acesso em: 12 set. 2022.

¹⁴⁵ BRASIL. Supremo Tribunal de Justiça. Recurso em Mandado de Segurança nº 11.183/PR. Relator: Ministro José Delgado. p. 121. Disponível em: <https://processo.stj.jus.br/processo/pesquisa/?tipoPesquisa=tipoPesquisaNumeroRegistro&termo=199900838840&totalRegistrosPorPagina=40&aplicacao=processos.ea>. Acesso em: 12 set. 2022.

insculpidos na Carta Magna garantidores do direito à saúde, à vida e à dignidade humana, devendo-se ressaltar o atendimento das necessidades básicas dos cidadãos. 7 - Recurso ordinário provido para o fim de compelir o ente público (Estado do Paraná) a fornecer o medicamento Riluzol (Rilutek) indicado para o tratamento da enfermidade da recorrente.

Da análise junto ao site de ambos os tribunais, no STF ao digitar o termo “dignidade humana” as buscas reportam 695 acórdãos, 8.097 decisões monocráticas e 273 informativos.¹⁴⁶

Já quando da pesquisa ao STJ, também ao digitar o termo “dignidade humana” as buscas reportam 1.825 acórdãos, 72.139 decisões monocráticas, 190 informativos e outros produtos¹⁴⁷ e 7 súmulas.¹⁴⁸

Lastreado num conjunto de bens tutelados (educação, saúde, moradia, assistência social, trabalho, lazer), é que se dá a formação do conceito de dignidade humana no ordenamento jurídico brasileiro “em vários graus de proteção dos direitos fundamentais e na relação de interdependência da proteção dos direitos humanos”.¹⁴⁹

No Brasil a dignidade humana reconhece o ser humano como o centro e o objetivo da lei, portanto, compete ao Estado o dever de proteger esse valor básico, desde quando foi criado com a intenção de cuidar dos interesses sociais do ser humano.¹⁵⁰

Sobre esse aspecto é importante realizar breve narrativa histórica a respeito da evolução dos direitos. Tem-se que os direitos de primeira dimensão

¹⁴⁶ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Disponível em: https://jurisprudencia.stf.jus.br/pages/search?base=acordaos&pesquisa_inteiro_teor=false&sinonimo=true&plural=true&radicais=false&buscaExata=true&page=1&pageSize=10&queryString=dignidade%20humana&sort=_score&sortBy=desc. Acesso em: 12 out. 2022.

¹⁴⁷ Informativos de jurisprudência, jurisprudência em teses, pesquisa pronta, legislação aplicada, repetitivos e IACS anotados.

¹⁴⁸ BRASIL. Supremo Tribunal de Justiça. Disponível em: <https://processo.stj.jus.br/SCON/pesquisar.jsp>. Acesso em: 12 out. 2022.

¹⁴⁹ DEMARCHI, Clóvis. Between fundamental rights and foundation: the position of human dignity in the Brazilian legal context. p. 292.

¹⁵⁰ DEMARCHI, Clóvis. Between fundamental rights and foundation: the position of human dignity in the Brazilian legal context. p. 292.

(individuais) surgiram com as revoluções liberais do século XVIII, chamados de direitos de liberdade, foram os primeiros a tratar sobre direitos civis e políticos.¹⁵¹ Com uma prestação negativa do Estado, visam a proteção da autonomia do indivíduo, inclusive quanto ao próprio Estado, cabendo aqui a menção dos direitos à liberdade, “à vida, à igualdade perante a lei, à propriedade, à intimidade [...]”.¹⁵²

No início do século XX, surgem os direitos de segunda dimensão (sociais), permeados pela Constituição Mexicana de 1917 e de Weimar de 1919, que positivaram os direitos de igualdade, sendo eles os “direitos econômicos, sociais e culturais, bem como os direitos coletivos ou de coletividades, introduzidos no constitucionalismo das distintas formas de Estado social [...]”.¹⁵³ Neste momento a prestação estatal deixa de ser negativa e passa a ser positiva, competindo ao Estado o provimento dos “direitos à saúde, à educação à previdência [...]”.¹⁵⁴

Na sequência os direitos de terceira dimensão (coletividade) trazem o significado do gênero humano, focado nos interesses difusos e coletivos, chamados de fraternidade ou solidariedade. Aqui, há o direito ao “meio ambiente ecologicamente equilibrado, o direito ao desenvolvimento, ao patrimônio comum da humanidade e à paz [...]”.

Com um salto de 300 anos de evolução, dotados de altíssimo teor de humanismo e universalidade, a consolidação de tais direitos ocorre no final do século XX. O objetivo não é tratar o indivíduo de forma isolada, mas sim, o seu gênero humano “num momento expressivo de sua afirmação como valor supremo em termos de existencialidade concreta”.¹⁵⁵

¹⁵¹ SARMENTO, Daniel. **Dignidade da pessoa humana**: conteúdo, trajetórias e metodologia. p. 53.

¹⁵² ZOUEN, Luís Henrique Linhares. **Em que consistem e quais são as “gerações” de direitos fundamentais?**. Meu site Jurídico, out., 2019. Disponível em https://meusitejuridico.editorajuspodivm.com.br/2019/08/09/em-que-consistem-e-quais-sao-geracoes-de-direitos-fundamentais/#_ftn1. Acesso em 11 out. 2022.

¹⁵³ BONAVIDES, Paulo. **Curso de Direito Constitucional**. 30. ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2015. p. 564.

¹⁵⁴ ZOUEN, Luís Henrique Linhares. **Em que consistem e quais são as “gerações” de direitos fundamentais?**.

¹⁵⁵ BONAVIDES, Paulo. **Curso de Direito Constitucional**. p. 569.

Há também os direitos de quarta, quinta e até sexta dimensão trazidos por alguns autores. Paulo Bonavides assevera que com os direitos de quarta dimensão está se falando “do futuro da cidadania e o porvir da liberdade de todos os povos”. “São eles, democracia, informação, pluralismo.”¹⁵⁶ Aqui trata-se acerca da globalização, e na esfera da quinta dimensão, “para Norberto Bobbio, a bioética.”¹⁵⁷

Apesar do direito à paz já ter aparecido nos direitos de terceira dimensão, Bonavides argumenta pela sua normatividade neste momento. E por fim, quanto ao direito de sexta dimensão, um conceito trazido pelo autor Bernardo Gonçalves sobre o acesso à água potável, o próprio autor reconhece o descabimento, já que inserido no direito de terceira dimensão sobre o meio ambiente.

“Globalizar direitos fundamentais equivale a universalizá-los no campo institucional.”¹⁵⁸ Os direitos anteriores à quarta dimensão foram importantíssimos, eis que conduziram às próximas gerações, por meio de uma “universalidade dos direitos humanos e fundamentais”.¹⁵⁹

Entretanto, apesar do grande avanço civilizatório que deve ser saudado tendo em vista a adesão responsável pelo Brasil e pelo constitucionalismo global “afinal, trata-se de princípio profundamente humanista, baseado na valorização da pessoa e comprometido com a garantia dos seus direitos básicos contra todas as formas de injustiça e opressão”¹⁶⁰, infelizmente o compromisso de proteção ainda é muito falho:

Entre o discurso generoso dos textos constitucionais e internacionais e a vida concreta da população mais carente, interpõe-se quase sempre um oceano. Pessoas continuam morrendo vitimadas pela fome ou por doenças

¹⁵⁶ BONAVIDES, Paulo. **Curso de Direito Constitucional**. pp. 570-572.

¹⁵⁷ ZOUEN, Luís Henrique Linhares. **Em que consistem e quais são as “gerações” de direitos fundamentais?**

¹⁵⁸ BONAVIDES, Paulo. **Curso de Direito Constitucional**. p. 571.

¹⁵⁹ BONAVIDES, Paulo. **Curso de Direito Constitucional**. p. 573.

¹⁶⁰ SARMENTO, Daniel. **Dignidade da pessoa humana: conteúdo, trajetórias e metodologia**. p. 15.

facilmente evitáveis; seres humanos são barbaramente torturados; presos são submetidos a condições de encarceramento absolutamente degradantes; indivíduos são discriminados, humilhados e até assassinados em razão de fatores como a sua raça, nacionalidade, gênero, religião, deficiência ou orientação sexual; pessoas são impedidas de seguir seus projetos de vida porque estes contrariam preceitos religiosos ou preconceitos enraizados.¹⁶¹

Fernandes¹⁶² elenca quatro aspectos de parametrização da dignidade humana: 1) Não instrumentalização, isto é o ser humano não pode ser tratado como um meio para obtenção de um fim; 2) Autonomia existencial, a possibilidade do ser viver da forma que entender correto, desde que não seja ilícito ou prejudique terceiros; 3) Mínimo existencial, todo sujeito deve ter condições básicas (mínimas) de vida; 4) Reconhecimento, objetiva o respeito às identidades de cada um.

Para Barroso, a dignidade humana é valor fundamental, e, portanto, assume posição de princípio constitucional. “Como valor e como princípio, a dignidade humana funciona tanto como justificação moral quanto como fundamento normativo para os direitos fundamentais.”¹⁶³ Ele ainda continua asseverando que é necessário tratar o princípio de modo laico, com neutralidade política e universalidade:

Para levar a bom termo esse propósito, deve-se aceitar uma noção de dignidade humana aberta, plástica e plural. Em uma concepção minimalista, dignidade humana identifica (1) o valor intrínseco de todos os seres humanos, assim como (2) a autonomia de cada indivíduo, (3) limitada por algumas restrições legítimas impostas a ela em nome de valores sociais ou interesses estatais (valor comunitário).¹⁶⁴

Entretanto, entende-se que em 1988 a dignidade humana foi inclusa na Constituição Federal, não como um princípio, mas como um fundamento, isto é,

¹⁶¹ SARMENTO, Daniel. **Dignidade da pessoa humana**: conteúdo, trajetórias e metodologia. p. 15.

¹⁶² FERNANDES, Bernardo Gonçalves. **Curso de Direito Constitucional**. p. 351.

¹⁶³ BARROSO, Luiz Roberto. **Curso de Direito Constitucional Contemporâneo**. 9ª ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2020. p. 244.

¹⁶⁴ BARROSO, Luiz Roberto. **Curso de Direito Constitucional Contemporâneo**. p. 245.

algo muito mais profundo. A condição de tratamento da figura da dignidade humana ultrapassa qualquer outro valor e vetor para interpretação de outros direitos fundamentais, sendo imperioso que todos recebam “tratamento moral condizente e igualitário, sempre tratando cada pessoa como fim em si mesma, nunca como meio (coisas) para satisfação de outros interesses ou de interesses de terceiros”.¹⁶⁵

É possível dizer que a dignidade humana não é nenhuma construção constitucional, coube a esta apenas expressar e reconhecê-la como a “síntese de todos os valores e princípios constitucionais”.

2.3 GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE E DIGNIDADE HUMANA

Enquanto ao Estado compete o poder e o dever de prestação da efetivação dos direitos constitucionais, sendo estes os tratados como fundamentais, cujos quais possuem maior garantia pela constituição da imprescindibilidade de cumprimento.¹⁶⁶

Entretanto, o Estado não é a Constituição, é parte dela, estando todos sujeitos à norma superior, na medida em que atua como asseguradora da “maior proteção possível de iguais direitos fundamentais a todos os membros de uma dada sociedade”.¹⁶⁷

Na Constituição de 1988 está presente o cuidado do legislador ao instituir já no preâmbulo que assegurará “o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança”.¹⁶⁸ Aqui é importante destacar que os direitos

¹⁶⁵ FERNANDES, Bernardo Gonçalves. **Curso de Direito Constitucional**. p. 347.

¹⁶⁶ BONAVIDES, Paulo. **Curso de Direito Constitucional**. p. 575.

¹⁶⁷ FERNANDES, Bernardo Gonçalves. **Curso de Direito Constitucional**. p. 359.

¹⁶⁸ (PREÂMBULO. Nós, representantes do povo brasileiro, reunidos em Assembleia Nacional Constituinte para instituir um Estado Democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social e comprometida, na ordem interna e internacional, com a solução pacífica das controvérsias, promulgamos, sob a proteção de Deus, a seguinte CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. (BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 11 set. 2022).

fundamentais são aqueles “positivados e protegidos pelo direito constitucional de cada Estado”.¹⁶⁹

Os direitos humanos são inalienáveis e fundamentam a dignidade do ser humano e o Estado por sua vez, é obrigado a garantir. A garantia de tais direitos está prevista não só no ordenamento jurídico nacional, mas também no ordenamento jurídico internacional que prevê inúmeros instrumentos e mecanismos de tutela a fim de assegurar o respeito e a garantia dos direitos humanos em escala transnacional.¹⁷⁰

Em que pese a saúde ter sido positivada na Constituição somente em 1988¹⁷¹, sabe-se que é um direito de segunda geração, portanto presente há anos no ordenamento jurídico.

Tem-se que o direito fundamental à saúde é muito além da redução da vulnerabilidade, mas também está relacionado com “a participação social, o acesso à informação, a comunicação, que se tornam instrumentos e potencializam a democracia, o exercício da cidadania e a própria garantia desses direitos considerados fundamentais.”¹⁷²

É inquestionável que a saúde figura como direito fundamental e como investimento social. Ao passo em que o Estado busca melhorias para todos os cidadãos, mister se faz o desenvolvimento de políticas públicas como garantia efetiva dos programas e promoção. Ademais, garantir que todas as pessoas

¹⁶⁹ FERNANDES, Bernardo Gonçalves. **Curso de Direito Constitucional**. p. 361.

¹⁷⁰ KAMPHORST, Marlon André. Uma introdução aos direitos humanos e fundamentais no plano transnacional. p. 101.

¹⁷¹ BRASIL. Constituição (1988). Brasília, Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 11 set. 2022.

¹⁷² Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde - ICICT/FIOCRUZ. **Direito fundamental à saúde**: condição para dignidade humana. condição para dignidade humana. 2018. Elaborada por Daniele Souza. Disponível em: <https://www.icict.fiocruz.br/content/direito-fundamental-%C3%A0-sa%C3%BAde-condi%C3%A7%C3%A3o-para-dignidade-humana>. Acesso em: 11 set. 2022.

possuam acesso à saúde satisfatória, impõe ao Estado maior carga na coordenação econômica, social e sanitária, por meio de ações compostas.¹⁷³

Assim, é impossível falar sobre saúde sem tratar sobre dignidade humana. A materialização da saúde é a qualidade de vida, digna, longe da miséria que assola a maioria da população.¹⁷⁴

Ante a consagração da saúde como direito fundamental da pessoa, a Constituição, totalmente comungada com a evolução e o direito internacional, “não só agasalhou a saúde como bem jurídico digno de tutela constitucional, mas foi mais além, consagrando a saúde como direito fundamental, outorgando-lhe, de tal sorte, uma proteção jurídica diferenciada [...]”.¹⁷⁵ Já no que compete à dignidade da pessoa humana, a Constituição trata não apenas como um princípio, mas como “uma referência normativa à proteção da autonomia individual, pois não se confunde com a proteção às liberdades”:

Desta forma, para que os indivíduos, cidadãos de direitos, na condição de participantes de uma sociedade, tenham plena garantia de acesso universal à saúde, exige-se o cumprimento e satisfação “através da ativa intervenção de um Estado calcado na dignidade da pessoa humana, buscando remover obstáculos e promover a saúde para todos os seus cidadãos [...]”, tendo em vista que o maior bem tutelado aqui é a vida.¹⁷⁶

¹⁷³ MARTINI, Sandra Regina; STURZA, Janaína Machado. A dignidade humana enquanto princípio de proteção e garantia dos direitos fundamentais sociais: o direito à saúde. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 6, n. 2, pp. 25–41, 2017. p. 27. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/367>. Acesso em: 12 out. 2022.

¹⁷⁴ ROCHA, Júlio César de Sá da. **Direito de Saúde: direito sanitário na perspectiva dos interesses difusos e coletivos**. São Paulo: Ltr, 1999. p. 43.

¹⁷⁵ SARLET, Ingo Wolfgang. Algumas considerações em torno do conteúdo, eficácia e efetividade do direito à saúde na Constituição de 1988. **Revista Eletrônica Sobre A Reforma do Estado**, Salvador, n. 11, pp. 1-17, set.out.set. 2007. p. 2. Disponível em: <http://www.direitodoestado.com.br/codrevista.asp?cod=233>. Acesso em: 12 set. 2022.

¹⁷⁶ MARTINI, Sandra Regina; STURZA, Janaína Machado. A dignidade humana enquanto princípio de proteção e garantia dos direitos fundamentais sociais: o direito à saúde. p. 27.

Apesar da subversão da ordem sobre o discurso jurídico, onde nem sempre a dignidade é tratada como deveria ser¹⁷⁷ “o ser humano é, sem dúvida, o centro e o fim do Direito, sendo esta característica pautada no valor básico do Estado Democrático de Direito, que é a dignidade da pessoa humana.”¹⁷⁸

2.3.1 Saúde como um direito social

O principal papel do direito social é uma prestação positiva do Estado quanto ao desenvolvimento da implementação de estratégias visando o alcance do acesso aos programas públicos. Deixa-se de visualizar o Estado em uma posição de abstenção e passa-se a compreendê-lo como facilitador na intervenção do que se almeja, garantindo-se o mínimo de condições dignas aos indivíduos e buscando aniquilar desigualdades.¹⁷⁹

Silva¹⁸⁰ argumenta também que os direitos sociais são prestações positivas do Estado direta ou indiretamente, estando inserido como direito fundamental do homem, cujo objetivo é possibilitar “[...] melhores condições de vida aos mais fracos; direitos que tendem a realizar a igualização de situações sociais desiguais. São, portanto, direitos que se ligam ao direito de igualdade.”

Os direitos sociais são indispensáveis a todos. “Tem-se aí um sujeito ativo universal, a cujo direito o Estado tem a obrigação de atender, mediante prestações positivas do objeto do direito: bens necessários à saúde (hospitalização, medicamentos etc.) [...]”.¹⁸¹

A saúde é um direito social fundamental, insculpido expressamente em nossa Constituição, tendo seu marco inicial na Constituição de 1934, porém,

¹⁷⁷ “Muitas vezes, os magistrados sequer se dão ao trabalho de justificar a pertinência do recurso a princípio tão elevado na escala dos valores constitucionais. Há casos em que a dignidade aparece como um mero adorno na decisão, buscando emprestar-lhe algum charme humanista.”. (SARMENTO, Daniel. **Dignidade da pessoa humana: conteúdo, trajetórias e metodologia**. p. 18).

¹⁷⁸ MARTINI, Sandra Regina; STURZA, Janaína Machado. A dignidade humana enquanto princípio de proteção e garantia dos direitos fundamentais sociais: o direito à saúde. p. 32.

¹⁷⁹ FERNANDES, Bernardo Gonçalves. **Curso de Direito Constitucional**. p. 888.

¹⁸⁰ SILVA, José Afonso da. **Teoria do conhecimento constitucional**. São Paulo: Malheiros Editores, 2014. p. 520.

¹⁸¹ SILVA, José Afonso da. **Teoria do conhecimento constitucional**. p. 534.

positivado na Constituição de 1988, sendo considerado de grande avanço eis que pôs fim aos questionamentos sobre a natureza dos direitos fundamentais.¹⁸² Paulo Bonavides assevera que “os direitos fundamentais são o oxigênio das Constituições democráticas.”¹⁸³

Ao Estado compete robusto dever em efetivar o acesso à saúde, em favor de todos, sejam elas medidas preventivas ou de recuperação, eis que existente políticas públicas desenvolvidas para tal, de forma a concretizar o disposto na carta constitucional.¹⁸⁴

O direito à saúde em sua totalidade fundamental, representa enorme expressão de liberdade real e concreta, na evolução dos direitos do indivíduo, clamando ao Estado a obrigação da prestação positiva, que exigirá das instâncias governamentais o cumprimento categórico do disposto na Constituição.¹⁸⁵

Ainda por se tratar de prestação positiva, não basta que o Estado apenas admita formalmente a existência de um direito. Mister se faz que além de tal declaração, haja para cumprir cabalmente referida garantia, mormente quanto ao direito à saúde, eis que decorre do indivíduo pleitear o cumprimento.¹⁸⁶

Silva¹⁸⁷ também assevera que o acesso a saúde é assegurado conforme “políticas sociais e econômicas que visem à redução dos riscos de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”

¹⁸² FERNANDES, Bernardo Gonçalves. **Curso de Direito Constitucional**. p. 888.

¹⁸³ BONAVIDES, Paulo. **Curso de Direito Constitucional**. p. 375.

¹⁸⁴ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. RE 271286 AgR/RS - Rio Grande do Sul. Relator: Ministro Celso de Mello. Disponível em: <https://jurisprudencia.stf.jus.br/pages/search/sjur103980/false>. Acesso em: 12 set. 2022.

¹⁸⁵ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. RE 271286 AgR/RS - Rio Grande do Sul. Relator: Ministro Celso de Mello. Disponível em: <https://jurisprudencia.stf.jus.br/pages/search/sjur103980/false>. Acesso em: 12 set. 2022.

¹⁸⁶ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. RE 271286 AgR/RS - Rio Grande do Sul. Relator: Ministro Celso de Mello. Disponível em: <https://jurisprudencia.stf.jus.br/pages/search/sjur103980/false>. Acesso em: 12 set. 2022.

¹⁸⁷ SILVA, José Afonso da. **Teoria do conhecimento constitucional**. p. 301.

Entretanto o fato do Estado ser responsável pelo acesso aos direitos sociais, não quer dizer que também não possua responsabilidade econômico-social, enquanto não fomenta a máquina para que “as pessoas tenham, por si mesmas, a possibilidade de se suprirem dos bens essenciais à saúde, à educação, à cultura etc.”¹⁸⁸ afinal a saúde é um dever de todos, e até mesmo em sede de judicialização para tratamento, é necessário comprovar que o indivíduo não possui condições para arcar com custeio.

2.3.2 Garantia do direito à saúde pela judicialização

Objetivando os desafios da concretização dos direitos sociais, a sociedade passou a deslocar competências que eram do Executivo e do Legislativo, ao Judiciário, a isso dá-se o nome do fenômeno da judicialização, incluindo-se aqui a própria judicialização da saúde.¹⁸⁹

O Poder Judiciário, por seu turno, no afã de oferecer solução às crescentes demandas sociais, que se aprofundam na medida do amadurecimento de nossa Sociedade, passa a atuar ainda que no caso concreto e de maneira individualizada, em um número cada vez maior de ações, e a movimentar, ainda que indiretamente, um volume cada vez mais expressivo de recursos, a ponto de interferir sensivelmente no exercício das atribuições executivas e legiferantes dos demais poderes.¹⁹⁰

Desde os anos 90 a solicitação de medicamentos ao judiciário é recorrente, especialmente no caso de pacientes com AIDS, câncer, cirrose, doenças renais etc.” Inicialmente a fundamentação se dava especialmente no art. 196 da Constituição Federal. Os Tribunais entendiam que pela legislação ter caráter programático¹⁹¹, inexistia direito líquido e certo violado.

¹⁸⁸ SILVA, José Afonso da. **Teoria do conhecimento constitucional**. p. 535.

¹⁸⁹ CARDOSO, Daniel. **Judicialização da saúde: solução ou parte do problema?** Londrina: Thoth Editora, 2020. p. 58.

¹⁹⁰ CARDOSO, Daniel. **Judicialização da saúde: solução ou parte do problema?** p. 59.

¹⁹¹ “EMENTA: PACIENTE COM HIV/AIDS - PESSOA DESTITUÍDA DE RECURSOS FINANCEIROS - DIREITO À VIDA E À SAÚDE - FORNECIMENTO GRATUITO DE MEDICAMENTOS - DEVER CONSTITUCIONAL DO PODER PÚBLICO (CF, ARTS. 5º, CAPUT, E 196) - PRECEDENTES

Com o evoluir dos anos, através do REsp nº 83.800/RS, o STJ passou a dar processamento aos pedidos.¹⁹²

O STF também desde 1999 possui entendimento pela obrigatoriedade do fornecimento dos medicamentos, desde que realmente sendo o caso para tal, afirmando inclusive, pela responsabilidade solidária dos entes quanto ao fornecimento por meio do tema 793, transitado em julgado em 15/05/2020:

(STF) - RECURSO DE AGRAVO IMPROVIDO. O DIREITO À SAÚDE REPRESENTA CONSEQUÊNCIA CONSTITUCIONAL INDISSOCIÁVEL DO DIREITO À VIDA. - O direito público subjetivo à saúde representa prerrogativa jurídica indisponível assegurada à generalidade das pessoas pela própria Constituição da República (art. 196). Traduz bem jurídico constitucionalmente tutelado, por cuja integridade deve velar, de maneira responsável, o Poder Público, a quem incumbe formular - e implementar - políticas sociais e econômicas idôneas que visem a garantir, aos cidadãos, inclusive àqueles portadores do vírus HIV, o acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica e médico-hospitalar. - O direito à saúde - além de qualificar-se como direito fundamental que assiste a todas as pessoas - representa consequência constitucional indissociável do direito à vida. O Poder Público, qualquer que seja a esfera institucional de sua atuação no plano da organização federativa brasileira, não pode mostrar-se indiferente ao problema da saúde da população, sob pena de incidir, ainda que por censurável omissão, em grave comportamento inconstitucional. **A INTERPRETAÇÃO DA NORMA PROGRAMÁTICA NÃO PODE TRANSFORMÁ-LA EM PROMESSA CONSTITUCIONAL INCONSEQÜENTE.** - O caráter programático da regra inscrita no art. 196 da Carta Política - que tem por destinatários todos os entes políticos que compõem, no plano institucional, a organização federativa do Estado brasileiro - não pode converter-se em promessa constitucional inconseqüente, sob pena de o Poder Público, fraudando justas expectativas nele depositadas pela coletividade, substituir, de maneira ilegítima, o cumprimento de seu impostergável dever, por um gesto irresponsável de infidelidade governamental ao que determina a própria Lei Fundamental do Estado. DISTRIBUIÇÃO GRATUITA DE MEDICAMENTOS A PESSOAS CARENTES. - O reconhecimento judicial da validade jurídica de programas de distribuição gratuita de medicamentos a pessoas carentes, inclusive àquelas portadoras do vírus HIV/AIDS, dá efetividade a preceitos fundamentais da Constituição da República (arts. 5º, caput, e 196) e representa, na concreção do seu alcance, um gesto reverente e solidário de apreço à vida e à saúde das pessoas, especialmente daquelas que nada têm e nada possuem, a não ser a consciência de sua própria humanidade e de sua essencial dignidade. Precedentes do STF". (BRASIL. Supremo Tribunal Federal. RE 271286 AgR/RS - Rio Grande do Sul. Relator: Ministro Celso de Mello. Disponível em: <https://jurisprudencia.stf.jus.br/pages/search/sjur103980/false>. Acesso em: 12 set. 2022).

¹⁹² "I - PROCESSUAL - MANDADO DE SEGURANÇA - PROVA FORMAL DO ATO IMPUGNADO - DESNECESSIDADE - RECONHECIMENTO PELA AUTORIDADE IMPETRADA.

- Não é lícito denegar-se o Mandado de Segurança por falta de prova do ato, se a autoridade coatora confirma que efetivamente o praticou. II - PROCESSUAL - RECURSO ESPECIAL - QUESTÃO CONSTITUCIONAL - DESCONHECIMENTO. - Acórdão construído sobre fundamentos constitucionais não se expõe a Mandado de Segurança". (BRASIL. Supremo Tribunal de Justiça. REsp nº 83800/RS - Rio Grande do Sul. Relator: Ministro Demócrito Reinaldo. p. 80. Disponível em: <https://processo.stj.jus.br/processo/pesquisa/?tipoPesquisa=tipoPesquisaNumeroRegistro&termo=199500690640&totalRegistrosPorPagina=40&aplicacao=processos.ea>. Acesso em: 12 set. 2022)

Os entes da federação, em decorrência da competência comum, são solidariamente responsáveis nas demandas prestacionais na área da saúde, e diante dos critérios constitucionais de descentralização e hierarquização, compete à autoridade judicial direcionar o cumprimento conforme as regras de repartição de competências e determinar o ressarcimento a quem suportou o ônus financeiro.¹⁹³

Através do informativo 794 o STF afirmou que compete ao judiciário, por meio do poder geral de cautela, intervir quando provocado para assegurar a efetividade da prestação do direito tutelado.¹⁹⁴

Ocorre que apesar de ser sua responsabilidade, não pode atuar em todos os momentos em que um direito fundamental for ameaçado, é necessário que o Estado haja de modo comissivo ou omissivo, colocando em risco de maneira grave, os direitos dos indivíduos. O judiciário não deve funcionar como um gestor público, mas sim compelindo à administração pública a agir.¹⁹⁵ “O que se observa, portanto, é um deslocamento de funções. Isto é, com o intuito de ver seus Direitos concretizados, o cidadão deixou de apelar aos Poderes Legislativo e Executivo e passou a acionar as vias judiciais”.¹⁹⁶

Três são os preceitos utilizados quando se trata da discussão da saúde pública no âmbito judicial. O primeiro já narrado neste trabalho é a dignidade humana, como fundamento, intimamente ligado à saúde. Os outros dois são o mínimo existencial e a reserva do possível.

¹⁹³ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Tema 793 - Responsabilidade solidária dos entes federados pelo dever de prestar assistência à saúde. RE 855178. Relator: Luiz Fux. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=4678356&numeroProcesso=855178&classeProcesso=RE&numeroTema=793>. Acesso em: 13 set. 2022.

¹⁹⁴ FERNANDES, Bernardo Gonçalves. **Curso de Direito Constitucional**. p. 898.

¹⁹⁵ FERNANDES, Bernardo Gonçalves. **Curso de Direito Constitucional**. p. 899.

¹⁹⁶ FARHAT, Aline Samira Pereira. **A judicialização da saúde e o ativismo judicial: uma análise com base nas ações de fornecimento de medicamentos perante a Vara da Fazenda Pública da Comarca de Itajaí**. 2020. Dissertação (Mestrado) em Ciência Jurídica da Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI, 2020. p. 74. Disponível em: <https://www.univali.br/pos/mestrado/mestrado-em-ciencia-juridica/bancas-de-mestrado-sem-dupla-titulacao/Paginas/default.aspx>. Acesso em: 13 set. 2022.

Quando se fala em mínimo existencial, refere-se às condições mínimas que o indivíduo merece ter. Oriunda do direito Alemão no ano de 1975¹⁹⁷, no Brasil referida tese foi firmada pela ADPF nº 45, considerada um *leading case* acerca do controle de políticas públicas.

Entretanto, ao aprofundar-se o estudo, alguns doutrinadores entendem que o mínimo existencial acaba limitando ao invés de servir como base, estando ligado diretamente às condições básicas de vida. Em uma dimensão negativa, há um impedimento dos agentes “que subtraíam do indivíduo as condições materiais indispensáveis a uma vida digna”. Já numa dimensão positiva, refere-se a um conjunto mínimo “de direitos prestacionais a serem implementados e concretizados que possibilitam aos indivíduos uma vida digna”.¹⁹⁸

No que concerne ao terceiro preceito chamado de reserva do possível, novamente passa-se a tratar de um limitador para implementação dos direitos sociais. Também advinda do direito Alemão, no ano de 1970, referida tese afirma que para que ocorra a prestação estatal dos direitos sociais é necessário entender sobre os recursos presentes na pasta do governo.¹⁹⁹ No Brasil o assunto também foi solidificado pela ADPF nº 45.²⁰⁰

A grande fragilidade de ambos os preceitos é que estão ligados a cunhos econômicos. Por óbvio que o Estado tem recursos finitos, mas é baseado em critérios isonômicos que as decisões devem ser tomadas. Quanto ao mínimo existencial, falta uma reflexão democrática envolvendo a sociedade, e não apenas o indivíduo (embora o resultado seja para este).

Já quanto à reserva do possível, a argumentação de escassez de recursos “desvia o curso e obscurece os argumentos jurídicos por que ainda se

¹⁹⁷ FERNANDES, Bernardo Gonçalves. **Curso de Direito Constitucional**. p. 894.

¹⁹⁸ BONAVIDES, Paulo. **Curso de Direito Constitucional**. p. 892.

¹⁹⁹ BONAVIDES, Paulo. **Curso de Direito Constitucional**. p. 894.

²⁰⁰ Supremo Tribunal Federal. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 45. Relator: Ministro Marco Aurélio. Brasília, DF: STF, 2004. Disponível em: <https://jurisprudencia.stf.jus.br/pages/search/specific.xhtml>. Acesso em: 28 mar 2023.

pautam numa concepção de liberdade (conveniência) do Administrador Público de aplicação dos recursos financeiros e públicos.”

Observa-se que no Brasil, toda a discussão sobre a reserva do possível e o mínimo existencial está posta para mascarar o problema da escolha política quanto à alocação de recursos orçamentários levados a cabo pelos Poderes Executivo e Legislativo. Oculta-se, na verdade, a inexistência de qualquer programa político, a curto, médio e longo prazo, voltado para as ações sociais.²⁰¹

Conforme Silva²⁰², a “reserva do possível não é restrição aos direitos sociais, mas obstáculo à sua realização, impedimento à sua eficácia social, à sua efetividade”. Ante a fraca aplicabilidade das políticas públicas de saúde, o judiciário acaba por agir de uma forma paternalista e autoritária, sob a égide de um princípio democrático, comportando-se como um ativista e não desempenhando o papel de fiscalização do que lhe compete.²⁰³

“A omissão por parte dos Poderes Executivos e Legislativos na elaboração e consecução de políticas públicas, vem exigindo, com maior frequência, a atuação dos órgãos jurisdicionais na sua concretização[...]”.²⁰⁴ Aqui, mais uma vez, reforça-se a crítica não é ao Judiciário que acaba por tendo que tomar as rédeas e decidir, mas sim, a falha na criação, implementação e gestão das políticas públicas.

Visando melhorar esta relação do judiciário com a saúde, foi criado o E-NATJUS²⁰⁵. Referida ferramenta auxilia os magistrados na busca de decisões mais assertivas quanto às ações de saúde. Trata-se de um banco nacional de laudos, com diversas notas técnicas sobre inúmeros tratamentos, sendo que os

²⁰¹ SILVA, José Afonso da. **Teoria do conhecimento constitucional**. p. 587.

²⁰² SILVA, José Afonso da. **Teoria do conhecimento constitucional**. p. 587.

²⁰³ SILVA, José Afonso da. **Teoria do conhecimento constitucional**. p. 587.

²⁰⁴ SILVA, Alex Matoso. **O acesso à jurisdição em face da garantia da universalidade das políticas públicas em saúde: tudo para todos?**. p. 10.

²⁰⁵ BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. Resolução nº 238, de 6 de setembro de 2016. Dispõe sobre a criação e manutenção, pelos Tribunais de Justiça e Regionais Federais de Comitês Estaduais da Saúde, bem como a especialização de vara em comarcas com mais de uma vara de fazenda Pública. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/2339>. Acesso em: 15 set. 2022.

processos são direcionados ao NAT para emissão de parecer, antes da análise do pleito liminar pelo Magistrado.²⁰⁶

Impende destacar os esforços dos mais diversos tribunais brasileiros, como também o CNJ, como a criação dos E-NATJUS, que visa fornecer maiores critérios científicos aos magistrados quando das demandas judiciais, bem como os enunciados das chamadas Jornadas do Direito da Saúde, onde, com seus enunciados, visam orientar as decisões dos juízes nas demandas da saúde a eles encaminhadas.²⁰⁷

Tanto para o paciente, indivíduo dotado de direitos e em busca do acesso universal à saúde, quanto ao Magistrado, investido do poder Judiciário para após provocação acerca de descumprimento de direito fundamental decidir, é um excelente mecanismo na medida que traz certa segurança de que não se tratará de uma decisão carregada de heroísmo, assim como, exige nível técnico da demanda para que o processo judicial seja confeccionado com atenção aos detalhes de normativas, pareceres, resoluções, órgãos inerentes à matéria do processo.

Entretanto, não competiria ao Judiciário ter que decidir sobre todo e qualquer assunto de saúde. No ano de 2021 a judicialização da saúde representou cerca de 318,05 milhões²⁰⁸ de novos processos, com uma duração média de 730 dias até a baixa do processo²⁰⁹. Já para o ano de 2022, até o presente momento, houve cerca de 223,45 milhões novos processos.

²⁰⁶ Conselho Nacional de Justiça. **Sistema E-NatJus**. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/programas-e-acoess/forum-da-saude-3/e-natjus/>. Acesso em: 15 set. 2022.

²⁰⁷ SILVA, Marcelino José Píancó da. **Evolução do Direito à Saúde Pública no Brasil**. São Paulo: Editora Dialética, 2020. Edição do Kindle. p. 55.

²⁰⁸ Conselho Nacional de Justiça. **Estatísticas Processuais de Direito à Saúde**. Disponível em: <https://paineisanalytics.cnj.jus.br/single/?appid=a6dfbee4-bcad-4861-98ea-4b5183e29247&sheet=c0cac07f-b08c-492e-ad32-267812fbc70b&opt=ctxmenu,currsel>. Acesso em: 13 set. 2022.

²⁰⁹ Conselho Nacional de Justiça. **Estatísticas Processuais de Direito à Saúde**. Disponível em: <https://paineisanalytics.cnj.jus.br/single/?appid=a6dfbee4-bcad-4861-98ea-4b5183e29247&sheet=c0cac07f-b08c-492e-ad32-267812fbc70b&opt=ctxmenu,currsel>. Acesso em: 13 set. 2022.

Os custos de processos são altíssimos, assim como, os problemas enfrentados com logística e compra de medicamentos não previstos em tempo recorde. De quem é a responsabilidade? Certamente não é do Judiciário, [...] “deposita-se nos juízes uma missão que vai além do dever clássico de aplicar o direito a disputas subjetivas ou normativas e moderar os excessos dos outros ramos.”²¹⁰

A maioria dos processos para garantia de acesso à saúde dizem respeito a pedidos de medicamentos.²¹¹ As determinações judiciais ocorrem para que a administração (ou plano de saúde) cumpra o que o médico pediu, entretanto, nem sempre referidos medicamentos fazem parte das listas de medicamentos disponibilizados (RENAME e até ANS cabe falar aqui) ou há determinação inclusa em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas ou Diretriz de Utilização.

Neste caso, competiria apenas ao judiciário a determinação de cumprimento da política pública, e não a análise do cabimento ou não do pedido de medicamento. A deficiência nesse sentido é tão superficial, que é evidente que é de responsabilidade do Executivo, juntamente com a gestão do SUS alinhar estratégias mais eficientes e rápidas.²¹²

Tal estratégia de efetividade, assertividade e velocidade quanto a atualização das tecnologias, PCDTs e DUTs, por exemplo, poderia impactar diretamente na diminuição drástica de demandas judiciais, havendo maior comunicação²¹³ inclusive entre saúde pública e suplementar, afinal, apesar de

²¹⁰ SALLES, Bruno Makowiecky; DANTAS, Marcelo Buzaglo; CRUZ, Paulo Márcio. Poder judiciário: da expansão global às ameaças contra a independência. *In*: Carla Piffer; Bruno Makowiecky Salles; Paulo Marcio Cruz. (Org.). **O direito e o futuro**. Itajaí: UNIVALI, 2022, pp. 103-123. p. 83. Disponível em: <http://www.univali.br/ppcj/ebook>. Acesso em: 15 set. 2022.

²¹¹ Conselho Nacional de Justiça. **Estatísticas Processuais de Direito à Saúde**. Disponível em: <https://paineisanalytics.cnj.jus.br/single/?appid=a6dfbee4-bcad-4861-98ea-4b5183e29247&sheet=c0cac07f-b08c-492e-ad32-267812fbc70b&opt=ctxmenu,currsel>. Acesso em: 15 set. 2022.

²¹² VENTURA, Miriam *et al.* Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. p. 94.

²¹³ Referida comunicação já acontece, inclusive a própria RN nº 439/2019, assentou que qualquer pessoa poderia enviar uma Proposta de Atualização do Rol através da plataforma FormSUS.

ambas terem “suas pastas”, está se falando sobre efetividade de um direito social, que é de responsabilidade de todos.

Registra-se que como forma de divisão de responsabilidades, àqueles que possuem planos de saúde, devem realizar seus tratamentos no âmbito da saúde suplementar, caso esta pessoa venha a realizar tratamento no âmbito público, o SUS poderá requerer o reembolso ao plano de saúde, conforme art. 32 da Lei dos Planos de Saúde.²¹⁴

As demandas judiciais demonstram claro estresse interno no sistema de saúde e que, inclusive, criam dificuldades quanto a própria autonomia do médico com relação a sua prescrição que fica restrita (não somente em âmbito público, mas também suplementar) e as legislações, normativas, PCDTs a serem seguidos. Este por sua vez, responde pessoalmente por eventuais danos e até perda de uma chance.²¹⁵

Já o Estado por mais que também possa responder, sua responsabilidade é objetiva e em nível institucional, havendo nítida diferença entre uma responsabilização pessoal, com implicações até éticas, do que em âmbito institucional.²¹⁶

Portanto, o reestabelecimento da ideia de colocar-se no centro toda e qualquer pessoa, seja o paciente ou o profissional, conectando-se todas as pontas para melhores e mais rápidas soluções, se mostra crucial, afinal como já afirmado, a saúde é uma obrigação de todos, “da família, da sociedade e, acima de tudo, de cada um de nós. Sem solidariedade e responsabilidade por parte de todos [...] não passará de uma mera promessa insculpida no texto da nossa Constituição [...]”.²¹⁷

²¹⁴ Brasil. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 4 jun. 1998. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9656.htm. Acesso em: 28 mar 2023.

²¹⁵ VENTURA, Miriam *et al.* Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. p. 86.

²¹⁶ VENTURA, Miriam *et al.* Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. p. 86.

²¹⁷ SARLET, Ingo Wolfgang. Algumas considerações em torno do conteúdo, eficácia e efetividade do direito à saúde na Constituição de 1988. p. 16.

2.4 HUMANIZAÇÃO E SAÚDE

Além do direito em si de perquirir um tratamento no judiciário, existem fatores anteriores que tornam este acesso ainda mais conflituoso, moroso e ineficiente. Problemas que iniciam na base de cada profissional, “os profissionais precisam desenvolver uma consciência de aprimoramento profissional para que possam acompanhar a evolução das novas tecnologias e aliá-las à escuta, ao diálogo e à solidariedade durante o processo de cuidado.”²¹⁸

Um paciente quando busca um tratamento é para curar-lhe ou amenizar seu sofrimento, ou seja, já se encontra em situação de fragilidade e angústia. Quando obtém a notícia de que é necessário judicializar, as esperanças acabam se esvaindo.

Este indivíduo por vezes, já vem de uma condição precária de atendimento, falta profissionais, falta exames básicos, falta estrutura, há filas enormes de espera, agendamentos que ultrapassam anos, há desconhecimento do que deve fazer e por onde começar.

Infelizmente, os profissionais que se encontram sobrecarregados por ter que dar conta de atender inúmeros pacientes por dia, acabam não proporcionando uma experiência digna de atendimento, não primando pela humanização. Além disso, até mesmo os documentos necessários para o ingresso com as demandas judiciais são ineficientes, eis que comportam apenas 2/3 linhas, e são até escritos à mão com letras incompreensíveis.

A atenção à experiência do paciente é determinante para a avaliação e o próprio desenvolvimento dos serviços. São os detalhes de relatos e impressões que permitirá um “sistema de saúde centrado no paciente, com ênfase na qualidade e reforçado por estudos e políticas públicas”, cientes de que a “qualidade das relações interpessoais, (movidos) pela empatia, pelos profissionais abertos à fala e

²¹⁸ COSTA, Silvio Cruz; FIGUEIREDO, Maria Renita Burg; SCHAURICH, Diego. Humanização em Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI): compreensões da equipe de enfermagem. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online]. 2009, v. 13, pp. 571-580. p. 577. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500009>. Acesso em: 15 set. 2022.

à escuta e pela validação das informações que fornecem”, influenciam diretamente na solidificação da prestação do serviço voltado à humanização.²¹⁹

Assim como a comunicação é uma habilidade primordial a ser desenvolvida, especialmente pelo profissional da saúde “para prestar a melhor assistência possível, gerenciar o cuidado e devem se relacionar com pessoas que desempenham vários papéis no local de trabalho, bem como com os paciente,” as soft skills de empatia e compaixão também são fundamentais no cuidado: “enquanto a empatia promove a compreensão da situação do outro, a compaixão favorece a ação para aliviar o sofrimento produzido pela situação.”²²⁰

Entretanto, falta empatia de todos os lados, e embora todos tenham seus motivos, mesmo que plausíveis, o problema central é enraizado em cada pessoa. Por um lado, o paciente quer e exige que o Estado assegure seu direito social, serviço este que inicia com o atendimento de alguém, seja ele por meio de um recepcionista que agenda a consulta no postinho, e continua por meio do profissional da saúde que presta o efetivo atendimento. Este paciente que já está há tempo aguardando pelo atendimento, dotado de sentimentos de frustração, indignação e medo, chega na consulta e acaba descontando no profissional que está ali para ajudá-lo.

Este, por sua vez, sabendo do tamanho de sua agenda com a quantidade enorme de pessoas para atender e ciente da falta de recursos humanos e materiais, acaba também por não compreender a dor daquele paciente que há tanto esperou pela consulta (estando as vezes até curado já), mal olha para o paciente, sequer o examina adequadamente, e passa para o próximo paciente. As

²¹⁹ SAVIETO, Roberta Maria; MERCER, Stewart; MATOS, Carolina Carvalho Pereira; LEÃO, Eliseth Ribeiro. Enfermeiros na triagem no serviço de emergência: autocompaixão e empatia. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 27, 2019. p. 2. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/161938>. Acesso em: 11 set. 2022.

²²⁰ SAVIETO, Roberta Maria; MERCER, Stewart; MATOS, Carolina Carvalho Pereira; LEÃO, Eliseth Ribeiro. Enfermeiros na triagem no serviço de emergência: autocompaixão e empatia. p. 2.

peçoas são contadas como número para se dar vasão²²¹ e não problemas para serem resolvidos. A judicialização acaba sendo a ponta do iceberg do problema.

O próprio SUS possui um programa chamado HumanizaSUS que desde o ano de 2003 vem tentando realizar mudanças nas ações de humanização e gestão junto ao país. A PNH tem como propósitos:²²²

- ✓ Contagiar trabalhadores, gestores e usuários do SUS com os princípios e as diretrizes da humanização;
- ✓ Fortalecer iniciativas de humanização existentes;
- ✓ Desenvolver tecnologias relacionais e de compartilhamento das práticas de gestão e de atenção;
- ✓ Aprimorar, ofertar e divulgar estratégias e metodologias de apoio a mudanças sustentáveis dos modelos de atenção e de gestão;
- ✓ Implementar processos de acompanhamento e avaliação, ressaltando saberes gerados no SUS e experiências coletivas bem-sucedidas.
- ✓ Além disso conta também com 3 macro objetivos:
- ✓ Ampliar as ofertas da Política Nacional de Humanização aos gestores e aos conselhos de saúde, priorizando a atenção básica/fundamental e hospitalar, com ênfase nos hospitais de urgência e universitários;
- ✓ Incentivar a inserção da valorização dos trabalhadores do SUS na agenda dos gestores, dos conselhos de saúde e das organizações da sociedade civil;
- ✓ Divulgar a Política Nacional de Humanização e ampliar os processos de formação e produção de conhecimento em articulação com movimentos sociais e instituições.

O objetivo é a diminuição de filas e tempo de espera, atendimento acolhedor e resolutivo, modelo de atenção com responsabilização e vínculo, garantia dos direitos, valorização no trabalho na saúde e gestão participativa.²²³

²²¹ “The 6 minutes (or less) is an unequivocal statement: medicine should relinquish its humanistic component and become a technique based on “effective” practices. It does not matter “how” it is done but “how long” it takes.” (ZABALA, Pablo R. Justich. Six minutes. **Arch Argent Pediatr**, 2018, 116, pp. 70-74. p. 71. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29333825/>. Acesso em: 11 set. 2022).

²²² Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizasus>. Acesso em: 11 set. 2022.

²²³ Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizasus>. Acesso em: 11 set. 2022.

A boa nova é a boa governança pública, e somente ela, desencadeada a partir de um propósito comum integrado, inovador, catalisador, proativo e transformador, pode quebrar o paradigma da má gestão e da corrupção estatal, e fortalecer o poder público (Legislativo, Executivo, Judiciário, Ministério Público, Tribunais de Contas, Defensoria Pública).²²⁴

Tendo em vista os diversos atores de todo o elenco da saúde, é preciso entender que a atenção à humanização necessita de tratamento transversal para o SUS, “estando presente desde a recepção e acolhimento do usuário no sistema de saúde, até o planejamento e gestão das ações e estratégias, sejam elas de promoção, prevenção e/ou reabilitação”,²²⁵ cientes de que referido cuidado se dá não apenas ao paciente e familiares, mas inclusive a equipe de saúde, eis que somente pelo relacionamento desenvolvido entre ambos é que “o cuidado poderá ser desenvolvido de maneira mais humana, ética e solidária.”²²⁶

Mezzomo assevera que um “hospital humanizado é aquele que sua estrutura física, tecnológica, humana e administrativa valoriza e respeita a pessoa, colocando-se a serviço dela, garantindo-lhe um atendimento de elevada qualidade.”²²⁷

Com esta forma de trabalho, isto é, além de apenas escutar, dialogar, cuidar, entende-se que é necessário valorização do próprio pessoal, das estruturas e das organizações das instituições, implantando diversas medidas como: “diminuir o tempo de espera (em filas), melhorar os espaços destinados à equipe e aos pacientes e familiares, fornecer informações compreensíveis e adequadas, rever certas normas e rotinas, entre outras”.²²⁸ Os resultados só tendem a ser positivos:

²²⁴ PIFFER, Carla. ALVES, Benedito Antonio. A reinvenção do Estado na era digital. *In*: Carla Piffer; Bruno Makowiecky Salles; Paulo Marcio Cruz. (Org.). **O direito e o futuro**. Itajaí: UNIVALI, 2022, pp. 103-123. p. 107. Disponível em: <http://www.univali.br/ppcj/ebook>. Acesso em: 11 set. 2022.

²²⁵ COSTA, Silvio Cruz; FIGUEIREDO, Maria Renita Burg; SCHAURICH, Diego. Humanização em Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI): compreensões da equipe de enfermagem. p. 573.

²²⁶ COSTA, Silvio Cruz; FIGUEIREDO, Maria Renita Burg; SCHAURICH, Diego. Humanização em Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI): compreensões da equipe de enfermagem. p. 573.

²²⁷ MEZZOMO, J.C. **Gestão da qualidade na saúde**: princípios básicos. Barueri: Manole, 2001.p. 276.

²²⁸ COSTA, Silvio Cruz; FIGUEIREDO, Maria Renita Burg; SCHAURICH, Diego. Humanização em Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI): compreensões da equipe de enfermagem. p. 576.

“a redução do tempo de internação, a diminuição das faltas ao trabalho, o aumento da sensação de bem-estar entre pacientes, familiares e funcionários e, com isso, consequentemente, a redução dos gastos em saúde.”²²⁹

Curioso seria encontrar em um prontuário um registro do tipo “acolhimento, mobilização de narrativas, produção de entendimento a partir de argumentos de prevenção e posturas de autocuidado, negociação quanto ao uso de medicação e de dieta,” mas será que estaria tão longe de um mundo não mais ideal, e sim necessário? Tais práticas também fazem parte do atendimento do paciente, e além, exigem capacidades interpessoais do profissional que também devem ser consideradas na compreensão de profissional competente, ressaltando-se que “práticas correspondem a investimento profissional, pois demandam capacitações, aprimoramento e supervisão técnica.”²³⁰

Consideramos que o emprego destas tecnologias comunicacionais não constitui apenas meios para se chegar a um fim determinado (seja ao diagnóstico, seja à adesão a certo tratamento/prescrição). Antes de tudo, são capazes de fortalecer e ajudar a instituir novos parâmetros para a produção de cuidados. Falamos de uma racionalidade comunicativa, e não instrumental, a ser posta em ação, seja do planejamento à realização do cuidado.²³¹

A forma em como a prestação de atendimentos de saúde se apresenta, evidencia forte necessidade de “(re) definição da atitude subjacente do profissional em relação a ele mesmo e ao seu mundo [...]”. Para tanto o próximo capítulo cuidará da análise das habilidades interpessoais necessárias a serem

²²⁹ COSTA, Silvio Cruz; FIGUEIREDO, Maria Renita Burg; SCHAURICH, Diego. Humanização em Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI): compreensões da equipe de enfermagem.p. 576.

²³⁰ DESLANDES, Suely Ferreira; MITRE, Rosa Maria de Araujo. Processo comunicativo e humanização em saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online]. 2009, v. 13, pp. 641-649. p. 646. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500015>. Acesso em: 11 set. 2022.

²³¹ DESLANDES, Suely Ferreira; MITRE, Rosa Maria de Araujo. Processo comunicativo e humanização em saúde. p. 647.

desenvolvidas pelo profissional da saúde, no intuito de atingir o cumprimento dos preceitos constitucionais, notadamente a dignidade humana.²³²

²³² DESLANDES, Suely Ferreira; MITRE, Rosa Maria de Araujo. Processo comunicativo e humanização em saúde. p. 647.

Capítulo 3

AS SOFT SKILLS DA COMUNICAÇÃO E EMPATIA COMO FORMA DE MANIFESTAÇÃO DA DIGNIDADE HUMANA E UMA POSSÍVEL SOLUÇÃO PARA A CRISE DA HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE

Dividido em 3 (três) itens e 4 (quatro) subitens, o presente capítulo foi desenvolvido como cerne do trabalho, evidenciando-se a necessidade do foco na humanização da saúde, por meio do desenvolvimento de habilidades interpessoais dos profissionais da saúde, *soft skills*, como forma de afirmação da dignidade humana, fundamento constitucional.

No primeiro item e subitens seguintes, aborda-se o contexto histórico atual da 4ª Revolução Industrial e o quanto ela tem exigido dos profissionais o desenvolvimento de habilidades além das técnicas (*hard skills*) como ferramenta indispensável para destaque no mercado de trabalho, trazendo-se o conceito de *soft skills* aprofundando-se em duas primordiais na área saúde que são comunicação e empatia.

No item 3.2 a análise das *soft skills* acontece como instrumento de humanização da saúde, abordando-se conceitos de liderança, cultura organizacional, e capacidades a serem buscadas pelo profissional da saúde nos atendimentos, exemplificando-se nos subitens seguintes o método Disney de Atendimento aplicado ao Florida Hospital (hospital da Disney), nos EUA e o Hospital de Amor de Barretos, no Brasil.

Por fim, elenca-se o desenvolvimento das *soft skills* pelos profissionais da saúde como garantia da dignidade humana nos atendimentos da saúde, como uma possível nova roupagem ao preceito constitucional e uma decisão individual do profissional que culminará no respeito da dignidade humana e no tratamento do cidadão como sujeito de direito.

3.1 SOFT SKILLS E A QUARTA REVOLUÇÃO INDUSTRIAL

As mudanças do mercado de trabalho se intensificaram a partir do fenômeno da globalização ocorrido na década de 1990. As relações de trabalho exigiram das instituições um movimento mais dinâmico, flexível e adaptável, tendo em vista a competição global que se iniciou.²³³

Klaus Schwab aduz que estamos em uma época revolucionária que mudará drasticamente a forma de como “vivemos, trabalhamos e nos relacionamos”, podendo ser considerando algo como jamais vivido pela humanidade.²³⁴

Há uma ruptura na forma de trabalho e de comunicação, em como se expressar, obter informações e momentos de lazer. O processo de reformulação do governo e das instituições também está acontecendo, dentre eles os sistemas de “educação, saúde e de transportes”. A tecnologia está trazendo um auxílio na modificação do comportamento, produção e consumo.²³⁵

É necessário um conhecimento amplificado e global para que se compreenda em tempo real como a tecnologia é responsável pelas alterações do “contexto econômico, social, cultural e humano” em que se vive.²³⁶ Com o avanço da tecnologia, é possível perceber o chamado para um olhar interno sobre quem se é e como se vê o mundo. Quanto mais se pensar no momento em que se está vivendo, embarcando na onda da quarta revolução industrial, maior será a necessidade da introspecção e autocrítica.²³⁷

Muito embora esteja se falando de uma revolução tecnológica, o objetivo deve ser empoderado no bojo do ser humano, e não segregador e desumano. Isto é, deve-se ter como foco não a tecnologia em si, mas o homem.²³⁸

²³³ BES, Pablo Rodrigo *et al.* **Soft Skills**. p. 11.

²³⁴ SCHWAB, Klaus Martin. **A quarta revolução industrial**. São Paulo: Edipro, 2016. p. 19.

²³⁵ SCHWAB, Klaus Martin. **A quarta revolução industrial**. p. 20.

²³⁶ SCHWAB, Klaus Martin. **A quarta revolução industrial**. p. 21.

²³⁷ SCHWAB, Klaus Martin. **A quarta revolução industrial**. p. 23.

²³⁸ SCHWAB, Klaus Martin. **A quarta revolução industrial**. p. 24.

Em um tempo muito curto a robótica avançada permitirá a cooperação entre humanos e máquinas como algo rotineiro. [...] “os robôs estão se tornando mais adaptáveis e flexíveis” [...], já que possuem estruturas biológicas complexas, capacidades de compreensão e interação com o ambiente, diferentemente do passado quando eram apenas programados. “Quando a próxima geração de robôs surgir, eles provavelmente irão ser o reflexo de uma crescente ênfase na colaboração entre humanos e máquinas.”²³⁹

O projeto genoma demorou mais de 10 anos para ser finalizado, a um custo de US\$ 2,7 bilhões. Com os progressos feitos por meio da tecnologia “na redução dos custos e aumento da facilidade do sequenciamento genético e, ultimamente, na ativação ou edição de genes, hoje é possível ter acesso ao DNA em poucas horas, custando cerca de mil dólares.”²⁴⁰

O sistema Watson da IBM já possui a capacidade de auxiliar na recomendação, em pouquíssimo tempo, de “tratamentos personalizados para pacientes com câncer, comparando os históricos da doença e dos tratamentos, exames e dados genéticos com um universo (quase) completo de conhecimentos médicos atualizados”.²⁴¹

Por meio da bioimpressão tridimensional, um processo que engloba a fabricação em 3D e a edição de genes, já é possível criar pele, osso, coração e tecido vascular, em breve, será concebível produzir células para criar órgãos transplantáveis.²⁴²

Schwab fala que o ponto é que as mudanças estão acontecendo num nível intangível. Não se trata mais de questionar se “haverá ruptura”, mas sim, “quando ocorrerá a ruptura, quanto irá demorar e como ela afetará” os negócios e relações.²⁴³

²³⁹ SCHWAB, Klaus Martin. **A quarta revolução industrial**. p. 42.

²⁴⁰ SCHWAB, Klaus Martin. **A quarta revolução industrial**. p. 42.

²⁴¹ SCHWAB, Klaus Martin. **A quarta revolução industrial**. pp. 50-51.

²⁴² SCHWAB, Klaus Martin. **A quarta revolução industrial**. p. 251.

²⁴³ SCHWAB, Klaus Martin. **A quarta revolução industrial**. p. 37.

As discussões sobre o impacto da tecnologia não são de hoje, o economista John Maynard Keynes, em 1931 falou sobre a propagação do desemprego aduzindo que a velocidade com que se descobriam formas de como otimizar o trabalho não era proporcional à forma de como encontrar novas utilidades para o trabalho.²⁴⁴

De acordo com o relatório *Future of Jobs* de 2018, 75 milhões de trabalhos atuais serão substituídos na divisão de trabalho entre humanos, máquinas e algoritmos, porém, 133 milhões de empregos também serão criados.²⁴⁵

Independente do aspecto pessoal ou profissional, viver em sociedade, nos obriga a ter grandes conhecimentos específicos e habilidades para “enfrentar os desafios cotidianos”.²⁴⁶ Baumann, nos apresenta seu conceito de modernidade líquida para caracterizar a sociedade atual. Na modernidade líquida, tudo flui incessantemente, trazendo a exigência constante de flexibilidade, adaptabilidade e dinamismo, o que por vezes acarreta num mundo inseguro e instável.²⁴⁷

Embora os seres humanos sejam incríveis em suas habilidades de adaptação e criatividade, a revolução tecnológica está acontecendo com enorme velocidade em um pequeno espaço de tempo, isto é, o alcance do “efeito capitalizador consegue suplantar o efeito destruidor” da substituição.²⁴⁸

Tem sido um momento de muitos desafios para as empresas, segundo a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico – OCDE, estima-se que cerca de 1,1 bilhão de empregos poderão sofrer transformações exponenciais por conta da tecnologia na próxima década.²⁴⁹

²⁴⁴ SCHWAB, Klaus Martin. **A quarta revolução industrial**. p. 67.

²⁴⁵ World Economic Forum. **The Future of Jobs Report 2018**. p. VIII.

²⁴⁶ BES, Pablo Rodrigo *et al.* **Soft Skills**. p. 12.

²⁴⁷ BES, Pablo Rodrigo *et al.* **Soft Skills**. p. 12.

²⁴⁸ SCHWAB, Klaus Martin. **A quarta revolução industrial**. pp. 68-69.

²⁴⁹ TUPPER, Helen; ELLIS, Sarah. It's Time to Reimagine Employee Retention. Harvard Business Review. July 04, 2022. Disponível em: <https://hbr.org/2022/07/its-time-to-reimagine-employee-retention>. Acesso em: 28 set. 2022.

As capacidades meramente técnicas, conhecidas como *Hard Skills* não se demonstram mais suficientes para que atinjam os resultados desejados pelas empresas as quais fazem parte. É necessário o desenvolvimento de novas habilidades sociais e comportamentais consideradas universais.²⁵⁰

Nota-se que na contemporaneidade, tanto as questões racionais, ditas como o conhecimento técnico, quanto os aspectos subjetivos – internos, psicológicos e relacionais – são indispensáveis para o novo profissional.²⁵¹

Pablo Rodrigo Bes conceitua: “as *soft skills* são normalmente identificadas como capacidades pessoais e subjetivas que facilitam as relações intrapessoais e interpessoais, agindo como complemento às habilidades técnicas”.²⁵²

De acordo com Ravindranath²⁵³ as *soft skills* são “competências não técnicas [...] sempre associadas com a capacidade de uma pessoa se relacionar com os outros”. Este autor lista como exemplos a intuição, aprendizagem e a flexibilidade.

Para Hurrell²⁵⁴, estudos recentes demonstram que a noção de habilidades está se expandindo para além de habilidades técnicas e cognitivas, elas estão envolvendo também aspectos “*soft*”, que abordam questões sociais e interpessoais. Ainda que a comunidade acadêmica esteja discutindo se *Soft Skills* são habilidades ou não, organizações estão exigindo profissionais com esse tipo de características.

²⁵⁰ BES, Pablo Rodrigo *et al.* **Soft Skills**. p. 11.

²⁵¹ BES, Pablo Rodrigo *et al.* **Soft Skills**. p. 11.

²⁵² BES, Pablo Rodrigo *et al.* **Soft Skills**. p. 17.

²⁵³ RAVINDRANATH, Sindhu. Soft Skills in Project Management: A Review. **IUP Journal of Soft Skills**, vol. 10, issue. 4, 2016, pp. 16-25. p. 21. Disponível em: <https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=10d46c3c-244a-4711-8814-7d23107cb7f0%40redis>. Acesso em: 28 set. 2022.

²⁵⁴ HURRELL, Scott A. Rethinking the Soft Skills deficit blame game: employers, skills withdrawal and the reporting of Soft Skills gaps. **Human Relations**, vol. 69, issue. 3, 2016. pp. 605- 628. p. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0018726715591636>. Acesso em: 28 set. 2022.

O relatório *Future of Jobs* de 2020, ao elencar as capacidades vinculadas ao mercado de trabalho atual e futuro (2025), trouxe 15 principais habilidades²⁵⁵:

1. pensamento analítico e inovação;
2. aprendizagem ativa e estratégias de aprendizagem;
3. resolução de problemas complexos;
4. pensamento crítico e análise;
5. criatividade, originalidade e iniciativa;
6. liderança e influência social;
7. uso, monitoramento e controle de tecnologia;
8. projeto e programação de tecnologia;
9. resiliência, tolerância ao estresse e flexibilidade;
10. raciocínio, resolução de problemas e ideação;
11. inteligência emocional;
12. solução de problemas e experiência do usuário;
13. orientação de serviço;
14. análise e avaliação de sistemas;
15. persuasão e negociação.

Nota-se que tais aptidões estão relacionadas tanto às questões técnicas adquiridas com formações, certificações e experiências, como também a capacidades sociais e subjetivas.

Shakir assevera que “os indivíduos com melhor desempenho possuem simultaneamente competências técnicas adequadas, assim como comportamentais”.

As habilidades cognitivas gerais, aquelas tidas como capacidades interpessoais, são as que “não podem ser substituídas por robôs”. Pessoas com esse tipo de atributo provavelmente estarão mais bem colocadas ao mercado de trabalho.²⁵⁶

3.1.1 Soft Skill da comunicação

É importante que o mundo acadêmico, escolas e universidades, também assegurem que as habilidades sociais sejam desenvolvidas, incorporando aos seus currículos. Convém inclusive às organizações num todo a formação reiterada quanto às capacidades comportamentais, haja vista que um “profissional

²⁵⁵ BES, Pablo Rodrigo *et al.* **Soft Skills**. p. 20.

²⁵⁶ PENHAKI, Juliana de Rezende. *Soft Skills da Indústria 4.0*. p. 54

com altas habilidades técnicas que não sabe se comunicar ou trabalhar em equipe torna-se improdutivo no cenário econômico atual”.²⁵⁷

O *World Economic Forum* elaborou um levantamento denominando *Forum's Education 4.0*, que tem o objetivo de catalisar mudanças nos sistemas de educação, trazendo novos padrões e modelos para transformar o futuro da educação, evidenciando a preocupação de inserção do desenvolvimento de novas habilidades para as crianças se prepararem para um mundo mais “inclusivo, coeso e produtivo”.²⁵⁸

Muitas das crianças que atualmente estão em idade escolar terão trabalhos que ainda não existem. Eles serão apresentados à modelos de negócios totalmente novos e interconectados com colegas do mundo todo, sendo que tais trabalhos envolverão a necessidade do desenvolvimento de habilidades digitais e socioemocionais.²⁵⁹

A comunicação tem sido apontada como uma das *soft skills* mais relevantes para a eficácia das relações de trabalho, isto porque abrange tanto a capacidade de obter êxito na tarefa de comunicar o que se pretende, como também, os atributos de compreensão e interpretação, independente da linguagem ser verbal ou não verbal.²⁶⁰

Rego²⁶¹ define comunicação como a capacidade de expressar opiniões, sentimentos, necessidades e direitos de forma honesta, respeitando os

²⁵⁷ LOPES JUNIOR, Derson da Silva; *et al.* Liderança autêntica e desenvolvimento de soft skills. **Revista Eletrônica Científica do CRA - PR**, v. 7, n. 2, pp. 120-135, set. 2020. p. 122. Disponível em: <https://recc.cra-pr.org.br/index.php/recc/article/view/237>. Acesso em: 29 set. 2022.

²⁵⁸ World Economic Forum. **Schools of the Future: defining new models of education for the fourth industrial revolution**. Cologny/Geneva: WEF, 2022. p. 4. Disponível em: <https://www.weforum.org/reports/schools-of-the-future-defining-new-models-of-education-for-the-fourth-industrial-revolution>. Acesso em: 05 out. 2022.

²⁵⁹ World Economic Forum. **Schools of the Future: defining new models of education for the fourth industrial revolution**. p. 5.

²⁶⁰ BES, Pablo Rodrigo *et al.* **Soft Skills**. p. 18.

²⁶¹ REGO, Arménio. **Comunicação Pessoal e Organizacional – Teoria e Prática**. 3.^a ed. Lisboa: Edições Sílabo. 2013. p.

direitos dos outros. Para que ela seja assertiva importa a comunicação não verbal – ou seja, não importa somente o que é dito, mas também de que forma.

Uma pesquisa realizada com 90 executivos objetivando saber quais eram as principais *soft skills* consideradas por eles como mais importantes, elencou 517 habilidades sociais sinônimas e recorrentes, extraíndo-se uma lista que expõe dez características (cortesia, flexibilidade, integridade, habilidades interpessoais, atitude positiva, profissionalismo, responsabilidade, trabalho em equipe, ética no trabalho), dentre elas a comunicação, “capacidade oral, de fala, escrita, apresentação audição”.²⁶²

Essa habilidade é tida como tão importante que Beute e Pacinelli em seu livro *Rehumanize Your Business*, trazem possíveis soluções para criar uma melhor experiência do cliente, em tempos digitais, por meio de vídeos pessoais. A construção de um relacionamento é melhor feita pessoalmente, mas o tempo e a distância, assim como a modernidade em si, têm-se encaminhado para uma conversa por meio do digital e para agravar, as pessoas não são tão boas escritoras,²⁶³ mas será que são tão boas comunicadoras, pessoalmente, também?

Aprender a como se comunicar melhor certamente deve ser algo a ser tratado como prioritário, para qualquer área de atuação.²⁶⁴

Fred Lee elaborou um estudo denominado “Entendendo a Fidelidade dos Pacientes e a Predisposição para Ações Judiciais”, e em suas pesquisas evidenciou grande conexão entre a comunicação com o médico e os processos por imperícias. Cerca de três quartos das ações poderiam ser tratadas como “ocorrências pequenas, temporárias ou emocionais. Em outras palavras, alguém

²⁶² LOPES JUNIOR, Derson da Silva. *et al.* Liderança autêntica e desenvolvimento de soft skills. p. 124.

²⁶³ BEUTE, Ethan; PACINELLI, Stephen. **Rehumanize your business**: how personal videos accelerate sales and improve customer experience. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc., 2019. p. VIII.

²⁶⁴ CHRISTENSEN, Mary. **Be a network marketing leader**: build a community to build your empire. Broadway, New York: AMACOM, 2016. p. 103.

que ficou com raiva porque aconteceu algo diferente do esperado nos resultados clínicos”.²⁶⁵

O autor traz um exemplo no âmbito hospitalar, suponha-se que o ambiente na enfermagem fique confuso, barulhento, e uma enfermeira rapidamente feche a porta do quarto do paciente. De uma certa forma, a conduta foi pensada em não atrapalhar o paciente, mas considerando o estado de fragilidade do paciente (já que está num hospital, presume-se que está frágil), poderá pensar “por que fecharam a minha porta?”. Ao invés da ação ser interpretada apenas como a porta foi fechada, a insegurança gerada no paciente pode fazê-lo pensar que algo está errado com ele. Por outro lado, se a enfermeira tivesse se comunicado e dito: “Sr. Bastos, posso fechar sua porta? Há muito barulho aqui fora enquanto passamos os relatórios. É por pouco tempo”. É muito evidente a diferença entre uma e outra ação.²⁶⁶

Observa-se que a Comunicação Não Violenta - CNV, é baseada na “habilidade de linguagem e comunicação que fortalecem a capacidade de continuarmos humanos, mesmo em condições adversas.” O foco está na forma de lembrar como nós humanos, precisaríamos nos relacionar em comunidade, e isso envolve basicamente a comunicação nos moldes explicados.²⁶⁷

Quando alguém se comunica, deve buscar não somente disseminar informações, mas sim inspirar, excitar e energizar as pessoas ao redor. Trazer consigo a paixão do que acreditam, a confiança, crença e o otimismo em tudo o que se dispuser a falar.²⁶⁸

Especialmente na área da saúde, em que as pessoas se encontram fragilizadas, uma comunicação em que preza por estes pilares se mostra além de assertiva, é crucial. Não é necessário que o receptor tenha conhecimento do que é

²⁶⁵ LEE, Fred. **Se Disney administrasse seu hospital**: 9 1/2 coisas que você mudaria. Porto Alegre: Grupo A/Bookman, 2018. Edição do Kindle. p. 67.

²⁶⁶ LEE, Fred. **Se Disney administrasse seu hospital**: 9 1/2 coisas que você mudaria. p. 27.

²⁶⁷ ROSENBERG, Marshall B. **Comunicação Não-Violenta**: técnicas para aprimorar relacionamentos pessoais e profissionais. São Paulo: Editora Ágora, 2021. p. 24.

²⁶⁸ CHRISTENSEN, Mary. **Be a network marketing leader**: build a community to build your empire. p. 103.

a Comunicação Não Violenta, basta que o emissor saiba e a use do seu mais puro coração.²⁶⁹ Rosenberg assevera que desenvolveu “a CNV como uma maneira de fazer brilhar a luz da consciência”, estabelecendo uma conexão no que pode lhe dar o que busca. Ele continua: “o que almejo na minha vida é compaixão, um fluxo entre mim e os outros com base numa entrega mútua, do fundo do coração”.²⁷⁰

É necessário mais do que falar, e sim se expressar. Mais do que escrever, e sim desenhar. Mais do que ligar e falar ao telefone, mas sim conectar. Mais do que ouvir, e sim escutar. Habilidades que são intrínsecas a cada um, porém, que necessitam de grande polimento para o sucesso das relações futuras.

3.1.2 Soft Skill da empatia

As pessoas são o coração de todas as organizações, investidores, funcionários, clientes, fornecedores, distribuidores e empreiteiros. O bem-estar, produtividade e prosperidade dos indivíduos é o centro do sucesso da economia e das empresas de sucesso.²⁷¹

Em 1995, o psicólogo Daniel Goleman difundiu o conceito de inteligência emocional. Ele afirma que a inteligência emocional “envolve, entre as suas dimensões, duas que se voltam à autopercepção das emoções e à sua autorregulação pelos sujeitos.”²⁷² Desta forma, é possível considerá-la como uma relevante competência social, já que por meio do “autoconhecimento das próprias emoções e alheias” o indivíduo avaliará o que sente e gerenciará suas reações, baseado no ambiente e contexto que está.²⁷³

É possível dizer que a empatia pode ser tida como uma dimensão da inteligência emocional, que desponta como uma capacidade social e

²⁶⁹ ROSENBERG, Marshall B. **Comunicação Não-Violenta**: técnicas para aprimorar relacionamentos pessoais e profissionais. p. 25.

²⁷⁰ ROSENBERG, Marshall B. **Comunicação Não-Violenta**: técnicas para aprimorar relacionamentos pessoais e profissionais. p. 25.

²⁷¹ World Economic Forum. **The Future of Jobs Report 2020**. Cologny/Geneva: World Economic Forum, 2020. p. 46. Disponível em: <https://www.weforum.org/reports/the-future-of-jobs-report-2020/digest/>. Acesso em: 05 out. 2022.

²⁷² BES, Pablo Rodrigo *et al.* **Soft Skills**. p. 19.

²⁷³ BES, Pablo Rodrigo *et al.* **Soft Skills**. p. 19.

comportamental.²⁷⁴ [...] “por meio do exercício da empatia, a inteligência emocional se associa diretamente com os relacionamentos intrapessoal e interpessoal”, característica que diferenciará o ser humano num mercado extremamente competitivo.²⁷⁵

A capacidade de dar efetiva atenção é algo muito difícil, embora muitos pensem que possuam essa habilidade. Empatia é presença. “Quando estamos pensando a respeito das palavras de alguém, escutando como elas se relacionam com nossas teorias, estamos olhando para as pessoas, mas não estamos com elas.”²⁷⁶

A Comunicação Não Violenta tem como pilar a empatia. É indiferente o que outro fala, compete ao receptor entender o que o emissor está observando, sentindo, necessitando e pedindo sem julgamentos próprios.²⁷⁷

Segundo Krznaric²⁷⁸, empatia é a arte de se colocar no lugar do outro por meio da imaginação, compreendendo seus sentimentos e perspectivas e usando essa compreensão para guiar as próprias ações”.

Por ser algo subjetivo a empatia “tem a reputação de ser uma emoção vaga, agradável. Muitos a equiparam à bondade e sensibilidade emocional e à atitude afetuosa” com os demais. Porém é muito mais do que isso, a empatia é capaz de causar uma revolução ainda mais radical do que se vê: “uma revolução das relações humanas”.²⁷⁹

Nos últimos anos, inúmeras ações e pensamento empáticos ocorreram mundialmente feita por “ativistas políticos e autores de colunas de

²⁷⁴ BES, Pablo Rodrigo *et al.* **Soft Skills**. p. 23.

²⁷⁵ BES, Pablo Rodrigo *et al.* **Soft Skills**. p. 28.

²⁷⁶ ROSENBERG, Marshall B. **Comunicação Não-Violenta: técnicas para aprimorar relacionamentos pessoais e profissionais**. p. 158.

²⁷⁷ ROSENBERG, Marshall B. **Comunicação Não-Violenta: técnicas para aprimorar relacionamentos pessoais e profissionais**. p. 158.

²⁷⁸ KRZNARIC, Roman. **O poder da empatia: a arte de se colocar no lugar do outro para transformar o mundo**. Rio de Janeiro: Zahar, 2015. p. 7.

²⁷⁹ KRZNARIC, Roman. **O poder da empatia: a arte de se colocar no lugar do outro para transformar o mundo**. p. 5.

conselhos pessoais, gurus dos negócios e líderes religiosos”. Manifestantes da Grã Betanha e dos Estados Unidos fizeram “tendas da empatia” e realizaram oficinas sobre “ativismo empático.”²⁸⁰

A sociedade nos últimos 300 anos se desenvolveu com raciocínios de Thomas Hobbes à Sigmund Freud, travando uma cultura de que “somos criaturas egoístas por definição, preocupadas em se autoproteger, voltadas para seus próprios fins individualistas.” Porém, na última década, tem-se que essa ideia fora deixada de lado na cultura ocidental, havendo evidências de que “somos também *Homo empathicus* – fisicamente equipados para sentir empatia”.²⁸¹

Neurocientistas descobriram no cérebro humano um “conjunto de circuitos da empatia”, que caso haja algum tipo de danificação poderá acarretar na diminuição da capacidade do homem compreender o que o outro está sentindo. Biólogos evolucionistas constataram que “somos animais sociais que evoluímos naturalmente para ser empáticos e cooperativos”. E conforme pesquisas de psicólogos sabe-se que até crianças de 3 anos são capazes de se colocarem no lugar da outra pessoa.²⁸²

Essa visão sobre quem somos se alastrou na vida pública, trazendo novos pensamentos sobre a educação das crianças, a organização das instituições e o que precisam realmente para seu bem-estar pessoal. “‘Cuidar de si mesmo’ está se tornando uma aspiração ultrapassada à medida que começamos a perceber que a empatia está no ser humano.” Constata-se que “estamos no meio de uma transição da era cartesiana de ‘Penso, logo sou’ para uma era empática de ‘Você é, logo eu sou’”.²⁸³

²⁸⁰ KRZNARIC, Roman. **O poder da empatia**: a arte de se colocar no lugar do outro para transformar o mundo. p. 5.

²⁸¹ KRZNARIC, Roman. **O poder da empatia**: a arte de se colocar no lugar do outro para transformar o mundo. p. 5.

²⁸² KRZNARIC, Roman. **O poder da empatia**: a arte de se colocar no lugar do outro para transformar o mundo. p. 5.

²⁸³ KRZNARIC, Roman. **O poder da empatia**: a arte de se colocar no lugar do outro para transformar o mundo. p. 5.

Portanto, tem-se que o desenvolvimento dessas habilidades em conjunto se mostram determinantes para o futuro das relações, soluções de conflitos e reumanização da convivência, impactando diretamente os negócios.

3.2 SOFT SKILLS COMO INSTRUMENTO DE HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE

As relações pessoais se tornaram voláteis e líquidas. Os mecânicos de automóveis são treinados para retirar e jogar peças fora tratando-as como defeituosas, e não com a possibilidade de consertar os motores quebrados.²⁸⁴ Assim é como tem se tratado as relações, descartáveis, substituíveis.

Bauman fala do laço humano, assim como os demais objetos de consumo, algo a ser trabalhado com esforço e sacrifício, e não apenas algo imediato ou instantâneo, “no momento da compra – e algo que se rejeita se não satisfizer, a ser usada apenas enquanto continuar a satisfazer (e nem um minuto além disso)”, qual seria a lógica de investir “dinheiro bom em cima de dinheiro ruim”?²⁸⁵ As relações podem ser transitórias, mas o motivo delas não.

É chegada a hora de reumanizar todo e qualquer negócio. Beute e Pacinelli argumentam em seu livro que fala sobre a reconexão com os clientes por meio do envio de vídeos, que reumanizar significa tornar mais humano o negócio, reestabelecendo o elemento cara a cara que se esvaiu, construindo algo mais sólido, tratando as pessoas da maneira que gostaria de ser tratado.²⁸⁶

Um estudo feito em fevereiro de 1997 e divulgado no *The Journal of The American Medical Association*, analisou dois aspectos: os médicos frequentemente processados e os médicos nunca processados. Após ouvirem 1.250 fitas de áudios entre médicos e pacientes, classificaram em 38 categorias as declarações, sendo elas: 1) conteúdo – coleta de informações, avaliação, diagnóstico; 2) processo – orientação, explicação, preparação do que esperar, fluxo

²⁸⁴ BAUMAN, Zygmunt. **Modernidade líquida**. Rio de Janeiro: Zahar, 2001. p. 186.

²⁸⁵ BAUMAN, Zygmunt. **Modernidade líquida**. p. 188.

²⁸⁶ BEUTE, Ethan; PACINELLI, Stephen. **Rehumanize your business: how personal videos accelerate sales and improve customer experience**. p. VIII.

de pacientes; 3) emocional – validação, empatia, calor humano, humor, lidar com as preocupações.²⁸⁷

No primeiro nível tratado como capacidade técnica, entre aqueles frequentemente processados e os não, inexistia diferença significativa, “o procedimento clínico era idêntico em ambos”. Na segunda categoria, percebeu-se uma diferença mínima também, mas o resultado surpreendente aconteceu na última, a emocional, se encaixando perfeitamente na roupagem de empatia.

A carta ao leitor *Journal of Medical Imaging and Radiation Sciences* trouxe a seguinte frase: “A voz do paciente importa e deve ser escutada”. Os tempos incertos ocasionados pela COVID-19 demonstraram o quanto isso é importante. Em muitos casos os *insights* trazidos pelos pacientes se revelam importantíssimos para às práticas oncológicas. “Os pacientes continuam seus tratamentos com uma interação humana com médicos.” E é por isso que a distinção entre máquina e homem abarca num grande abismo já que “compaixão, empatia e boa comunicação não pode ser entregue pela AI e é a base para um bom cuidado do paciente”.²⁸⁸

A chave é: como trazer a humanização para o centro das relações? Como exigir que dentro de um ambiente caótico que é a saúde, a equipe consiga exercer seu trabalho que não de forma mecânica? Aliás, é possível exigir, deveria ser um processo natural, certo? Como instigar individualmente o desenvolvimento de habilidades comportamentais?

Criando uma comunidade focada nas pessoas. Quando o centro das relações são as pessoas, elas se sentem mais fortes, permanecem por mais tempo e tem um desempenho muito maior.²⁸⁹ É possível construir uma comunidade local ou em qualquer espaço geográfico, mas o que fará com que o sentimento de

²⁸⁷ LEE, Fred. **Se Disney administrasse seu hospital**: 9 1/2 coisas que você mudaria. p. 68.

²⁸⁸ BOON, Ian S.; LIM, Jean S.; YAP, Moi H.; AU YOUNG, Tracy P.T.; BOON, Cheng S. Artificial intelligence and soft skills in radiation oncology: Data versus wisdom. **Journal of Medical Imaging and Radiation Sciences**. Volume 51, Issue 4, S114-S115. p. 114. Disponível em: [https://www.jmirs.org/article/S1939-8654\(20\)30223-X/fulltext](https://www.jmirs.org/article/S1939-8654(20)30223-X/fulltext) . Acesso em: 14 out. 2022.

²⁸⁹ CHRISTENSEN, Mary. **Be a network marketing leader**: build a community to build your empire. p. 34.

comunidade seja real é a conexão emocional entre todos aqueles que compartilham dos mesmos valores.²⁹⁰ É o pertencimento. Schwab²⁹¹ assevera que:

Do ponto de vista mais amplo da sociedade, um dos maiores (e mais notáveis) efeitos da digitalização é o surgimento da sociedade centrada no indivíduo — um processo de individualização e o surgimento de novas formas de sentimento de pertencimento e de comunidade.

A construção é de dentro para fora. Do ambiente interno para o externo. Todos se saem melhor em um ambiente rodeado por pessoas positivas e com mentalidades semelhantes. A palavra mais importante em qualquer ambiente é o “nós”, a partir do momento em que a equipe passar a utilizá-la, significa que se entendeu o que é viver em comunidade.²⁹²

Mas como as pessoas por si só se sentirão motivadas para colaborar com o crescimento de um ambiente saudável, o que traz por consequência, uma prestação de serviço eficiente e um atendimento digno? Por meio de um local em que sintam que exerçam o seu próprio propósito. Uma cultura com significado é um local onde as pessoas se sentem ligadas a algo muito maior do que elas mesmas.²⁹³

É a capacidade de ver no todo o seu próprio propósito, construindo um negócio com a alma²⁹⁴. Em uma das bases da Força Aérea dos EUA está escrito: *“Building Leaders, Advancing Integrity, Service Before Self and Excellence in All We Do”*.²⁹⁵ É possível perceber de forma muito clara as *Soft Skills* permeando a frase.

²⁹⁰ CHRISTENSEN, Mary. **Be a network marketing leader**: build a community to build your empire. p. 34.

²⁹¹ SCHWAB, Klaus Martin. **A quarta revolução industrial**. pp. 159-160.

²⁹² CHRISTENSEN, Mary. **Be a network marketing leader**: build a community to build your empire. p. 39.

²⁹³ KESWIN, Erica. **Bring your human to work**: 10 surefire ways to design a workplace that is good for people, great for business, and just might change the world. McGraw-Hill, 2019. p. 23.

²⁹⁴ CHRISTENSEN, Mary. **Be a network marketing leader**: build a community to build your empire. p. 41.

²⁹⁵ CHRISTENSEN, Mary. **Be a network marketing leader**: build a community to build your empire. pp. 41-42.

Não há como impor às pessoas que desenvolvam suas habilidades *soft*, justamente porque são pessoais. Ninguém é contratado por tal, e tampouco demitido por não saber expressá-las.²⁹⁶ Mas a partir do momento em que enxergam no que fazem o seu propósito, percebem algo muito maior do que si. A conexão que dois seres humanos podem criar ultrapassa qualquer palavra. “Foi a ligação terna entre duas pessoas, uma com um grande sofrimento emocional, a outra desejando penetrar no mundo da paciente por alguns minutos e enfrentar aquela dor através da empatia”.²⁹⁷

Sobre a motivação interna Schwab²⁹⁸ traz um conceito de inteligência inspirada:

Ao lado das inteligências contextual e emocional, há um terceiro componente crítico para conseguirmos navegar efetivamente pela quarta revolução industrial. É o que chamo de inteligência inspirada. Inspirar, do latim *spirare*, isto é, respirar; a inteligência inspirada é a busca contínua de significado e propósito. Seu foco é fomentar o impulso criativo e elevar a humanidade a uma nova consciência coletiva e moral, com base em um sentimento compartilhado de destino.

Schwab²⁹⁹, narra que conjuntamente será necessário criar um futuro para “colocar as pessoas em primeiro lugar, capacitando-as e, constantemente, nos lembrando de que todas essas novas tecnologias são sobretudo ferramentas feitas por pessoas e para pessoas.”

Torna-se imperativo assemelhar que a tecnologia e a inovação “estão focadas na humanidade e na necessidade de servir ao interesse público, e estejamos certos de empregá-las para conduzir-nos para um desenvolvimento mais sustentável.”³⁰⁰

A carta ao leitor *Journal of Medical Imaging and Radiation Sciences*, ainda quando trata sobre as *soft skills* nos casos oncológicos, aduz que tais

²⁹⁶ LEE, Fred. **Se Disney administrasse seu hospital**: 9 1/2 coisas que você mudaria. p. 66.

²⁹⁷ LEE, Fred. **Se Disney administrasse seu hospital**: 9 1/2 coisas que você mudaria. p. 67.

²⁹⁸ SCHWAB, Klaus Martin. **A quarta revolução industrial**. pp. 181-182.

²⁹⁹ SCHWAB, Klaus Martin. **A quarta revolução industrial**. p. 182.

³⁰⁰ SCHWAB, Klaus Martin. **A quarta revolução industrial**. pp. 188-189.

habilidades não serão por inteiro substituídas pela Inteligência Artificial. Porém, a própria AI poderá ser complementar “ao treinamento e desenvolvimento de habilidades sociais, tornando o fluxo de trabalho oncológico mais eficiente, e portanto, mais tempo [...] para desenvolver [...] tais habilidades essenciais”.³⁰¹

O artigo nominado *soft skills*: o desenvolvimento das competências do enfermeiro na atualidade³⁰², trouxe exemplos de quais competências são consideradas importantes para o desenvolvimento do enfermeiro:

[...] boa comunicação, bom relacionamento interpessoal, capacidade de organização, capacidade para trabalho em equipe, compromisso, criatividade, disponibilidade para aquisição contínua de conhecimento (por exemplo, em processos de ensino-aprendizagem), empreendedorismo, flexibilidade, foco no cliente, gestão integrada de processos, gestão de recursos, liderança, negociação, planejamento, rapidez na tomada de decisão e visão sistêmica, estratégica.

Os autores argumentam que o profissional de enfermagem que não desenvolver tais aptidões “corre o risco de se tornar, com o passar do tempo, um profissional obsoleto, chegando a perder o campo de ação.” Bem como poderá ter seu lugar ocupado por alguém mais “ágil e abrangente nas competências profissionais e organizacionais.”³⁰³

Percebe-se, então, forte tendência e necessidade de readequação das relações na área da saúde, voltando-se às pessoas como o centro de todo o processo.

Em 1979, Margaret Jean Watson criou a Teoria do Cuidado Humano asseverando que o “cuidado efetivo deve acontecer por meio do relacionamento

³⁰¹ BOON, Ian S.; LIM, Jean S.; YAP, Moi H.; AU YOUNG, Tracy P.T.; BOON, Cheng S. Artificial intelligence and soft skills in radiation oncology: Data versus wisdom. p. 114.

³⁰² ROSA, Carolina da Silva Ribeiro; CARVALHO, Amanda Gleice Fernandes; BARJA, Paulo Roxo. Soft skills: desenvolvimento das competências do enfermeiro na atualidade. **Revista Univap**, v. 28, n. 57, 2022. p. 2. Disponível em: <https://revista.univap.br/index.php/revistaunivap/article/view/2592>. Acesso em: 14 out. 2022.

³⁰³ ROSA, Carolina da Silva Ribeiro; CARVALHO, Amanda Gleice Fernandes; BARJA, Paulo Roxo. Soft skills: desenvolvimento das competências do enfermeiro na atualidade. p. 5.

transpessoal, ou seja, o cuidado que transcende tempo, espaço e matéria de paciente e profissional” formando um único elemento harmônico.³⁰⁴

Por mais que o atendimento aos pacientes envolva, de uma forma física, a execução de procedimentos técnicos, ao voltar-se para um nível mais aprofundado de cuidado é possível acessar elementos emocionais e subjetivos, “de forma a objetivar a transpessoalidade, por meio da comunicação e da empatia, que podem desenvolver e manter a harmonia e a confiança necessárias para este processo”.³⁰⁵

É necessário muito mais do que se colocar no lugar da outra pessoa, para o desenvolvimento de tal conexão, se faz indispensável o nascimento de um comportamento empático com a “real vontade em se preocupar com o sofrimento alheio, representando um processo consciente” com o aprimoramento das relações por meio de um “vínculo afetivo e das habilidades comunicacionais”.³⁰⁶

Há recomendações para que este tipo de conteúdo seja ministrado na formação inicial e permanente dos profissionais da saúde, já que a “empatia proporciona tanto a satisfação dos pacientes quanto a dos trabalhadores”, entretanto tais pronúncias ainda são raras no meio da saúde.³⁰⁷

Segundo Ferreira³⁰⁸, humanização significa “tornar humano, dar condição humana a alguma ação ou atitude, humanar. Ele continua afirmando que “também quer dizer ser benévolo, afável, tratável. É realizar qualquer ato

³⁰⁴ SAVIETO, Roberta Maria; LEÃO, Eliseth Ribeiro. Assistência em Enfermagem e Jean Watson: uma reflexão sobre a empatia. **Escola Anna Nery** [online]. 2016, v. 20, n. 1, pp. 198-202. p. 199. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160026>. Acesso em: 11 set. 2022.

³⁰⁵ SAVIETO, Roberta Maria; LEÃO, Eliseth Ribeiro. Assistência em Enfermagem e Jean Watson: uma reflexão sobre a empatia. p. 199.

³⁰⁶ SAVIETO, Roberta Maria; LEÃO, Eliseth Ribeiro. Assistência em Enfermagem e Jean Watson: uma reflexão sobre a empatia. p. 199.

³⁰⁷ SAVIETO, Roberta Maria; LEÃO, Eliseth Ribeiro. Assistência em Enfermagem e Jean Watson: uma reflexão sobre a empatia. p. 199.

³⁰⁸ CISAMAPI. O que é humanização? Disponível em: [https://www.cisamapi.mg.gov.br/index.php/servicos/humaniza-cis/o-que-e-humanizacao#:~:text=Humaniza%C3%A7%C3%A3o%20significa%20humanizar%2C%20tornar%20humano,outro%20\(FERREIRA%2C%202009\)](https://www.cisamapi.mg.gov.br/index.php/servicos/humaniza-cis/o-que-e-humanizacao#:~:text=Humaniza%C3%A7%C3%A3o%20significa%20humanizar%2C%20tornar%20humano,outro%20(FERREIRA%2C%202009)). Acesso em: 11 set. 2022.

considerando o ser humano como um ser único e complexo, onde está inerente o respeito e a compaixão para com o outro”.

Watson afirma ainda que a partir do momento em que há a real intenção de cuidar, “é possível desenvolver uma relação empática, quando se reconhece o outro como quem vivencia sua experiência única de ser paciente e se expressa entendimento e aceitação” [...] por meio da comunicação em todas as suas formas.³⁰⁹

Em 2007, a teoria ganhou uma roupagem no processo denominado *Clinical Caritas*, que elenca 10 elementos que levam em consideração “o ser cuidado como sagrado (integrante do universo e do divino) e, por isso, merece ser reconhecido com delicadeza, sensibilidade e amor³¹⁰:

1. Praticar bondade e equanimidade, inclusive para si;
2. Estar presente e valorizar o sistema de crenças do ser cuidado;
3. Cultivar práticas espirituais próprias, aprofundando o conhecimento individual;
4. Manter o cuidar autêntico por meio de um relacionamento de ajuda-confiança;
5. Apoiar expressão de sentimentos positivos e negativos;
6. Utilizar conhecimento e intuição de forma criativa na resolução de problemas;
7. Vincular-se verdadeiramente na experiência de ensino-aprendizagem;
8. Proporcionar um ambiente de restauração física, emocional e espiritual;
9. Promover alinhamento de corpo, mente e espírito a fim de atender às necessidades do indivíduo;
10. Considerar os aspectos espirituais e de vida e morte.

É possível identificar diversos elementos conectados com a empatia, e inclusive alguns mais sutis, como autocuidado, isto é, antes de oferecer o cuidado ao outro é necessário o reconhecimento da humanidade no profissional, que

³⁰⁹ SAVIETO, Roberta Maria; LEÃO, Eliseth Ribeiro. Assistência em Enfermagem e Jean Watson: uma reflexão sobre a empatia. p. 199.

³¹⁰ SAVIETO, Roberta Maria; LEÃO, Eliseth Ribeiro. Assistência em Enfermagem e Jean Watson: uma reflexão sobre a empatia. p. 199.

também possui suas próprias emoções, e então, a partir desse reconhecimento dos próprios sentimentos criar uma relação empática mútua.³¹¹

Alguns entraves ao longo dos anos como, o próprio tempo de atendimento ao paciente, estrutura do ambiente, condições de trabalho, podem ser uma causa de impacto nas interações entre médico (profissional da saúde) – paciente, porém, assim como o desenvolvimento das habilidades *soft* são de responsabilidade própria, a escolha por um bom atendimento, isto é a condução da assistência, também é uma escolha pessoal.³¹²

É essa escolha por um atendimento humanizado que é capaz de gerar uma mudança em um ambiente desfavorável, como também, “atender às necessidades físicas, mentais e emocionais dos indivíduos.”³¹³

Um projeto nominado “Narizes de Plantão” buscou identificar nos alunos da graduação de medicina o significado da vivência sobre a arte do palhaço. “Para algumas instituições de ensino, o uso da linguagem do palhaço é uma forma de proporcionar ao estudante da área da saúde o desenvolvimento de habilidades socioemocionais, muitas vezes subestimadas na educação tradicional em saúde.”³¹⁴

A conclusão da pesquisa relacionou que essa ferramenta se mostrou transformacional “auxiliando na formação de profissionais de saúde mais empáticos e humanizados”.³¹⁵

³¹¹ SAVIETO, Roberta Maria; LEÃO, Eliseth Ribeiro. Assistência em Enfermagem e Jean Watson: uma reflexão sobre a empatia. p. 199.

³¹² SAVIETO, Roberta Maria; LEÃO, Eliseth Ribeiro. Assistência em Enfermagem e Jean Watson: uma reflexão sobre a empatia. p. 200.

³¹³ SAVIETO, Roberta Maria; LEÃO, Eliseth Ribeiro. Assistência em Enfermagem e Jean Watson: uma reflexão sobre a empatia. p. 201.

³¹⁴ ALMEIDA, Fabiane de Amorim; LOURO, Caroline Ribeiro. A influência da arte do palhaço na formação acadêmica do profissional de saúde. **New Trends in Qualitative Research**, Oliveira de Azeméis, Portugal, v. 8, pp. 469–477, 2021. p. 469. Disponível em: <https://publi.ludomedia.org/index.php/ntqr/article/view/437>. Acesso em: 11 dez. 2022.

³¹⁵ ALMEIDA, Fabiane de Amorim. LOURO, Caroline Ribeiro. A influência da arte do palhaço na formação acadêmica do profissional de saúde. p. 469.

Um outro projeto denominado “Boa noite, bom dia HUAP?”³¹⁶, objetivava contribuir para a formação humanística dos estudantes da saúde, proporcionando uma experiência de integração e “a aquisição de: competências comunicacionais, sensibilidade estética, capacidade para exercer o cuidado e para melhor lidar com a afetividade [...]”³¹⁷, além de melhorar a recuperação da saúde e na qualidade do período de hospitalização dos pacientes.³¹⁸

O Projeto de Extensão Universitária Sorriso de Plantão, objetiva a identificação de habilidades dos integrantes relacionados à empatia e sua contribuição da formação do profissional da saúde, tendo como escopo a busca no bem-estar de crianças hospitalizadas e concluiu que os participantes obtiveram a capacidade de “enxergar o mundo pelos ‘olhos’ do outro, de aceitar pontos de vistas diferentes do seu, de tal maneira que a outra pessoa sinta-se compreendida e validada”.³¹⁹

Tal projeto auxiliou o resgate ao “afeto, a sensibilidade na comunicação [...]” contribuindo para que os participantes viessem a “adquirir habilidades e competências de comunicação para uma visão integral na assistência ao usuário”.³²⁰

Desta feita, entende-se que as habilidades comportamentais, tidas como *Soft Skills*, em especial as de comunicação e empatia, são primordiais ao

³¹⁶ LANZIERI, Pedro Gemal *et al.* “Boa noite, bom dia HUAP!”, uma experiência de humanização na formação de profissionais da área de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online]. 2011, v. 15, n. 36, pp. 289-298. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832010005000031>. Acesso em: 11 set. 2022.

³¹⁷ LANZIERI, Pedro Gemal *et al.* “Boa noite, bom dia HUAP!”, uma experiência de humanização na formação de profissionais da área de saúde. p. 290.

³¹⁸ SILVA, Maria Rosa da; SAMPAIO, Josineide Francisco; SANTOS, Ewerton Amorim. O nível de empatia de participantes do projeto de extensão universitária sorriso de plantão e sua contribuição para a formação em saúde. **Revista Contexto & Saúde**, v. 19, n. 36, pp. 79–90, 2019. p. 79. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/8325>. Acesso em: 11 set. 2022.

³¹⁹ SILVA, Maria Rosa da; SAMPAIO, Josineide Francisco; SANTOS, Ewerton Amorim. O nível de empatia de participantes do projeto de extensão universitária sorriso de plantão e sua contribuição para a formação em saúde. p. 89.

³²⁰ SILVA, Maria Rosa da; SAMPAIO, Josineide Francisco; SANTOS, Ewerton Amorim. O nível de empatia de participantes do projeto de extensão universitária sorriso de plantão e sua contribuição para a formação em saúde. p. 79.

cuidado humano, à humanização, ao respeito da dignidade humana e ao enriquecimento profissional. E indo além, tais capacidades são cruciais para o estabelecimento do vínculo da relação de confiança médico (profissional da saúde) – paciente, ressaltando-se que afeta toda a cadeia de atendimento.

3.2.1 Hospital da Disney³²¹

Quem nunca ouviu falar sobre a Disney? Com quase 100 anos de mercado e 50 anos de parque, a Disney é conhecida pela magia do seu encanto, independentemente da idade do visitante. Seria então possível, trazer um encantamento para uma área hospitalar? Nos anos de 1996 e 1997, Fred Lee, autor do livro *Se Disney Administrasse seu Hospital: 9 ½ coisas que você mudaria*, integrou o programa *The Disney Approach to Quality Service for the Healthcare Industry*, sendo convidado a contribuir na reformulação do programa.³²²

Durante anos esteve no mais alto escalão hospitalar, atuou como professor, consultor e palestrante. Foi vice-presidente sênior do Florida *Hospital* (o hospital da Disney), atualmente possuindo o home de *Advent Health* e Vice-presidente do Shawnee *Mission Medical Center*. Seu objetivo era trazer para área da saúde uma reformulação no pensar quanto a experiência do paciente.³²³

Ciente dos grandes desafios hospitalares, justamente por integrar o meio, Lee entendia que a área da saúde sofria inúmeros obstáculos. Falta de pessoal qualificado, capacidade de atendimento limitada, burocracia, percalços nos reembolsos com a maioria dos pacientes já que o repasse é defasado. População vulnerável ao desastre financeiro ante os elevados custos dos planos (em especial nos EUA em que o seguro saúde é caríssimo). Entidades de saúde à beira da falência constantemente. Por outro lado, os custos de tecnologias e a indústria

³²¹ Durante o tempo de estudo e pesquisas em Delaware, foram realizadas visitas ao Hospital da Disney e dialogar brevemente com pessoal técnico sobre os programas de treinamentos realizados reiteradamente com foco na experiência do paciente. Também foram realizadas visitas aos espaços da ala infantil estruturado com os personagens da Disney.

³²² LEE, Fred. **Se Disney administrasse seu hospital: 9 1/2 coisas que você mudaria.** p. 13.

³²³ LEE, Fred. **Se Disney administrasse seu hospital: 9 1/2 coisas que você mudaria.** p. 14.

farmacêutica lucrando absurdamente. Ameaças reiteradas por processos de erro médico.³²⁴

Portanto, sabedor da realidade o que Lee buscou durante seus longos anos de dedicação à área da saúde foi encontrar a forma que melhor trouxesse uma experiência ao paciente, trabalhando com conceitos de liderança, cultura organizacional, empatia, comunicação e fidelidade.

Em suma, Lee defende que muito mais do que uma estratégia ou implementação, os reais resultados se darão por meio de uma cultura e da fidelidade do paciente. “Qualquer equipe de saúde pode descobrir seu caminho para a excelência, se tiver paixão e competência para fazê-lo”.³²⁵

Nos anos 80 elaborou-se uma pesquisa junto do Florida Hospital para mapear a experiência do paciente. Os pontos comportamentais destacados que traduziam a missão e valores do hospital, eram baseados em servir e amar, de modo que se todos os integrantes pudessem entender e repassar adiante as mensagens desenvolvidas, conseguiriam conquistar a fidelidade dos pacientes:

Detectar o que as pessoas precisam antes mesmo que elas solicitem, trabalho em equipe, empatia, respeito à dignidade e privacidade alheia e comunicação, explicando-se o que está acontecendo, representa exatamente o que cada indivíduo possui como capacidade para desenvolver servindo o outro, habilidades tidas como sociocomportamentais e que norteiam o negócio num todo.

Entretanto, não basta que uma ou duas pessoas tenham esse sentimento. É necessário que todos os envolvidos se sintam parte. E quando se fala em todos, refere-se à cadeia de atendimento desde quando o paciente chega ao hospital e é atendido na recepção ou no pronto atendimento.

³²⁴ LEE, Fred. **Se Disney administrasse seu hospital**: 9 1/2 coisas que você mudaria. p. 13.

³²⁵ LEE, Fred. **Se Disney administrasse seu hospital**: 9 1/2 coisas que você mudaria. p. 19.

Preocupado com os impactos que um atendimento pode trazer, ele cita um exemplo de um diálogo que envolve um paciente, uma funcionária da limpeza e uma enfermeira³²⁶:

Suzana: Acabei de chegar do quarto do Sr. Bastos e ele quer esvaziar o urinol.

Enfermeira: Oi, sou Janete. Acho que nunca vi você aqui.

Suzana: Oi, sou Suzana, do setor de higiene. É o meu primeiro dia aqui.

Enfermeira: (sorrindo) Então, seja bem-vinda à nossa unidade, Suzana. Esta unidade é ótima. Espero que você se sinta bem trabalhando aqui. Mas, do que o Sr. Bastos está precisando?

Suzana: Esvaziar o urinol.

Enfermeira: Obrigada por me informar. Todos nós precisamos ser os olhos e ouvidos daqui. Prazer em conhecê-la, Suzana.

Pode-se perceber que o entrosamento só foi possível porque a enfermeira que recebeu a informação técnica (paciente precisa esvaziar o urinol), da faxineira nova da limpeza (que – em tese – não teria obrigação de falar nada já que não seria da sua atribuição), foi extremamente receptiva, com sorriso, inclusive, àquela nova funcionária. Veja-se então o desenrolar do diálogo quando a enfermeira vai até o quarto do paciente³²⁷:

Enfermeira: Suzana me disse que o senhor precisava esvaziar o urinol.

Sr. Bastos: Suzana?

Enfermeira: Sim, a funcionária da limpeza que acabou de sair daqui. Ela me disse isso.

Sr. Bastos: Ahn, sim.

Enfermeira: (enquanto pega o urinol) O senhor sabia que hoje foi o primeiro dia de trabalho dela? Parece uma boa pessoa, não acha?

Quando do recebimento de um questionário com a pergunta “como a equipe se saiu, trabalhando em conjunto para cuidar de você?”, é possível imaginar o que o paciente responderia? Talvez seja possível que ele se lembrasse da funcionária da limpeza que se preocupava em falar para a enfermeira sobre suas necessidades. E que, muito provavelmente, a enfermeira gostava da nova funcionária, já que sabia até o seu nome. ³²⁸

³²⁶ LEE, Fred. **Se Disney administrasse seu hospital**: 9 1/2 coisas que você mudaria. p. 30.

³²⁷ LEE, Fred. **Se Disney administrasse seu hospital**: 9 1/2 coisas que você mudaria. p. 31.

³²⁸ LEE, Fred. **Se Disney administrasse seu hospital**: 9 1/2 coisas que você mudaria. p. 31.

A enfermeira, por sua vez, não agiu forçadamente ao falar “o senhor sabia que hoje foi o primeiro dia de trabalho dela? Parece uma boa pessoa, não acha”? Ela realmente se preocupou em citar que era uma nova funcionária e que parecia ser uma pessoa boa. Foi uma atitude dela, agindo com empatia à uma pessoa que estava recém iniciando no trabalho. Que também pode servir, até para futuramente um recebimento de um possível feedback pelo paciente em caso de alguma falha da equipe, já que a enfermeira demonstrou ser acessível.

Por outro lado, se o cenário fosse outro? Se a enfermeira tivesse respondido de forma ríspida à funcionária da limpeza: “Estou muito ocupada agora, você sabe que o Sr. Bastos possui um botão para chamadas em seu quarto”.³²⁹

Muito provavelmente a funcionária da limpeza não voltaria a ser prestativa em outra situação, o paciente não seria atendido ou quando fosse não seria da melhor forma, ele sequer notaria que havia uma relação de cordialidade, respeito e trabalho em equipe entre a enfermagem e a limpeza, e talvez, não tivesse nenhuma experiência que fosse capaz de se lembrar, sairia do hospital apenas com a ideia de que “ok, resolveram meu problema”, e num outro momento, talvez não escolhesse voltar ao mesmo estabelecimento.

Portanto, a experiência do cliente que culminará na sua fidelização, inicia nos primeiros momentos da jornada, podendo fazer que até mesmo um ato um pouco constrangedor, como esvaziar o urinol, seja considerado um fator importante e de destaque positivo quando da necessidade de avaliação do atendimento.

Entretanto, tal aspecto ao final da cadeia de atendimento, só terá um resultado decisivo se desde o primeiro diálogo, entre a funcionária da limpeza e a enfermeira, ocorra abertamente, entendendo aquela que é o seu novo local de trabalho é um ambiente seguro e saudável para expor suas ideias, o que é conquistado por meio de uma cultura organizacional.

³²⁹ LEE, Fred. **Se Disney administrasse seu hospital**: 9 1/2 coisas que você mudaria. p. 30.

Nota-se, consideravelmente, que está se falando de habilidades comportamentais que ultrapassam qualquer hierarquia, eis que a decisão por se relacionar com as pessoas é única e subjetiva, e para que isso ocorra de forma natural, é necessário que o profissional se desenvolva nesse ínterim.

Com uma cultura sólida a equipe se orgulhava por crerem que trabalhavam no “melhor” hospital da Florida Central. Anos depois quando a Disney escolheu o Florida Hospital para ser seu prestador de serviços de saúde, pôde-se constatar que de fato, havia algo que distinguisse aquele hospital dos demais, “[...] estávamos ganhando da concorrência.”³³⁰

Pode-se perceber que a cultura organizacional é primordial para o engajamento da equipe, mas sobretudo, a crença pessoal de cada um envolvido é indispensável para o resultado almejado. Entretanto, além de uma cultura sólida o que permeava o entendimento de Lee e fazia com que os pacientes realmente escolhessem por aquele hospital, era a diferença entre a satisfação e fidelidade.

Lee, argumenta que a fidelidade dos pacientes nasce da compaixão, após uma análise referente à feedbacks recebidos de atendimentos realizados em um hospital, ele constatou que as palavras sinônimas à empatia causavam maior impacto do que aquelas relacionadas à conduta, e não porque esta não fosse importante, mas sim, já esperada³³¹.

Quando se está em busca de um atendimento médico, imagina-se que o profissional que prestará o serviço possua competência para tal, a chamada *hard skill*, mas a partir do momento em que ele proporciona uma experiência em seu atendimento, utilizando de habilidades *soft*, conquista sua fidelidade

Portanto, não basta apenas que o paciente saia satisfeito do seu atendimento, mas sim, saia fiel àquela instituição, àquele profissional, àquela marca.

³³⁰ LEE, Fred. **Se Disney administrasse seu hospital**: 9 1/2 coisas que você mudaria. p. 30.

³³¹ LEE, Fred. **Se Disney administrasse seu hospital**: 9 1/2 coisas que você mudaria. p. 64.

O que, então, o “Método Disney de Atendimento” tem a ver com a humanização da saúde? Está se falando de tratar o paciente como se estivesse em um parque de diversões? Não. O que se objetiva é o foco na excelência de atendimento, em busca da melhor experiência que o paciente possa ter, para torná-lo fiel àquela instituição, o que traz consigo a necessidade de os profissionais desenvolverem suas habilidades *soft*, especialmente as de empatia e de comunicação.

A partir do momento em que houver maior número de pacientes fidelizados, a dignidade humana poderá ser atingida da forma como deve ser, os profissionais apesar das diversas dificuldades, se sentirão dispostos à enfrentar os desafios da sua profissão porque possuem um propósito maior interno e pessoal, poderá haver uma diminuição de processos por “erros médicos”, já que existirá uma relação mais íntima, de modo que o que antes era tratado como despercebido não será meramente um detalhe mas fará parte de todo o processo de atendimento.

3.2.2 Hospital de Amor

“Ah, mas essa ideia de Método Disney só funciona em hospital privado”. O Hospital de Amor é uma instituição filantrópica situado na cidade de Barretos, em São Paulo, sendo referência no tratamento e prevenção de câncer.

Antigamente chamando de Hospital de Câncer de Barretos, no ano de 2017, assumiu o nome que já era apelido. Qualquer hospital que se autodenomine como “Hospital de Amor”, de longe já tem a excelência em sua essência.³³²

A entidade possui mais de 60 anos de história, é referência no atendimento gratuito a pacientes com câncer e é reconhecida internacionalmente pela sua excelência tecnológica e cuidado humanizado, tendo como visão, missão e valores³³³:

Visão: Ser reconhecido em nível nacional e internacional pela excelência na prestação de serviços, com ênfase na humanização

³³² Hospital do Amor. **Uma História de Amor.** Disponível em: <https://hospitaldeamor.com.br/site/institucional/>. Acesso em: 20 set. 2022.

³³³ Hospital do Amor. **Uma História de Amor.** Disponível em: <https://hospitaldeamor.com.br/site/institucional/>. Acesso em: 20 set. 2022.

ao paciente do Sistema Único de Saúde em prevenção, diagnóstico, tratamento, ensino e pesquisa em oncologia. O hospital está comprometido com a expansão e ações padronizadas apoiadas em gestão de qualidade no atendimento em território nacional, gerando novas políticas e diretrizes em oncologia.

Missão: Promover saúde por meio de atendimento médico hospitalar qualificado em oncologia, de forma humanizada, em âmbito nacional para pacientes do Sistema Único de Saúde, apoiado em programas de Prevenção, Ensino e Pesquisa.

Valores: Amor Humanização Honestidade Humildade Ética Respeito Comprometimento Trabalho em Equipe Gratidão aos Doadores Responsabilidade Social.³³⁴

Considerando o sucesso que é a capacidade de gestão transparente e qualidade do Hospital, a instituição assumiu o gerenciamento de diversos outros centros não oncológicos, objetivando a perpetuação da disseminação da excelência em outros serviços: “Santa Casa de Misericórdia do município, 2 ambulatorios médicos de especialidade (um clínico e um cirúrgico), além de 5 unidades básicas de saúde (UBSs) e a Unidade de Pronto Atendimento (UPA).”

Tendo como filosofia o atendimento apenas de pacientes do Sistema Único de Saúde, hoje o Hospital de Amor já atua na jornada completa do paciente iniciada na atenção primária até os de alta complexidade, encerrando o ano de 2021 com atendimentos em 18 estados e 2.259 municípios.³³⁵

O hospital também contribui para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da ONU – ODS, sendo elas:

- 3 Saúde e bem-estar;
- 4 Educação de qualidade;
- 10 Redução das desigualdades;
- 17 Parcerias e meio de implementação;

Com diversas iniciativas, o Hospital conta com o Projeto Amparo ao Idoso, que propicia o atendimento de pacientes com mais de 60 anos, tendo atendido no ano de 2021 cerca de 79.021 pacientes, realizando 1.326.386

³³⁴ Hospital do Amor. **Uma História de Amor**. Disponível em: <https://hospitaldeamor.com.br/site/institucional/>. Acesso em: 20 set. 2022.

³³⁵ Hospital do Amor. **Release Institucional**. Disponível em: <https://hospitaldeamor.com.br/site/wp-content/uploads/2022/07/release-institucional-2022-oficial-atualizado-HA-.pdf>. Acesso em: 20 set. 2022.

procedimentos, 46.778 sessões de quimioterapia e radioterapias e 289.465 atendimentos médicos, tendo captado R\$ 64.317.312,97.³³⁶

O Projeto Cuidar é voltado para o diagnóstico e tratamento de crianças e adolescentes com câncer, sendo considerado o maior centro de transplantes pediátrico do Brasil, focado no atendimento humanizado e qualidade de vida. No ano de 2021 o Hospital atendeu 7.258 pacientes, 68.255 atendimentos médicos na unidade HA infantil em Barretos, fez 14.584 consultas ambulatoriais, 1.326.386 procedimentos, 2.735 sessões de quimioterapia e 391 pacientes receberam estas quimioterapias no ambulatório do Hospital Infantojuvenil, captando a quantia de R\$ 16.783.174,07.³³⁷

O Instituto Sociocultural do Hospital de Amor, tem como objetivo a promoção da cultura não somente para os pacientes e familiares, mas também, para a população da redondeza. Oferecendo oficinas culturais, “promovendo diversão e qualidade de vida durante o tratamento” o projeto tem como finalidade: “acolher, cuidar e envolver a população em atividades lúdicas que conscientizam e estimulam a humanização dos processos de prevenção, de tratamento e de cura do câncer”.³³⁸

O Instituto conta com uma Biblioteca Ambulante que já realizou mais de 5.000 empréstimos nos últimos 3 anos, a especial figura dos Palhaços da Alegria que ajuda na “promoção da arte, cultura e humanização”, atingindo mais de 88 mil pessoas nos últimos 2 anos. No ano de 2021 o valor captado foi de R\$ 7.328.143,00

³³⁶ Hospital do Amor. **Relatório Anual 2021**. p. 10. Disponível em: https://hospitaldeamor.com.br/site/wp-content/uploads/2022/10/relatorio_anual_2021_compressed-2-1.pdf . Acesso em: 20 set. 2022.

³³⁷Hospital do Amor. **Relatório Anual 2021**. p. 11. Disponível em: https://hospitaldeamor.com.br/site/wp-content/uploads/2022/10/relatorio_anual_2021_compressed-2-1.pdf . Acesso em: 20 set. 2022.

³³⁸ Hospital do Amor. **Relatório Anual 2021**. p. 12. Disponível em: https://hospitaldeamor.com.br/site/wp-content/uploads/2022/10/relatorio_anual_2021_compressed-2-1.pdf . Acesso em: 20 set. 2022.

e atingiu mais de 259,5 mil de beneficiários (incluindo visualização de redes sociais).³³⁹

Considerando o largo tempo de tratamento que dura em média de 18 meses, e com isso as pessoas precisam ficar afastadas de suas casas, o hospital conta também com acolhimento para moradia para pacientes (chamado de Lar de Amor e Madre Paulina), possuindo 8 alojamentos que acomoda 497 pessoas entre pacientes e acompanhantes.³⁴⁰

No ano de 2000 o Hospital de Amor foi escolhido pelo Ministério da Saúde como o melhor hospital público do país, sendo considerado desde o ano de 2011 o “irmão” do MD Anderson Cancer Center, o maior centro de tratamento e pesquisa de câncer do mundo. O reconhecimento não para por aí, em 2012, foi considerado “gêmeo” Saint Jude Children’s Research Hospital, sendo escolhido no ano de 2019 “como a instituição brasileira para expandir o programa de aliança global do hospital americano, que capacita médicos, enfermeiros e outros profissionais da equipe multidisciplinar, tanto do Brasil quanto da América Latina.”³⁴¹

O Hospital de Amor tem um programa de treinamento que conta a parceria entre a Arte Despertar e o laboratório Merck Sharp and Dohme, com a intenção de oferecimento de treinamento de humanização à equipe. O objetivo é estimular: “habilidades e competências em liderança, comunicação, trabalho em equipe e motivação, para fortalecer, ainda mais, o atendimento humanizado aos pacientes.”³⁴²

³³⁹ Hospital do Amor. **Relatório Anual 2021**. p. 11. Disponível em: https://hospitaldeamor.com.br/site/wp-content/uploads/2022/10/relatorio_anual_2021_compressed-2-1.pdf. Acesso em: 20 set. 2022.

³⁴⁰ Hospital do Amor. **Relatório Anual 2021**. p. 27. Disponível em: https://hospitaldeamor.com.br/site/wp-content/uploads/2022/10/relatorio_anual_2021_compressed-2-1.pdf. Acesso em: 20 set. 2022.

³⁴¹ Hospital do Amor. **Release Institucional**. Disponível em: <https://hospitaldeamor.com.br/site/wp-content/uploads/2022/07/release-institucional-2022-oficial-atualizado-HA-.pdf>. Acesso em: 20 set. 2022.

³⁴² Hospital do Amor. **HA oferece treinamento de humanização aos seus colaboradores**. 2019. Disponível em: <https://hospitaldeamor.com.br/site/ha-oferece-treinamento-de-humanizacao-aos-seus-colaboradores/>. Acesso em: 20 set. 2022.

Rosana Junqueira Morales, diretora executiva do programa assevera que: “quando o profissional da saúde percebe que está sendo cuidado com carinho, ele vai refletir isso em seu atendimento aos pacientes e na melhoria de todo o ambiente hospitalar.” Ela ainda continua dizendo que o Hospital é famoso por se preocupar com detalhes, afirmando [...] “é uma honra e responsabilidade muito grande receber a missão de contribuir com essa forte política de humanização”.³⁴³

Com mais de 21 anos de história, o programa a Arte Despertar integra diversos hospitais visando a humanização com metodologia própria, focada em “desenvolver e fortalecer competências relacionadas ao autoconhecimento, empatia, comunicação, relacionamento interpessoal, dentre outras.”

Dividido em módulos, o primeiro aborda o autoconhecimento, ligado a teoria sobre inteligência emocional de Daniel Goleman. Soraya Dacal, psicóloga do programa assevera a importância do resgate das emoções:³⁴⁴

Nossa ideia é que as pessoas reflitam, vivenciem e resgatem suas emoções. A partir do momento em que as pessoas reconhecem suas emoções, elas podem controlá-las e isso será muito importante no contato com o paciente, gerando empatia e refletindo na recuperação dele. O colaborador aprende a levar o coração consigo nos atendimentos.³⁴⁵

Com linguagem extremamente compassiva o Hospital do Amor tem como prioridade a humanização e se preocupa com cada detalhe, proporcionando experiências únicas, como quando levaram pacientes paliativos ao Pesqueiro, em Barretos: “O que é o amor para você? Para os pacientes paliativos do Hospital de

³⁴³ Hospital do Amor. **HA oferece treinamento de humanização aos seus colaboradores**. 2019. Disponível em: <https://hospitaldeamor.com.br/site/ha-oferece-treinamento-de-humanizacao-aos-seus-colaboradores/>. Acesso em: 20 set. 2022.

³⁴⁴ Hospital do Amor. **HA oferece treinamento de humanização aos seus colaboradores**. 2019. Disponível em: <https://hospitaldeamor.com.br/site/ha-oferece-treinamento-de-humanizacao-aos-seus-colaboradores/>. Acesso em: 20 set. 2022.

³⁴⁵ Hospital do Amor. **HA oferece treinamento de humanização aos seus colaboradores**. 2019. Disponível em: <https://hospitaldeamor.com.br/site/ha-oferece-treinamento-de-humanizacao-aos-seus-colaboradores/>. Acesso em: 20 set. 2022.

Amor é o respeito, o carinho, o cuidado, a atenção e outros afetos que, juntos, se resumem em humanização, um dos pilares mais importantes da instituição.”³⁴⁶

Sabe-se que esse tipo de paciente possui seus dias contados, portanto se torna regra as pessoas “aprenderem a ser mais humanas, amorosas, carinhosas e gratas!”³⁴⁷

3.3 SOFT SKILLS COMO GARANTIA DA DIGNIDADE HUMANA E DA SAÚDE

Os conceitos de humanização da saúde e dignidade humana se interligam perfeitamente. Por um lado, tem-se que para atingir o ser humano e tratá-lo como ser de direitos que é, conforme nossa Constituição em seu art. 1º, III, percebe-se que tal conexão somente acontecerá se as habilidades intrínsecas à humanização da saúde forem desenvolvidas, isto é, as *soft skills*.

Com o avanço da Quarta Revolução Industrial, vislumbra-se uma necessidade da conexão entre o ser humano. Schwab argumenta que “quanto mais digital e tecnológico o mundo se torna, maior é a necessidade de ainda sentir o toque humano, nutrido pelos relacionamentos íntimos e conexões sociais.”³⁴⁸

Por outro lado, para utilizar das habilidades que ultrapassam as meramente técnicas, tidas como comportamentais, e alcançar a humanização na sua totalidade, é necessário entender o ser como um sujeito de direitos.

Para Fred Lee, esse vínculo envolve toda a cadeia de atendimento ao paciente. Desde o momento em que ele se desloca de sua residência, chega ao estabelecimento de saúde, aguarda para ser atendido, passa por consulta/avaliação, tem um diagnóstico, é encaminhado para exames e/ou

³⁴⁶ Hospital do Amor. **Humanização:** hospital São Judas Tadeu leva pacientes ao pesqueiro. 2022. Disponível em: <https://hospitaldeamor.com.br/site/humanizacao-hospital-sao-judas-tadeu-leva-pacientes-ao-pesqueiro/>. Acesso em: 20 out. 2022.

³⁴⁷ Hospital do Amor. **Humanização:** hospital São Judas Tadeu leva pacientes ao pesqueiro. 2022. Disponível em: <https://hospitaldeamor.com.br/site/humanizacao-hospital-sao-judas-tadeu-leva-pacientes-ao-pesqueiro/>. Acesso em: 20 out. 2022.

³⁴⁸ SCHWAB, Klaus Martin. **A quarta revolução industrial**. p. 170.

prescrito medicamentos, inicia o tratamento, retorna a consultas/avaliações e é liberado.³⁴⁹

Os elementos de formação da relação de confiança médico (profissional da saúde) – paciente são colocados em xeque se em algum momento da cadeia de atendimento houver falha, e há, como pode-se perceber numa pesquisa realizada numa Pediatria de um instituto de referência no cuidado da Saúde da Mulher, Criança e Adolescente, e os sujeitos foram equipe de enfermagem, usuários e acompanhantes. Veja³⁵⁰:

Durante uma consulta ambulatorial, mãe e filha foram encaminhadas para a internação, dado a gravidade do caso da menina. Ao subirem para o andar da enfermaria, ficaram seis horas esperando, sem receber qualquer tipo de informação e alimentação. (Diário de campo, 16/06/08)

Será que uma mãe com sua filha doente, ficar aguardando durante longas 6 (seis) horas, após uma internação considerada grave, isto após terem ido para apenas uma consulta, sem comida, sem informações, esperando pacientemente é uma forma adequada de atender ao princípio da dignidade humana e da humanização da saúde?

Durante a passagem de plantão, o pai de uma criança recém internada adentrou a enfermaria, muito nervoso, em busca de informação sobre o caso da filha. O técnico de enfermagem ao presenciar a situação disse: “o senhor aguarda lá fora, até o procedimento da sua filha acabar”.. e foi encaminhando-o para fora da enfermaria em meio aos prantos paternos. (Diário de campo, 16/06/08)³⁵¹

Será que conduzir para fora, um pai preocupado e angustiado após a internação da sua filha, utilizando o pronome de tratamento “o senhor”, seguido das palavras “aguarda lá fora, até o procedimento [...] acabar”, é uma comunicação

³⁴⁹ LEE, Fred. **Se Disney administrasse seu hospital**: 9 1/2 coisas que você mudaria. p. 64.

³⁵⁰ ALVES, Camila Aloísio; DESLANDES, Suely Ferreira; MITRE, Rosa Maria de Araújo. Desafios da humanização no contexto do cuidado da enfermagem pediátrica de média e alta complexidade. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online]. 2009, v. 13, pp. 581-594. p. 587. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500010>. Acesso em: 20 out. 2022.

³⁵¹ ALVES, Camila Aloísio; DESLANDES, Suely Ferreira; MITRE, Rosa Maria de Araújo. Desafios da humanização no contexto do cuidado da enfermagem pediátrica de média e alta complexidade. p. 587.

condizente, e forma adequada de atender ao princípio da dignidade humana e da humanização da saúde?

Em internações prévias, uma acompanhante sofreu uma queda da cadeira. Como sofria de dores nas costas, pediu que alguém trocasse a cadeira antiga que encontrou ao reinternar seu sobrinho. Diante da solicitação uma enfermagem falou: “se ela tem problemas, melhor não ficar por aqui”. (Diário de campo, 16/06/08)³⁵²

Será que responder de forma grosseira à uma acompanhante que em outro momento de internação de seu sobrinho caiu da cadeira, e como sofre de dores nas costas, pediu para que apenas trocassem a cadeira, é uma forma empática condizente e adequada de atender ao princípio da dignidade humana e da humanização da saúde?

Colocar-se no lugar do outro sem viver uma realidade de pobreza, miséria, sofrimento e sem perspectivas, se amolda a uma possível hipocrisia. A médica continua asseverando que as doenças que ela havia conhecido nos livros passaram a ter nomes irrelevantes ante ao que realmente matava seus pacientes. “Volta e meia, dividindo as minhas angústias com minha mãe, cabeça recostada em seu colo, chorando de tristeza ou de desencanto, dizia meio riso, meio choro: “Meus pacientes não leram os mesmos livros que eu.”³⁵³

Recomendações, protocolos e diretrizes clínicas se tornam desimportantes quando os miseráveis não são vistos. Esgoto passando na porta da cozinha “e crianças brincando nuas e sujas de terra até os cabelos”, mostrando a pobreza embaixo dos olhos, tem a capacidade de paralisar os músculos da indignação.³⁵⁴

Como que com o exposto acima, dentro de um ambiente de saúde, é admitido tratar dos pacientes de forma desumana? Por si só tais pessoas já estão

³⁵² ALVES, Camila Aloísio; DESLANDES, Suely Ferreira; MITRE, Rosa Maria de Araújo. Desafios da humanização no contexto do cuidado da enfermagem pediátrica de média e alta complexidade. p. 588.

³⁵³ ROCHA, Julia. **Pacientes que curam**: O cotidiano de uma médica do SUS. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2020. p. 19.

³⁵⁴ ROCHA, Julia. **Pacientes que curam**: O cotidiano de uma médica do SUS. p. 20.

em situação que fere totalmente sua dignidade, e ainda, ao chegar (quando conseguem) ao estabelecimento de saúde, não possuem um atendimento adequado respeitando o mínimo de dignidade que ainda lhes resta?

Não se sabe da realidade das pessoas, de suas histórias, do que envolve seu dia a dia, portanto a experiência de atendimento ao paciente começa muito antes dele chegar ao estabelecimento hospitalar e é crucial para a concretização a dignidade humana.

O conhecimento da história do paciente se faz indispensável para o entendimento da doença dele, especialmente “em tempos ameaçados por um primado da tecnologia, colocando de certa forma a necessidade de repensar a forma de colheita de dados clínicos”. O profissional que estiver disposto e aberto às técnicas narrativas quando da anamnese aperfeiçoará suas habilidades comportamentais, em especial a empatia.³⁵⁵

O foco no atendimento do paciente objetivando o enfrentamento da dignidade humana e da humanização da saúde, demonstra que o profissional que possua habilidades interpessoais, isto é, *soft skills*, poderá proporcionar grande satisfação ao paciente, que por corolário, possivelmente será mais adepto aos tratamentos, terá uma comunicação mais assertiva e, também, minimizará eventuais desentendimentos e desconfortos, servindo até de referência para outros profissionais.³⁵⁶

Como dito em outras oportunidades, não está se afirmando que o conhecimento técnico e termos técnicos inerentes à profissão excluem a sua importância e relevância, até mesmo para o fim que se objetiva que é a prestação da assistência à saúde. Entretanto, a questão levantada é que “ao profissional da

³⁵⁵ ROSÁRIO, Francisco Sobral do. Anamnese versus história de vida na compreensão do sofrimento do outro. **Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna**, Lisboa, v. 25, n. 3, pp. 233-236, jul-set. 2018. p. 235. Disponível em: <https://revista.spmi.pt/index.php/rpmi/article/view/484>. Acesso em: 20 out. 2022.

³⁵⁶ COTTA FILHO, Cezar Kayzuka *et al.* Cultura, ensino e aprendizagem da empatia na educação médica: *scoping review*. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online]. 2020, v. 24. p. 2. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.180567>. Acesso em: 20 out. 2022.

saúde cabe ainda uma atitude humana, ética e empática”³⁵⁷, habilidade interpessoais, *soft skills*, as quais proporcionarão o respeito ao fundamento constitucional da dignidade humana.

Porém, o que se busca com este trabalho é demonstrar por meio de referencial bibliográfico que independente das circunstâncias as quais o profissional esteja sujeito, a decisão pelo melhor atendimento preconizando pela humanização e respeito à dignidade humana, independe de política pública ou *compliance*.

Ademais, tal decisão, por envolver um conhecimento além do técnico, isto é, uma capacidade interpessoal, necessitará do profissional da área da saúde maior esforço em seu desenvolvimento, colocando-o frente a frente com as novas habilidades exigidas para os profissionais do futuro. Exercer o dever de busca pela garantia da dignidade humana por meio de um atendimento de excelência, faz com que indiferente às circunstâncias de trabalho ou condições estruturais o profissional encontre em si a própria razão de ser e o verdadeiro sentido da vida: servir e amar.

³⁵⁷ COTTA FILHO, Cezar Kayzuka *et al.* Cultura, ensino e aprendizagem da empatia na educação médica: *scoping review*. p. 3.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A falta de um bom atendimento na saúde não representa apenas (mais) uma crise desse segmento, mas flagrante desrespeito ao ser humano. Além dos diversos problemas de organização, as dificuldades de quem busca acesso à saúde iniciam antes mesmo de sair de casa, pessoas que por vezes, sequer possuem saneamento básico na sua residência.

Ao chegar ao local que mais deveria ser acolhedor, se deparam com péssima estrutura, filas gigantes, agendamentos para daqui uma eternidade, e profissionais extremamente desgostosos e grosseiros. O que era para ser a busca por uma assistência de um direito fundamental, resulta em tremenda afronta constitucional, tamanha dor de cabeça e péssimas experiências.

A saúde como preceito universal consta, inclusive, nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentáveis da ONU. Entretanto, sabe-se que os problemas de gestão são os maiores causadores da ineficiência das políticas públicas. Não falta recurso, falta gente. Gente que entenda de gente.

Com orçamentos cada vez mais enxutos a inexistência de recursos continuará, os problemas estruturais também e a escassez de materiais, tecnologias e afins, também. Ou seja, os problemas já existentes, continuarão, e o objetivo aqui nem é adentrar a soluções de como ter mais recursos para a saúde, mas sim, de abordar a esfera do atendimento dos pacientes.

Mais do que nunca se faz necessário colocar as pessoas no centro das relações e para saber como tratá-las como sujeitos de direitos, competirá a cada um o desenvolvimento de habilidades além das técnicas e sim comportamentais, especialmente comunicação e empatia, com o objetivo de humanizar os atendimentos e reforçar o fundamento constitucional da dignidade humana.

As mudanças no mercado de trabalho para os próximos anos são exponenciais e conforme verificou-se da pesquisa realizada, é imprescindível que

os profissionais se adaptem à nova realidade, caso contrário perderão espaço e serão facilmente substituídos.

Categoricamente as tais novas habilidades, *soft skills*, são perfeitamente interligadas com a dignidade humana, arriscando-se dizer que estão até positivadas no texto constitucional, portanto, em que pese as mudanças do mercado de trabalho possam assustar, a adaptação à elas não é nada mais, nada menos, do que agir conforme a constituição.

No início da realização desta pesquisa, considerando seu objetivo geral, qual seja: “verificar a aplicação das *soft skills* na área da saúde por toda a cadeia de atendimento, como forma de garantia do direito constitucional da dignidade humana e da saúde, afirmando-se ainda que com a mudança de paradigmas dos profissionais com o foco no ser humano, é possível o atingimento da solução da humanização na saúde”, foram levantadas as seguintes hipóteses:

- a) O acesso à saúde constitui direito social constitucional, assim como a dignidade humana é fundamento no Estado Democrático de Direito, de modo que o seu descumprimento viola preceitos constitucionais básicos, reconhecidos inclusive internacionalmente;
- b) A falta ou deficiência de problemas na saúde como número reduzido de profissionais, inexistência de equipamentos, burocracia, autonomia prejudicada, condições de trabalho, não pode interferir no atendimento ao paciente e causar-lhe desrespeito à direitos fundamentais;
- c) A crise do mal atendimento na saúde afeta diretamente a dignidade humana, sendo necessário que os atendimentos sejam humanizados e para tanto é necessário o desenvolvimento de habilidades interpessoais pelos profissionais, como forma de garantir o que está positivado na carta magna;

- d) Com o avançar da tecnologia e do surgimento da Indústria 4.0 percebeu-se a necessidade crescente de reciclagem do profissional (com foco na área da saúde) para estar apto às novas exigências do mercado, chamadas de *soft skills* e a recolocação das pessoas no centro de todas as relações;

Os resultados do trabalho de exame das hipóteses foram expostos na presente dissertação dividida em três capítulos, de forma sintetizada, como segue.

O **primeiro capítulo** objetivou contextualizar o conceito de saúde, sua evolução histórica e a visão global da saúde como um direito social, fundamental e sua universalização, abordando-se brevemente as deficiências do sistema brasileiro, especialmente no que concerne ao atendimento ao paciente.

Confirmando-se, assim, a **primeira hipótese** levantada nesta pesquisa, qual seja: “a) O acesso à saúde constitui direito social constitucional, assim como a dignidade humana é fundamento no Estado Democrático de Direito, de modo que o seu descumprimento viola preceitos constitucionais básicos, reconhecidos inclusive internacionalmente;

O **segundo capítulo**, a seu tempo, dedicou-se acerca da dignidade humana como preocupação mundial e fundamento constitucional no Brasil colocando-se o ser humano como o centro e o motivo da proteção estatal, abordando sobre as dificuldades do paciente em ter um atendimento humanizado.

O capítulo ainda relacionou que os problemas enfrentados pelos profissionais da saúde referentes ao cotidiano da assistência à saúde não podem interferir no atendimento ao paciente, do contrário afetará a dignidade humana e ferirá o preceito constitucional.

Nesse sentido, conformou-se a **segunda hipótese**, qual seja: b) “A falta ou deficiência de problemas na saúde como número reduzido de profissionais, inexistência de equipamentos, burocracia, autonomia prejudicada, condições de trabalho, não pode interferir no atendimento ao paciente e causar-lhe desrespeito à direitos fundamentais”.

O **terceiro capítulo** dedicou-se veemente à explicação do que são *soft skills*, a necessidade de reciclagem do profissional (e aqui falou-se da área da saúde) para desenvolvimento de tais habilidades, como forma de manter-se no mercado de trabalho, ante a crescente da 4ª Revolução Industrial.

Ainda, o capítulo tratou especificamente sobre o desenvolvimento das *soft skills* de comunicação e empatia, pelo profissional da saúde como forma de humanização da saúde e afirmação da dignidade humana, trazendo-se exemplos de métodos já utilizados como a metodologia Disney de Atendimento aplicada ao antigo Flórida Hospital nos EUA e o Hospital de Amor de Barretos, no Brasil, primando pela experiência do paciente.

Ademais, buscou-se extrair que a decisão por um atendimento digno e humanizado é do próprio profissional em si, que deve estar municiado de habilidades além das técnicas, mas também *soft skills*, e que independe do ambiente em si, posto que as dificuldades continuarão a existir mas a atenção ao paciente, que é um ser dotado de direitos e sentimentos, colocando-o como centro da relação (assim como o próprio profissional em si), é primordial para o caminhar da solução da crise da humanização da saúde.

Confirmou-se, então, a **terceira hipótese** levantada na pesquisa, a saber: “c) A crise do mal atendimento na saúde afeta diretamente a dignidade humana, sendo necessário que os atendimentos sejam humanizados e para tanto é necessário o desenvolvimento de habilidades interpessoais pelos profissionais, como forma de garantir o que está positivado na carta magna”.

E, validou-se a **quarta hipótese** levantada na pesquisa, qual seja: “Com o avançar da tecnologia e do surgimento da Indústria 4.0 percebeu-se a necessidade crescente de reciclagem do profissional (com foco na área da saúde) para estar apto às novas exigências do mercado, chamadas de *soft skills* e a recolocação das pessoas no centro de todas as relações”.

Portanto, da análise das hipóteses apresentadas, observa-se que o objetivo geral da dissertação foi alcançado, ao se constatar que dentro das crises existentes da saúde, em especial a de atendimento, o desenvolvimento das *soft*

skills pelos profissionais da saúde em toda a cadeia de atendimento, são cruciais como forma de garantia do direito constitucional da dignidade humana e da saúde, afirmando-se ainda que com a mudança de paradigmas dos profissionais com o foco no ser humano, é possível o atingimento da solução da humanização na saúde.

REFERÊNCIA DAS FONTES CITADAS

ALMEIDA, Fabiane de Amorim; LOURO, Caroline Ribeiro. A influência da arte do palhaço na formação acadêmica do profissional de saúde. **New Trends in Qualitative Research**, Oliveira de Azeméis, Portugal, v. 8, pp. 469–477, 2021. Disponível em: <https://publi.ludomedia.org/index.php/ntqr/article/view/437>. Acesso em: 11 dez. 2022.

ALONSO, Letícia. **Judicialização da saúde**: custeio dos tratamentos experimentais pelo Estado. Createspace Independent Publishing Platform, 2018. Edição do Kindle.

ALVES, Camila Aloísio; DESLANDES, Suely Ferreira; MITRE, Rosa Maria de Araújo. Desafios da humanização no contexto do cuidado da enfermagem pediátrica de média e alta complexidade. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online]. 2009, v. 13, pp. 581-594. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500010>. Acesso em: 20 out. 2022.

ARAÚJO, Francisca Rego de (org.) *et al.* **16ª Conferência Nacional de Saúde**: relatório final. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2022.

AYRES, José Ricardo C. M. Uma concepção hermenêutica de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** [online]. 2007, v. 17, n. 1, p. 43-62. Ago. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/hSgv4n6yzC76Hsv3rmHVS5y/?lang=pt>. Acesso em 15 set. 2022.

BARROSO, Luiz Roberto. **Curso de Direito Constitucional Contemporâneo**. 9ª ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2020.

BAUMAN, Zygmunt. **Modernidade líquida**. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

BES, Pablo Rodrigo *et al.* **Soft Skills**. Porto Alegre: Sagah, 2021.

BEUTE, Ethan; PACINELLI, Stephen. **Rehumanize your business**: how personal videos accelerate sales and improve customer experience. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc., 2019l.

BONAVIDES, Paulo. **Curso de Direito Constitucional**. 30. ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2015.

BOON, Ian S.; LIM, Jean S.; YAP, Moi H.; AU YOUNG, Tracy P.T.; BOON, Cheng S. Artificial intelligence and soft skills in radiation oncology: Data versus wisdom. **Journal of Medical Imaging and Radiation Sciences**. Volume 51, Issue 4, S114-S115. Disponível em: [https://www.jmirs.org/article/S1939-8654\(20\)30223-X/fulltext](https://www.jmirs.org/article/S1939-8654(20)30223-X/fulltext) . Acesso em: 14 out. 2022.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. Resolução nº 238, de 6 de setembro de 2016. Dispõe sobre a criação e manutenção, pelos Tribunais de Justiça e Regionais Federais de Comitês Estaduais da Saúde, bem como a especialização de vara em comarcas com mais de uma vara de fazenda Pública. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/2339>. Acesso em: 15 set. 2022.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. Brasília: CONASS, 2007. pp. 16-17. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao_progestores_livro9.pdf. Acesso em: 11 set. 2022.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 11 set. 2022).

BRASIL. Decreto nº 591, de 6 de julho de 1992. Atos Internacionais. Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Promulgação. Brasília, DF, Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0591.htm. Acesso em: 27 set. 2022.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 11 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. **O SUS de A a Z**: garantindo saúde nos municípios. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. p. 40-41. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf. Acesso em 20 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. **Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde**: manual básico. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. p. 12. Disponível em: http://www.fns2.saude.gov.br/documentos/publicacoes/manual_gestao_fin_sus.pdf. Acesso em: 11 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 11 set. 2022.

BRASIL. Supremo Tribunal de Justiça. Disponível em: <https://processo.stj.jus.br/SCON/pesquisar.jsp>. Acesso em: 12 out. 2022.

BRASIL. Supremo Tribunal de Justiça. Recurso em Mandado de Segurança nº 11.183/PR. Relator: Ministro José Delgado. Disponível em: <https://processo.stj.jus.br/processo/pesquisa/?tipoPesquisa=tipoPesquisaNumeroR>

egistro&termo=199900838840&totalRegistrosPorPagina=40&aplicacao=processos.ea. Acesso em: 12 set. 2022.

BRASIL. Supremo Tribunal de Justiça. REsp nº 83800/RS - Rio Grande do Sul. Relator: Ministro Demócrito Reinaldo. p. 80. Disponível em: <https://processo.stj.jus.br/processo/pesquisa/?tipoPesquisa=tipoPesquisaNumeroRegistro&termo=199500690640&totalRegistrosPorPagina=40&aplicacao=processos.ea>. Acesso em: 12 set. 2022.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Adi nº 2477. Relator: Ministro Celso de Mello. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=1956662>. Acesso em: 12 dez. 2022.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Disponível em: https://jurisprudencia.stf.jus.br/pages/search?base=acordaos&pesquisa_inteiro_texto=false&sinonimo=true&plural=true&radicais=false&buscaExata=true&page=1&pageSize=10&queryString=dignidade%20humana&sort=_score&sortBy=desc. Acesso em: 12 out. 2022.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. RE 271286 AgR/RS - Rio Grande do Sul. Relator: Ministro Celso de Mello. Disponível em: <https://jurisprudencia.stf.jus.br/pages/search/sjur103980/false>. Acesso em: 12 set. 2022.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. RE 271286 AgR/RS - Rio Grande do Sul. Relator: Ministro Celso de Mello. Disponível em: <https://jurisprudencia.stf.jus.br/pages/search/sjur103980/false>. Acesso em: 12 set. 2022.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Tema 793 - Responsabilidade solidária dos entes federados pelo dever de prestar assistência à saúde. RE 855178. Relator: Luiz Fux. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=4678356&numeroProcesso=855178&classeProcesso=RE&numeroTema=793>. Acesso em: 13 set. 2022.

CAMARGOS, Mayara Goulart de. **Avaliação da Espiritualidade/Religiosidade e associação com a qualidade de vida de pacientes com câncer e profissionais de saúde de um hospital oncológico**. 2014. 149 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Oncologia, Programa de Pós-Graduação do Hospital de Câncer de Barretos, Barretos/São Paulo, 2014. Disponível em: file:///C:/Users/nicol/Downloads/silo.tips_mayara-goulart-de-camargos.pdf. Acesso em: 15 set. 2022.

CARDOSO, Daniel. **Judicialização da saúde: solução ou parte do problema?** Londrina: Thoth Editora, 2020.

CASTRO, Carlos Roberto Siqueira. **Direito constitucional e regulatório: ensaios e pareceres**. Rio de Janeiro: Renovar, 2011.

CHRISTENSEN, Mary. **Be a network marketing leader: build a community to build your empire**. Broadway, New York: AMACOM, 2016.

CISAMAPI. **O que é humanização?** Disponível em:

[https://www.cisamapi.mg.gov.br/index.php/servicos/humaniza-cis/o-que-e-humanizacao#:~:text=Humaniza%C3%A7%C3%A3o%20significa%20humanizar%2C%20tornar%20humano,outro%20\(FERREIRA%2C%202009\)](https://www.cisamapi.mg.gov.br/index.php/servicos/humaniza-cis/o-que-e-humanizacao#:~:text=Humaniza%C3%A7%C3%A3o%20significa%20humanizar%2C%20tornar%20humano,outro%20(FERREIRA%2C%202009).). Acesso em: 11 set. 2022.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Estatísticas Processuais de Direito à Saúde**. Disponível em: <https://paineisanalytics.cnj.jus.br/single/?appid=a6dfbee4-bcad-4861-98ea-4b5183e29247&sheet=c0cac07f-b08c-492e-ad32-267812fbc70b&opt=ctxmenu,currsel>. Acesso em: 13 set. 2022.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Sistema E-NatJus**. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/programas-e-acoes/forum-da-saude-3/e-natjus/>. Acesso em: 15 set. 2022.

COSTA, Silvio Cruz; FIGUEIREDO, Maria Renita Burg; SCHAURICH, Diego. Humanização em Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI): compreensões da equipe de enfermagem. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online]. 2009, v. 13, pp. 571-580. p. 577. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500009>. Acesso em: 15 set. 2022.

COTTA FILHO, Cezar Kayzuka *et al.* Cultura, ensino e aprendizagem da empatia na educação médica: *scoping review*. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online]. 2020, v. 24. p. 2. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.180567>. Acesso em: 20 out. 2022.

DALLARI, Sueli Gandolfi. O direito à saúde. **Revista de Saúde Pública** [online]. 1988, v. 22, n. 1, p. 57-63. Dez. 2004. Disponível em <https://www.scielo.br/j/rsp/a/jSj9cfJhsNcjyBfG3xDbyfN/?lang=pt>. Acesso em 15 set. 2022.

DALLARI, Sueli Gandolfi. Políticas de Estado e políticas de governo: o caso da saúde pública. *In*: BUCCI, Maria Paula Dallari (Org.). **Políticas públicas: reflexões sobre o conceito jurídico**. São Paulo: Saraiva, 2006.

DEMARCHI, Clovis. Between fundamental rights and foundation: the position of human dignity in the brazilian legal context. **Technium Social Sciences Journal**, v. 9, pp. 288-297, jul. 2020. p. 288. Disponível em: <https://techniumscience.com/index.php/socialsciences/article/view/1108>. Acesso em: 11 set. 2022.

DESLANDES, Suely Ferreira; MITRE, Rosa Maria de Araujo. Processo comunicativo e humanização em saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online]. 2009, v. 13, pp. 641-649. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500015>. Acesso em: 11 set. 2022.

FARHAT, Aline Samira Pereira. **A judicialização da saúde e o ativismo judicial: uma análise com base nas ações de fornecimento de medicamentos perante a**

Vara da Fazenda Pública da Comarca de Itajaí. 2020. Dissertação (Mestrado) em Ciência Jurídica da Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI, 2020. Disponível em: <https://www.univali.br/pos/mestrado/mestrado-em-ciencia-juridica/bancas-de-mestrado-sem-dupla-titulacao/Paginas/default.aspx>. Acesso em: 13 set. 2022.

FERNANDES, Bernardo Gonçalves. **Curso de Direito Constitucional**. 12. ed. Salvador: Editora Juspodvim, 2020.

FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA. **O SUS pra valer**: universal, humanizado e de qualidade. Rio de Janeiro: ABRASCO; CEBES; ABRES; REDE UNIDA; AMPASA, 2006. Disponível em: <https://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/03/o-sus-pra-valer-universal-humanizado-e-de-qualidade.pdf>. Acesso em: 17 set. 2022.

GIOVANELLA, Ligia; MACHADO, Cristian Vieira. Universal health system and universal health coverage: assumptions and strategies. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2018, v. 23, n. 6, p. 1763-1776. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/7BM4FYp7dWJzyb7wzktwhJH/?lang=pt>. Acesso em 16 set. 2022.

GRISOTTI, Márcia. Global health governance in the context of emerging infectious diseases. **Civitas - Revista de Ciências Sociais** [online]. 2016, v. 16, n. 3, p. 377-398. Disponível em: <https://doi.org/10.15448/1984-7289.2016.3.23418>. Acesso em: 11 set. 2022.

HOSPITAL DO AMOR. **HA oferece treinamento de humanização aos seus colaboradores**. 2019. Disponível em: <https://hospitaldeamor.com.br/site/ha-oferece-treinamento-de-humanizacao-aos-seus-colaboradores/>. Acesso em: 20 set. 2022.

HOSPITAL DO AMOR. **Relatório Anual 2021**. Disponível em: https://hospitaldeamor.com.br/site/wp-content/uploads/2022/10/relatorio_anual_2021_compressed-2-1.pdf. Acesso em: 20 set. 2022.

HOSPITAL DO AMOR. **Relatório Anual 2021**. Disponível em: https://hospitaldeamor.com.br/site/wp-content/uploads/2022/10/relatorio_anual_2021_compressed-2-1.pdf. Acesso em: 20 set. 2022.

HOSPITAL DO AMOR. **Release Institucional**. Disponível em: <https://hospitaldeamor.com.br/site/wp-content/uploads/2022/07/release-institucional-2022-oficial-atualizado-HA-.pdf>. Acesso em: 20 set. 2022.

HOSPITAL DO AMOR. **Uma História de Amor**. Disponível em: <https://hospitaldeamor.com.br/site/institucional/>. Acesso em: 20 set. 2022.

HURRELL, Scott A. Rethinking the Soft Skills deficit blame game: employers, skills withdrawal and the reporting of Soft Skills gaps. **Human Relations**, v. 69, issue. 3, 2016. p. 605- 628. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0018726715591636>. Acesso em: 28 set. 2022.

INSTITUTO AURORA. **O que são direitos humanos e por que são direitos de todos nós**. Disponível em: https://institutoaurora.org/o-que-sao-direitos-humanos/?gclid=Cj0KCQiAgribBhDkARIsAASA5bs8FfF7NLURUJl9sdR5Kn6PVPlgZjryJJahldyvCwtCxBMMBefyb7caAsVCEALw_wcB. Acesso em: 11 set. 2022.

INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA EM SAÚDE - ICICT/FIOCRUZ. **Direito fundamental à saúde: condição para dignidade humana**. condição para dignidade humana. 2018. Elaborada por Daniele Souza. Disponível em: <https://www.icict.fiocruz.br/content/direito-fundamental-%C3%A0-sa%C3%BAdi%C3%A7%C3%A3o-para-dignidade-humana>. Acesso em: 11 set. 2022.

KAMPHORST, Marlon André. Uma introdução aos direitos humanos e fundamentais no plano transnacional. *In*: PAFFARINI, Jacopo; ROSENFELD, Luis; STAFFEN, Márcio Ricardo (org.). **Transnacionalismo, globalização e Direitos Humanos**. Itajaí: UNIVALI, 2015. p. 87-109. Disponível em: <http://www.univali.br/ppcj/ebook>. Acesso em: 11 set. 2022.

KESWIN, Erica. **Bring your human to work**: 10 surefire ways to design a workplace that is good for people, great for business, and just might change the world. McGraw-Hill, 2019.

KRZNARIC, Roman. **O poder da empatia**: a arte de se colocar no lugar do outro para transformar o mundo. Rio de Janeiro: Zahar, 2015.

LANZIERI, Pedro Gemal *et al.* "Boa noite, bom dia HUAPI!", uma experiência de humanização na formação de profissionais da área de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online]. 2011, v. 15, n. 36, p. 289-298. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832010005000031>. Acesso em: 11 set. 2022.

LEE, Fred. **Se Disney administrasse seu hospital**: 9 1/2 coisas que você mudaria. Porto Alegre: Grupo A/Bookman, 2018. Edição do Kindle.

LEITE, Eduardo de oliveira. **A monografia jurídica**. 5 ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon; COSTA, Ana Maria. Reafirmar o direito à saúde, defender o SUS e construir justiça social: Tese do Cebes 2021-2022. **Saúde em Debate** [online]. 2022, v. 46, n. 132, p. 05-12. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213200>. Acesso em 16 out. 2022.

LOPES JUNIOR, Derson da Silva; *et al.* Liderança autêntica e desenvolvimento de soft skills. **Revista Eletrônica Científica do CRA - PR**, v. 7, n. 2, p. 120-135, set. 2020. Disponível em: <https://recc.cra-pr.org.br/index.php/recc/article/view/237>. Acesso em: 29 set. 2022.

MARQUES, Teresa Cristina Schneider; DABÈNE, Olivier. Estado e sociedade em tempos de transnacionalismo. **Civitas - Revista de Ciências Sociais** [online].

2016, v. 16, n. 3, p. 355-362. Disponível em: <https://doi.org/10.15448/1984-7289.2016.3.25873>. Acesso em 11 nov. 2022.

MARTINI, Sandra Regina; STURZA, Janaína Machado. A dignidade humana enquanto princípio de proteção e garantia dos direitos fundamentais sociais: o direito à saúde. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 6, n. 2, p. 25–41, 2017. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/367>. Acesso em: 12 out. 2022.

MATTOS, Ruben Araujo de. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online]. 2009, v. 13, p. 771-780. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500028>. Acesso em: 17 set. 2022.

MEZZOMO, J.C. **Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos**. Barueri: Manole, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizasus>. Acesso em: 11 set. 2022.

MORI, Maria Elizabeth; OLIVEIRA, Olga Vania Matoso de. Apoio institucional e cogestão: a experiência da Política Nacional de Humanização no Sistema Único de Saúde (SUS) no Distrito Federal (DF), Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online]. 2014, v. 18, pp. 1063-1075. p. 1072. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0316>. Acesso em: 17 set. 2022.

NAÇÕES UNIDAS BRASIL. **Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável no Brasil**. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs/3>. Acesso em: 16 set. 2022.

OLIVEIRA, Roberta Gondim de; GRABOIS, Victor; MENDES JÚNIOR, Walter Vieira (org.). **Qualificação de gestores do SUS**. Rio de Janeiro/RJ: Ead/Ensp, 2009. 404 p. Disponível em: <https://biblioteca.univap.br/dados/00002d/00002dfd.pdf>. Acesso em: 11 set. 2022.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Declaração e Programa de Ação de Viena - Conferência mundial sobre os Direitos Humanos. Viena, 1993. Disponível em: encurtador.com.br/dKMP9. Acesso em 15 set. 2022.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Declaração Universal dos Direitos Humanos, 1948. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universaldos-direitos-humanos>. Acesso em: 30 mar. 2021. Acesso em: 12 set. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. 53 Conselho Diretor - 66ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas. CD53/5, Rev. 2. Washington, D.C., 2014. Disponível em: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-5-p.pdf>. Acesso em 16 out. 2022.

PASOLD, Cesar Luiz. **Metodologia da pesquisa jurídica: teoria e prática**. 14 ed.

ver., atual. e ampl. Florianópolis: Empório Modara, 2018.

PIFFER, Carla. ALVES, Benedito Antonio. A reinvenção do Estado na era digital. *In*: PIFFER, Carla; SALLES, Bruno Makowiecky; CRUZ, Paulo Marcio. (Org.). **O direito e o futuro**. Itajaí: UNIVALI, 2022, p. 103-123. Disponível em: <http://www.univali.br/ppcj/ebook>. Acesso em: 11 set. 2022.

RAVINDRANATH, Sindhu. Soft Skills in Project Management: A Review. **IUP Journal of Soft Skills**, vol. 10, issue. 4, 2016, pp. 16-25. p. 21. Disponível em: <https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=10d46c3c-244a-4711-8814-7d23107cb7f0%40redis>. Acesso em: 28 set. 2022.

REGO, Arménio. **Comunicação Pessoal e Organizacional – Teoria e Prática**. 3 ed. Lisboa: Edições Sílabo. 2013.

ROCHA, Carmen Lúcia Antunes. O princípio da dignidade da pessoa humana e a exclusão social. **Revista do Instituto Brasileiro de Direitos Humanos**, n. 2, 2001, p. 49-67. Disponível em: <https://revista.ibdh.org.br/index.php/ibdh/article/view/29>. Acesso em: 12 dez. 2022.

ROCHA, Julia. **Pacientes que curam**: O cotidiano de uma médica do SUS. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2020.

ROCHA, Júlio César de Sá da. **Direito de Saúde**: direito sanitário na perspectiva dos interesses difusos e coletivos. São Paulo: Ltr, 1999.

ROSA, Carolina da Silva Ribeiro; CARVALHO, Amanda Gleice Fernandes; BARJA, Paulo Roxo. Soft skills: desenvolvimento das competências do enfermeiro na atualidade. **Revista Univap**, v. 28, n. 57, 2022. Disponível em: <https://revista.univap.br/index.php/revistaunivap/article/view/2592>. Acesso em: 14 out. 2022.

ROSÁRIO, Francisco Sobral do. Anamnese versus história de vida na compreensão do sofrimento do outro. **Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna**, Lisboa, v. 25, n. 3, pp. 233-236, jul-set. 2018. Disponível em: <https://revista.spmi.pt/index.php/rpmi/article/view/484>. Acesso em: 20 out. 2022.

SALLES, Bruno Makowiecky; DANTAS, Marcelo Buzaglo; CRUZ, Paulo Márcio. Poder judiciário: da expansão global às ameaças contra a independência. *In*: PIFFER, Carla; SALLES, Bruno Makowiecky; CRUZ, Paulo Marcio. (Org.). **O direito e o futuro**. Itajaí: UNIVALI, 2022, p. 103-123. Disponível em: <http://www.univali.br/ppcj/ebook>. Acesso em: 15 set. 2022.

SANTO AGOSTINHO. **A cidade de Deus**. v. II. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1993.

SANTOS, Aleida Raquel Correia dos; *et al.* A perspectiva do atendimento fisioterapêutico a pacientes em condições de vulnerabilidade social: relato de experiência. *In*: XXIV Fórum nacional de ensino em fisioterapia e I Congresso brasileiro de educação em fisioterapia, v. 1, n. 1, 2014, **Anais [...]**. Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia, 2014. Disponível em:

<http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/cadernos-educacao-saude-fisioter/article/view/137>. Acesso em: 15 set. 2022.

SARLET, Ingo Wolfgang. Algumas considerações em torno do conteúdo, eficácia e efetividade do direito à saúde na Constituição de 1988. **Revista Eletrônica Sobre A Reforma do Estado**, Salvador, n. 11, pp. 1-17, set.out.set. 2007. Disponível em: <http://www.direitodoestado.com.br/codrevista.asp?cod=233>. Acesso em: 12 set. 2022.

SARMENTO, Daniel. **Dignidade da pessoa humana**: conteúdo, trajetórias e metodologia. Belo Horizonte: Fórum, 2016.

SARRETA, Fernanda de Oliveira. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS**. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 248 p. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em: 15 set. 2022.

SAVIETO, Roberta Maria; LEÃO, Eliseth Ribeiro. Assistência em Enfermagem e Jean Watson: uma reflexão sobre a empatia. **Escola Anna Nery** [online]. 2016, v. 20, n. 1, p. 198-202. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160026>. Acesso em: 11 set. 2022.

SAVIETO, Roberta Maria; MERCER, Stewart; MATOS, Carolina Carvalho Pereira; LEÃO, Eliseth Ribeiro. Enfermeiros na triagem no serviço de emergência: autocompaixão e empatia. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 27, 2019. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/161938>. Acesso em: 11 set. 2022.

SCHWAB, Klaus Martin. **A quarta revolução industrial**. São Paulo: Edipro, 2016.

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** [online]. 2007, v. 17, n. 1, p. 29-41. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/WNtwLvWQRFbscbzCywV9wGq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 15 set. 2022.

SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio Carvalho. O conceito de saúde. **Revista de Saúde Pública** [online]. 1997, v. 31, n. 5, p. 538-542. Ago. 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/ztHNk9hRH3TJhh5fMgDFCFj/?lang=pt>. Acesso em 15 set. 2022.

SILVA, Alex Matoso. **O acesso à jurisdição em face da garantia da universalidade das políticas públicas em saúde**: tudo para todos? Belo Horizonte: Conhecimento Livraria e Distribuidora, 2021. Edição do Kindle.

SILVA, José Afonso da. **Poder constituinte e poder popular**. São Paulo: Malheiros, 2000.

SILVA, José Afonso da. **Teoria do conhecimento constitucional**. São Paulo: Malheiros Editores, 2014.

SILVA, Marcelino José Piancó da. **Evolução do Direito à Saúde Pública no Brasil**. São Paulo: Editora Dialética, 2020. Edição do Kindle.

SILVA, Maria Rosa da; SAMPAIO, Josineide Francisco; SANTOS, Ewerton Amorim. O nível de empatia de participantes do projeto de extensão universitária sorriso de plantão e sua contribuição para a formação em saúde. **Revista Contexto & Saúde**, v. 19, n. 36, pp. 79–90, 2019. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/8325>. Acesso em: 11 set. 2022.

TEIXEIRA, Alessandra Vanessa; CEZNE, Cláudia; LIMA, Wedner Costódio. O direito humano à educação e os objetivos do desenvolvimento sustentável. *In: PÍLAU SOBRINHO, Liton Lanes; CRUZ, Paulo Márcio; ZIBETTI, Fabíola Wust. (Org.). Jurisdição constitucional, democracia e relações sociais: desafios contemporâneos*. Itajaí-SC: UNIVALI, 2021, p. 98-112. Disponível em: <http://www.univali.br/ppcj/ebook>. Acesso em: 12 set. 2022.

TEIXEIRA, Carmen Fontes de Souza; *et al.* A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2020, v. 25, n. 9, p. 3465-3474. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>. Acesso em: 17 set. 2022.

TORRONTÉGUY, Marco Aurélio Antas. **O Direito Humano à saúde no Direito Internacional**: efetivação por meio da cooperação sanitária. 2010. 355 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Direito, Área de Concentração de Direitos Humanos, Universidade de São Paulo - USP, São Paulo/SP, 2010. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/2/2140/tde-14032011-154326/pt-br.php>. Acesso em: 16 set. 2022.

TUPPER, Helen; ELLIS, Sarah. It's Time to Reimagine Employee Retention. **Harvard Business Review**. July 04, 2022. Disponível em: <https://hbr.org/2022/07/its-time-to-reimagine-employee-retention>. Acesso em: 28 set. 2022.

VENTURA, Miriam *et al.* Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** [online]. 2010, v. 20, n. 1, p. 77-100. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/35xXdQXR9JrdvpPmtkktL9F/?lang=pt>. Acesso em 15 set. 2022.

VIEGAS, Leandro Luiz; VENTURA, Deisy de Freitas Lima; VENTURA, Miriam. A proposta de convenção internacional sobre a resposta às pandemias: em defesa de um tratado de direitos humanos para o campo da saúde global. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2022, v. 38, n. 1. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-331X00168121>. Acesso em 27 out. 2022.

WORLD ECONOMIC FORUM. **Schools of the Future**: defining new models of education for the fourth industrial revolution. Cologny/Geneva: WEF, 2022. Disponível em: <https://www.weforum.org/reports/schools-of-the-future-defining-new-models-of-education-for-the-fourth-industrial-revolution>. Acesso em: 05 out. 2022.

WORLD ECONOMIC FORUM. **The Future of Jobs Report 2018**.
Cologne/Geneva: World Economic Forum, 2018. Disponível em:
<http://reports.weforum.org/future-of-jobs-2018/>. Acesso em: 28 set. 2022.

WORLD ECONOMIC FORUM. **The Future of Jobs Report 2020**.
Cologne/Geneva: World Economic Forum, 2020. Disponível em:
<https://www.weforum.org/reports/the-future-of-jobs-report-2020/digest/>. Acesso em:
05 out. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Ottawa Charter for Health Promotion**.
Ottawa, Canada: WHO, 1988. Disponível em: encurtador.com.br/kBPSV. Acesso
em 15 set. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World Health Report: health systems
financing: the path to universal coverage**. Geneva: WHO, 2010. Disponível em:
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241564021>. Acesso em: 16 set. 2022.

ZABALA, Pablo R. Justich. Six minutes. **Arch Argent Pediatr**, 2018, 116, pp. 70-
74. p. 71. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29333825/>. Acesso em:
11 set. 2022.

ZOUEIN, Luís Henrique Linhares. **Em que consistem e quais são as “gerações”
de direitos fundamentais?**. Meu site Jurídico, out. 2019. Disponível em
[https://meusitejuridico.editorajuspodivm.com.br/2019/08/09/em-que-consistem-e-
quais-saogeracoes-de-direitos-fundamentais/#_ftn1](https://meusitejuridico.editorajuspodivm.com.br/2019/08/09/em-que-consistem-e-quais-saogeracoes-de-direitos-fundamentais/#_ftn1) . Acesso em 11 out. 2022.