



**FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA – UNIFOR
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO CONSTITUCIONAL**

THALYANY ALVES LEITE

GESTÃO DE CONFLITOS E SAÚDE NO BRASIL:

uma coalizão entre ouvidorias e mediação de conflitos no meio hospitalar

FORTALEZA
2020

THALYANY ALVES LEITE

GESTÃO DE CONFLITOS E SAÚDE NO BRASIL:

uma coalizão entre ouvidorias e mediação de conflitos no meio hospitalar

Tese de Doutorado apresentada à Universidade de Fortaleza como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutora em Direito.

Orientadora: Profa. Dra. Lília Maia de Moraes Sales

Fortaleza
2020

Ficha catalográfica da obra elaborada pelo autor através do programa de geração automática da Biblioteca Central da Universidade de Fortaleza

Leite, Thalyany Alves.

GESTÃO DE CONFLITOS E SAÚDE NO BRASIL: uma coalizão entre ouvidorias e mediação de conflitos no meio hospitalar / Thalyany Alves Leite. - 2020

271 f.

Tese (Doutorado) - Universidade de Fortaleza. Programa de Direito Constitucional (Dinter Ciesa / Unifor), Fortaleza, 2020.

Orientação: Lília Maia de Moraes Sales.

1. Mediação. 2. Gestão de conflitos. 3. Saúde no Brasil. 4. Ouvidoria. 5. Cidadania. I. Sales, Lília Maia de Moraes . II. Título.

THALYANY ALVES LEITE

GESTÃO DE CONFLITOS E SAÚDE NO BRASIL:

uma coalizão entre ouvidorias e mediação de conflitos no meio hospitalar

Tese apresentada à banca examinadora e à Coordenação do Curso de Doutorado em Direito Constitucional do Centro de Ciências Jurídicas da Universidade de Fortaleza, adequada e aprovada para suprir exigência parcial inerente à obtenção do grau de Doutor em Direito Constitucional, em conformidade com os normativos do MEC, regulamentada pela Res. N° R028/99 da Universidade de Fortaleza.

Dra. Lília Maia de Moraes Sales
Profa. Orientadora da Universidade de Fortaleza

Dr. Gustavo Raposo Pereira Feitosa
Prof. Examinador da Universidade de Fortaleza

Dra. Preciliana Barreto de Moraes
Profa. Examinadora da Universidade Estadual do Ceará

Dra. Danielle Maia Cruz
Profa Examinadora da Universidade de Fortaleza

Dra. Andréia Costa
Profa Examinadora da Universidade Christus

Tese aprovada em 25 de agosto de 2020.

AGRADECIMENTOS

A Deus, soberano de todas as coisas.

À minha mãe, Maria de Fátima Alves, que todas adversidades enfrentou para guiar os filhos na busca do saber, sem esquecer-se dos sorrisos e afagos diários.

Aos meus irmãos, Thalyta e Thalyson, por terem me ensinado a inexplicável arte de amar.

A minha orientadora, professora Lília Maia de Moraes Sales, hoje amiga, incentivadora, exemplo que me acompanha desde a graduação. Seus ensinamentos me tornaram um ser humano melhor em todos os sentidos.

Aos professores Gustavo Raposo Pereira Feitosa, Preciliana Barreto de Moraes, Danielle Maia Cruz e Andréia Costa que aceitaram participar desta banca e colaborar com o enriquecimento do trabalho.

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação da UNIFOR, que de forma direta ou indireta contribuíram para realização do estudo. Suas contribuições foram imprescindíveis e valiosas para que este trabalho se tornasse realidade. Muito obrigada a todos.

Aos servidores do PPGD que sempre tão gentis e carinhosos se mostraram disponíveis em todos os momentos.

À querida Tatiana, amiga de todas as horas, que enormemente me auxiliou nesse trabalho. Sem você seria muito mais difícil essa caminhada.

A todos os meus amigos, desde o incentivo inicial a desbravar esse caminho, aos que me auxiliaram no trajeto e aos que me deram a mão na chegada. Sou imensamente feliz por ter vocês na minha vida.

As técnicas do Caminho da Paz mudam constantemente; cada encontro é único, e a resposta apropriada deve emergir naturalmente. As técnicas de hoje serão diferentes das de amanhã. Não fique preso à forma e aparência de um desafio. A Arte da Paz não tem forma - pois é o estudo do espírito. (UESHIBA, 2002, p. 13)

RESUMO

A presente tese aborda a análise contextual da saúde no Brasil e o uso da mediação no ambiente hospitalar, acentuando como um importante instrumento de gestão pacífica de conflitos, capaz de resolver as dissensões de maneira ágil e eficaz por meio desse procedimento extrajudicial. Discorre ainda sobre o movimento de efetivação do direito à saúde na Constituição e a evolução do sistema sanitário, compreendendo que o sentido de ser saudável, transcende a ausência de doença e foca no bem-estar do indivíduo que inclui as relações desenvolvidas em todos os âmbitos em prol da manutenção da dignidade humana. Para isso, faz-se necessário a avaliação dos problemas que dizem respeito ao acesso aos serviços de saúde, qualidade e eficiência dos atendimentos dispendidos nesse setor. As relações existentes nessa seara mostram como grande desafio o enfrentamento da atuação das lideranças manifestadas sobre hierarquia de poderes e diversos atores intervenientes neste meio, o que requer o posicionamento de medidas que reduzam ou minimizem essas questões. Logo, propõe-se que a mediação, dotada de técnicas de comunicação que fortalecem o empoderamento e autoconfiança dos indivíduos, pode ser uma ferramenta imprescindível para a solução de conflitos em sede de Ouvidoria de instituições, buscando atender o cidadão e suas necessidades, desenvolvendo a participação ativa e ascendendo a cidadania. Pondera-se também o fundamental papel exercido pelo mediador nesse processo de diálogo, trazendo a compreensão do conflito como algo positivo com poder de transformação. Deste modo, prende-se ao estudo dos conflitos em instituições hospitalares, utilizando como metodologia a análise bibliográfica com base na aplicação da mediação em experiências institucionais que tem apresentado resultados positivos, sendo utilizada em vários países e no Brasil. Ademais, trata-se de pesquisa descritiva, documental, estruturada a partir da coleta e sistematização dos dados disponíveis nos Relatórios da ANS, revisão integrativa de trabalhos acadêmicos e entrevista com relatos de casos junto a Ouvidoria da Unimed-Fortaleza. Espera-se a obtenção de resultado no sentido da viabilidade da mediação para o fortalecimento dos espaços de saúde, evitando futuros conflitos, diminuindo a judicialização da saúde e consolidando a democracia participativa. Conclui-se que a mudança de comportamentos e tratamentos adequados dos conflitos sanitários se faz primordial para os âmbitos jurídicos e da saúde.

Palavras-chave: Mediação; Gestão de Conflitos; Saúde no Brasil; Ouvidoria; Cidadania. Democracia; Participação ativa.

ABSTRACT

This thesis addresses the contextual analysis of health in Brazil and the use of mediation in the hospital environment, emphasizing it as an important instrument for the peaceful management of conflicts, capable of resolving disagreements in an agile and effective way through this extrajudicial procedure. It also discusses the movement for the realization of the right to health in the Constitution and the evolution of the health system, understanding that the sense of being healthy, transcends the absence of disease and focuses on the well-being of the individual, which includes the relationships developed in all areas for the maintenance of human dignity. For this, it is necessary to assess the problems that concern access to health services, quality and efficiency of the care provided in this sector. The relationships that exist in this area show as a great challenge the confrontation of the performance of the leaders manifested on the hierarchy of powers and different actors involved in this environment, which requires the positioning of measures that reduce or minimize these issues. Therefore, it is proposed that mediation, endowed with communication techniques that strengthen the empowerment and self-confidence of individuals, can be an essential tool for the solution of conflicts in the Ombudsman of institutions, seeking to meet the citizen and their needs, developing the active participation and ascending citizenship. We also ponder the fundamental role played by the mediator in this dialogue process, bringing the understanding of the conflict as something positive with the power of transformation. In this way, it relates to the study of conflicts in hospital institutions, using as methodology the bibliographic analysis based on the application of mediation in institutional experiences that has shown positive results, being used in several countries and in Brazil. Furthermore, it is a descriptive, documentary research, structured from the collection and systematization of the data available in the ANS Reports, an integrative review of academic works and an interview with case reports with the Ombudsman of Unimed-Fortaleza. It is expected to obtain results in the sense of the viability of mediation to strengthen health spaces, avoiding future conflicts, reducing the judicialization of health and consolidating participatory democracy. It is concluded that the change of behavior and appropriate treatment of health conflicts is essential for the legal and health spheres.

Comunidade**Keywords:** Mediation; Conflict management; Health in Brazil; Ombudsman; Citizenship. Democracy; Active participation.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
1 SAÚDE: DISCURSOS INSTITUCIONAIS E PREVISÃO NA ORDEM CONSTITUCIONAL BRASILEIRA.....	26
1.1 Delimitação do conceito de saúde e o paradigma da dignidade humana.....	27
1.1.1 Construindo saberes em torno da saúde: corpo saudável x corpo doente.....	32
1.1.2 Saúde na Modernidade e Pós-modernidade e a crise de corporiedade.....	37
1.1.3 A instituição hospitalar como espaço de promoção da saúde.....	40
1.2 Direitos Sociais, cidadania e Estado.....	43
1.2.1 Direito à Saúde no cenário legislativo.....	48
1.3 Sistema de saúde no Brasil: Setores Público e Privado.....	55
1.3.1 Dos Princípios e Diretrizes Constitucionais norteadores do direito à saúde.....	66
1.4 Diretrizes para o avanço institucional das relações interpessoais na seara sanitária.....	72
1.4.1 Hierarquia dos saberes e poderes nos hospitais.....	78
2 A CONCEPÇÃO DO CONFLITO E SUA GESTÃO CONSTRUTIVA NO ÂMBITO SANITÁRIO E A ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR.....	83
2.1 Conflito: Conceito e seus desdobramentos.....	83
2.1.1 Cultura do diálogo x cultura do litígio.....	92
2.2 Multiplicidade de conflitos no âmbito da saúde.....	101
2.3 Cotidiano hospitalar e as relações organizacionais no entorno dos aspectos de humanização da saúde e comunicação corporativa.....	111
2.3.1 As Ouvidorias como ferramentas de participação social e controle social.....	119

2.4 Superação das injustiças na saúde como contributo à democracia brasileira.....	126
2.4.1 O desencadeamento do fenômeno da judicialização da saúde	134
3 MEDIAÇÃO DE CONFLITOS NO AMBIENTE HOSPITALAR	142
3.1 Mediação: Breve análise conceitual, histórica e apresentação de seus modelos.....	142
3.1.1 Objetivos, Princípios e Procedimentos da Mediação de Conflitos.....	147
3.1.2 Considerações acerca do Marco Regulatório	150
3.1.3 O papel do mediador.....	154
3.2 Mediação como instrumento de pacificação nos conflitos na área da saúde.....	161
3.2.1 Desafios e perspectivas da utilização da mediação na seara sanitária.....	167
3.2.2 A prática da mediação como agente transformador nas organizações	171
3.2.3 Possibilidade de utilização da mediação nas instituições de saúde	179
4 O PAPEL DA OUVIDORIA NAS EXPERIÊNCIAS DE APLICAÇÃO DA MEDIAÇÃO EM MEIO HOSPITALAR	184
4.1 Mediação e ouvidoria: diálogo eficaz.....	186
4.2 Ouvidoria do Sistema Único de Saúde.....	193
4.3 Ouvidoria na saúde suplementar.....	205
4.3.1 Cases de ouvidorias como tratativa de conflitos em instituições de saúde.....	211
4.3.2 Procedimentos realizados na Ouvidoria da Unimed em Fortaleza - Ceará.....	214
4.3.2.1 Caso 1: Tetralogia de Fallot.....	218
4.3.2.2 Caso 2: Ausência de diagnóstico definitivo.....	221
4.3.2.3 Caso 3: Dificuldades trazidas com a COVID-19.....	224
4.3.3 Comprovação da eficiência das ouvidorias em meio hospitalar diante de estudos científicos	240
CONCLUSÃO.....	245
REFERÊNCIAS.....	252

INTRODUÇÃO

A saúde hoje assegurada constitucionalmente no Brasil como direito fundamental e social atravessou várias transformações quanto à sua regulamentação, tendo em vista que os direitos se configuram de acordo com a historicidade, constituindo uma classe variável, sendo fruto do processo de evolução.

Ressalta-se assim a importância do reconhecimento das necessidades específicas de cada sociedade moldadas sob suas respectivas culturas e perspectiva política visando atingir a justiça social e lastreada no princípio da dignidade da pessoa humana.

No cenário mundial e nacional buscou-se confirmação do estabelecimento de modelos democráticos, pautados na participação popular para melhor desenvolver as condições reais de reivindicação dos direitos individuais e coletivos para promover o controle social no tocante principalmente aos direitos fundamentais.

Dessa forma, faz-se necessário, para melhor reflexão dos problemas existentes na seara da saúde, ter embasamento acerca dos acontecimentos históricos marcantes que ensejaram às evoluções e seus desdobramentos para o alcance das conquistas legais firmadas no tema saúde, bem como as possibilidades de efetivação desse direito.

De fato, o desenvolvimento da saúde no Brasil se deu de forma mais ordenada com o movimento da Reforma Sanitária e conseqüentemente com o retorno ao regime democrático, na década de 1980, onde diante de tantas aviltantes desigualdades, abriu-se um novo período para a entrada de um diferenciado sistema de saúde que unificava o setor público e privado, ampliando também a participação popular nas ações governamentais, sendo instituídas nessa fase conselhos de saúde e assistência social, com a inclusão de orçamentos participativos e conferências nacionais que promoveram maior visibilidade a temática da saúde.

É salutar frisar que essas contradições advindas de um governo que nem sempre é compromissado com o seu povo, fragiliza a concepção do direito à saúde, revelando-se que para a construção de caminhos para a consolidação dos direitos fundamentais e fortalecimento

da democracia teoricamente vigente no país, há que se promover mudanças da perspectiva reivindicatória e a inserção do controle social se faz necessária, na medida que a cidadania ativa, pautada em instruções qualificadas pode garantir o cumprimento de ações necessárias que dependem do Estado, mas também da participação da sociedade e podem permitir mais eficácia na proteção dos interesses individuais e coletivos em todas as esferas.

Dessa maneira, deve-se repensar os mecanismos para correção dos problemas enfrentados pela sociedade no que se concerne às suas condições de vida, ultrapassando análises conjunturais, embora sejam essas essenciais em uma perspectiva inicial. Todavia, a permanência de medidas paliativas não são suficientes para ter sucesso diante do cenário de constante atualização que se remete a atenção à saúde, refletindo na vida cotidiana das pessoas, devendo ter uma correta compreensão sobre o fenômeno da mercantilização da saúde que aglutina interesses diversos, nem sempre benéficos para a entrega de seus serviços.

Reconhece-se, portanto, que mesmo com a inserção do direito à saúde no texto constitucional, o que substancialmente representa um grande avanço para a sociedade, ainda se encontram barreiras para o seu alcance, pois o significado de saúde abrange várias determinantes sociais que necessitam estar consolidadas para que se consiga concretizar esse direito.

Sendo assim, a definição de saúde apesar das inúmeras discussões ao longo do tempo, hoje é compreendida universalmente segundo a Organização Mundial de Saúde como o completo bem-estar físico, psíquico e social do indivíduo, se tornando indispensável para a garantia da dignidade do ser humano, considerado um fator primordial para as oportunidades individuais e coletivas nos demais setores da vida em sociedade por esta ligação direta ao direito à vida digna.

No Brasil, percebe-se que o direito à saúde está intrinsecamente associado à proteção social, relacionando o sistema de previdência como marco no desenvolvimento desse direito, apesar de inicialmente não ter conseguido incluir toda população nem suprir as necessidades de forma completa. Somente com a promulgação da Carta Magna de 1988 veio o direito à saúde se consolidar como direito a todos os cidadãos, trazendo assim, o aspecto de universalidade. Contudo, depara-se ainda com muitos empecilhos para o respeito a esse princípio maior que o Sistema Único de Saúde - SUS, criado pela a constituição vigente e regulamentado pelas Leis n.º 8080/90 e n.º 8.142/90, Leis Orgânicas da Saúde, preceitua.

Contudo, mesmo com a oficialização da universalidade e demais princípios do Sistema Único de Saúde trazidos pela Constituição Federal, as mudanças econômicas e políticas provocaram e ainda provocam dificuldades para concretização desses preceitos, além de contarmos com grandes disparidades regionais que amplificam ainda mais os desafios nessa seara.

No tocante à estrutura do sistema de saúde no Brasil, há a divisão em saúde pública e privada, onde se procura manter através de planos de coberturas a proteção do indivíduo não só em caráter curativo, mas também em atividades de prevenção, já que a delimitação de saúde referindo-se apenas como ausência de doença resta superada.

No setor público, o Estado, por meio do Sistema Único de Saúde - SUS, é composto pelo Ministério da Saúde, Estados e Municípios e mediante as competências e responsabilidades dos entes federativos, tem o compromisso de agir, garantindo o direito à saúde de forma integral através de políticas públicas, independente de contribuição dos seus usuários à Seguridade Social. Assim, o Estado assume a responsabilidade de atingir a meta de universalização do atendimento médico, mas se insere atualmente num contexto alarmante, reflexo, muitas vezes, da insuficiência de recursos e má gestão, o que se ampara na possibilidade de migração de usuários do serviço público para a iniciativa privada através do chamado sistema de saúde suplementar que abrange serviços explorados por operadoras de planos privado, regulados pela Lei nº 9.656/98 e resoluções normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, autarquia federal vinculada ao Ministério da Saúde que tem a atribuição de controlar, fiscalizar e regulamentar a atividade do setor da saúde.

Logo, Barbarollo (2013) enfatiza que o Estado tem a atribuição precípua de prestar de forma direta ou indireta, os serviços públicos, fazendo uso de políticas públicas para a promoção do bem comum e manutenção de serviços adequados, todavia os reflexos da administração burocrática ainda persistem no modelo gerencial, modelo hoje instituído no país, cuja principal premissa é o enaltecimento do princípio da eficiência, e aquele abala a garantia de participação dos usuários dos serviços públicos, o que posteriormente repercutiu na criação de canais de manifestação, disciplinando o funcionamento das ouvidorias, possibilitando a avaliação continuada dos serviços públicos, apesar de ser também um mecanismo utilizado no setor privado.

Nesse diapasão, destaca-se um crescimento expressivo pela busca de contratos de planos de saúde como alternativa para o restabelecimento da saúde ou até mesmo para obtenção de um atendimento médico taxado como de melhor qualidade. Desta maneira, a iniciativa privada,

muito embora consiga satisfazer anseios pontuais e desafogar o serviço público, contribui para a segregação social e repercute negativamente na disponibilidade dos repasses de recursos públicos, influenciando a ineficiência, sustentabilidade e fomento de políticas públicas na esfera da saúde, além de não ser um ambiente isento de irregularidades e insatisfações na oferta de seus serviços.

Cumprir ressaltar que o direito à saúde, embora esteja associado na dimensão social, identifica-se sobre o viés subjetivo/individual que será propagado com maior ênfase no presente trabalho a fim de se buscar alternativas viáveis, que sejam céleres e eficazes, para realização das práticas de saúde, obedecendo às diretrizes e princípios trazidos no ordenamento jurídico brasileiro para o cumprimento do papel do Estado e demais atores envolvidos nas relações existentes no cenário sanitário.

A luta pela efetivação do direito à saúde sempre se deu de forma árdua, pelas dificuldades encontradas em relação à assistência médica, incluindo a percepção de medicamentos, realização de terapias e consultas e até mesmo na forma de tratamentos e comunicação estabelecidos entre profissionais da saúde e pacientes, gerando insatisfação diante desse cenário muitas vezes não propício a harmonização social.

Pode ser utilizado, portanto, vários mecanismos na tentativa de constituir uma sociedade mais justa, solidária e menos desigual, no qual se apresenta como prática recorrente o fenômeno da judicialização da saúde, gerando inúmeras demandas judiciais, as quais obriga o Estado no cumprimento do seu papel protetivo, ainda que seja atrelado ao setor de saúde privado. Todavia, essa prática é eivada de críticas referentes às condições estruturais do poder Judiciário com déficits no atendimento tanto no campo quantitativo, quanto qualitativo, em relação ao panorama político delicado, o respeito da reserva do possível e a interferência no planejamento e incrementos nas políticas públicas, fragilizando esse modelo de resolução de conflitos como forma de assegurar o direito à saúde, já que se podem ter resultados mais satisfatórios fazendo uso de técnicas menos invasivas, buscando a melhor administração de conflitos futuros, buscando o fortalecimento da democracia.

Reconhecendo-se o conflito como algo natural e presente nas nossas vidas, deve-se compreender que é possível o envolvimento de conflitos saudáveis com o desenvolvimento de habilidades específicas para a promoção da tão almejada paz entre as partes, resultando-se em desfechos positivos para ambos. Porém, deve-se ressaltar que esse pensamento contemporâneo precisa ser expandido, já que a ideia do conflito como sendo algo negativo perdurou-se por

muito tempo, ocasionando a prevalência da cultura do litígio, com a frágil crença de que a eliminação do conflito da vida social, de qualquer forma, pode contribuir para a pacificação.

O diálogo, nesse aspecto, constitui-se como peça fundamental para a resolução de conflitos, sendo a boa comunicação o caminho efetivo para a construção, preservação e lapidação das relações sociais, sendo as formas consensuais, com caráter voluntário, favoráveis a celeridade e encontro das reais necessidades de cada um que esteja envolvido no conflito. Podendo se aduzir dessa forma, que é crescente o pensamento de que as melhores saídas para a resolução de controvérsias e fortalecimento de democracias plurais estão no entorno da institucionalização de processos de enfrentamentos de forma pacífica dos conflitos, evitando-se a judicialização, e empregando mudanças substantivas para a prevenção de futuros problemas.

Deste modo, infere-se a importância da utilização de meios adequados para ser utilizados em cada caso e analisando o contexto hospitalar, vislumbra-se um cenário marcado por inúmeras problemáticas que podem variar no setor público e privado, mas em todos os casos percebe-se o emprego de disputa de poder, visto que as instituições de saúde são espaços de tensões de natureza grupal e profissional.

Foucault (2003, p. 7), nesse contexto, depreende o poder “como não sendo uma instituição, nem uma estrutura, nem um poder estatal, mas um lugar estratégico onde se encontram as relações de forças”. Assim sendo, o ambiente hospitalar favorece esse fenômeno e se somadas a outras ou um conjunto de características são estopins para ocorrência de conflitos que podem envolver diversos atores.

A hierarquia profissional, o enclausuramento dos profissionais e pacientes, as normas e procedimentos desgastantes que envolvem risco de morte constante, além de aspectos envolvendo participação e liderança são estimulantes para o estresse e uma rotina atribulada que requer muito equilíbrio emocional para poder ter uma convivência harmônica entre os sujeitos no entorno de um hospital e ainda assim o acometimento de divergências é algo que deve ser encarado com comedimento e de forma empática a fim de não se agravar e deixar os sentimentos ainda mais aflorados nesse ambiente.

Além do mais a baixa remuneração e condições desfavoráveis de trabalho e poucos instrumentos, desmotivam os profissionais da saúde, o que facilmente é comprovado pelo caos instalado principalmente do ramo da saúde pública, fazendo com que os atendimentos se tornem precários e como consequência trazem insatisfação aos usuários dos serviços de saúde.

Entender os processos e modelos de gestão hospitalar, auxiliam a compreender a dimensão dos posicionamentos individuais e coletivos, bem como os elementos contidos nas instituições hospitalares, levando a crer que as pessoas precisam ter autonomia e serem valorizadas independentemente da posição que ocupam, sendo a participação de cada ser fundamental para o transcurso laboral que deve ser descentralizado, com ênfase nas equipes.

Assim, através da observação do cotidiano dos profissionais de saúde, pode-se perceber que apesar de não ter um padrão único de atitude esperada, há melhores comportamentos a serem executados para momentos sensíveis entre várias composições de relações interpessoais que abarcam profissionais da saúde, administradores, gerência, fornecedores e demais colaboradores, pacientes, familiares, dentre outros.

Ademais, o hospital, como definido pela Organização Mundial da Saúde, “é parte integrante de um sistema coordenado de saúde, tanto curativa quanto preventiva, incluindo serviços extensivos à família, em seu domicílio e ainda um centro de formação para os que trabalham no campo da saúde e para as pesquisas bio-sociais” (OMS, informe técnico nº 122, 1957).

Dessa forma, há implicações que transcendem o ambiente interno de convivência e por isso requer muita cautela nas relações e trato de ordem pessoal, por sua complexidade e repercussão na vida cotidiana dos usuários dos serviços de saúde, devendo ser exercido sempre a função social hospitalar que é garantir a qualidade na oferta dos seus serviços.

A organização hospitalar vem passando por mudanças de ordem estrutural e gerencial, influenciadas pelo processo de globalização, onde vão sendo criados novos instrumentos de trabalho, novas técnicas de tratamento, multiplicação dos serviços ofertados, desenvolvimento de múltiplos sistemas de comunicação e o segmento privado vem se alastrando, ganhando contornos empresariais que não podem se distanciar do objetivo principal que é a restauração da saúde do paciente.

Nessa vertente, esclarece-se que a diversidade de atores e situações existentes na dinâmica hospitalar revela a necessidade de contar com instrumentos que auxiliem além dos processos técnicos e administrativos, mas que ajudem a avaliar a atuação dos profissionais e reparem problemas que afetam a qualidade dos serviços expostos na instituição, minimizando os danos de ordem psíquica e material, tendo em vista que muitos problemas enfrentados nos hospitais são ocasionados pela ausência de recursos ou insuficiência dos mesmos, impedindo ou dificultando a execução do correto tratamento a ser dispensado ao paciente.

A utilização de gestão construtiva de conflitos já é uma realidade constatada em experiências exitosas ao redor do mundo e precisa ser mais bem difundida para seu aprimoramento e aceitação popular, o que se concentra na explanação do presente. Sabendo-se que o respeito às diferenças e os desacordos entre os indivíduos possibilitam a existência de uma democracia plural, onde as divergências podem ser consideradas como combustível que impulsionam mudanças sociais e fazem com que os desejos de vários setores da sociedade sejam alvos de políticas do Estado.

A Mediação é uma forma de facilitar a solução de conflitos, tem como ponto principal a preservação do diálogo entre as partes conflitantes, o que influencia no resultado, pois para resolver os mais diversos problemas é preciso que as partes dialoguem entre si, reconhecendo seus verdadeiros interesses, para chegarem juntas a um acordo que beneficie todos os envolvidos no litígio (TARTUCE, 2008, p. 208).

Nesse contexto, o uso da mediação surge como possibilidade de ser um método adequado para dirimir conflitos nas relações médico-hospitalares, revelando-se como forma eficaz para o restabelecimento do diálogo com a finalidade de retomar a autodeterminação das pessoas para que haja uma reparação não só material dos danos sofridos, mas uma reparação moral e administração mais duradoura do conflito, levando em consideração às situações de vulnerabilidade e contínuas em ambientes hospitalares.

Nascimento (2020) ressalta que deve se manter um nível adequado do conflito no ambiente hospitalar, visto sob a ótica positiva de enfrentamento das controvérsias, e para esses casos, a utilização da mediação com a presença de um terceiro imparcial, devidamente capacitado e isento de poder de julgamento ou decisão, proporcionará a humanização do direito médico ao analisar e encontrar o real foco dos problemas, acometidos por diversos traços comportamentais para cada situação, conseguindo um diagnóstico de conflitos na gestão da saúde e entendendo que um dos maiores motivos de insatisfação é falta de *feedback* no elo de comunicação, por isso trabalhar na efetividade comunicativa é essencial para o predomínio da satisfação humana.

É evidente que a expectativa em alcançar êxito na resolução da lide é o que propulsiona essa técnica que promove o diálogo fundamentado na cooperação entre as partes e a participação de um terceiro como facilitador dessa comunicação, corroborando o entendimento de que a existência de conflito não é prejudicial e a sua boa ou má administração é que resultará em desfecho positivo ou negativo.

Nessa senda, o Brasil prevê a mediação por meio Lei nº 13.140/2015 e se insere como meio adequado para solucionar controvérsias de relações continuadas, podendo ser aplicada em casos de conflitos familiares, de vizinhança, decorrentes também de relações comerciais, trabalhistas, dentre outras e conta com a atuação de uma terceira pessoa que deve agir de maneira imparcial e, acima de tudo, ser qualificada para conduzir o processo de forma sigilosa a fim de promover efetivos de pacificação social, solução e prevenção de litígios. Ademais a mediação foi incluída como ferramenta pré-processual, prevista no NCPC/2015 através da Lei 13.105/2015, servindo-se como um novo paradigma da justiça.

Segue-se, portanto, com a tendência de desconstituição de lides, por meio de uma gestão pacífica de conflitos, visando o reestabelecimento de vínculos afetivos, reestruturando a comunicação e promovendo benefícios diversos para as organizações.

Esta percepção representa um novo caminho trilhado pelas instituições de saúde, aproximando a população dos profissionais da saúde, passando pela humanização dos serviços de saúde e buscando a pacificação social, que pode ser apontada como objetivo do processo de mediação, que prima pela cooperação entre as partes, já que nessa esfera, exigem-se dos profissionais, mais clareza e sensibilidade nas suas respectivas funções de prestações de serviços de saúde.

Deve-se enfatizar na gestão de conflitos, a importância do processo de escuta das demandas e estas podem ser realizadas utilizando algumas ferramentas que privilegiem e permitam facilitar essa dinâmica, como se trata da inserção das ouvidorias no meio hospitalar, ampliando a participação dos cidadãos nas organizações, aproximando-os dos responsáveis pelos serviços de saúde, ou até mesmo do Estado, em se tratando de hospitais públicos.

A participação ativa do cidadão favorece o alinhamento das ações gerenciais da organização hospitalar beneficiando esse ambiente em todos os aspectos e as ouvidorias estão ganhando mais visibilidade, credibilidade e legitimidade perante a sociedade pelos bons resultados apresentados sustentando a apresentação de técnicas de mediação na aplicação de suas demandas recepcionadas em sede de hospitais públicos e privados.

Diante dessa perspectiva, os canais de comunicação reverenciados pela ouvidoria, facilitam a interlocução entre usuários e instituições de saúde, permitindo a entrada de reivindicações, sugestões e informações, oportunizando uma resolução consensual pautada na descoberta de caminhos sugeridos pelos próprios sujeitos partícipes dessa problemática, tornando o desfecho mais eficaz e célere. Assim sendo, a mediação pode ser a proposta viável

para o transcurso dessa comunicação dentro das organizações, resolvendo conflitos e promovendo um melhor andamento do cotidiano hospitalar.

As manifestações sociais no entorno de instituições de saúde fortalecem e estimulam o exercício da cidadania provocando efetivamente melhorias na prestação dos serviços no que se concerne especificamente ao direito à saúde. Nessa dimensão, a mediação das ouvidorias ameniza os infortúnios cotidianos, melhorando o desempenho hospitalar e apresentando novas modalidades de comunicação sob a perspectiva de uma cultura de alteridade e de diálogo que perpassa a corresponsabilidade de cada pessoa na construção de um modo de convívio inclusivo que atenda às necessidades individuais ou de um grupo por meio da democracia participativa.

Um hospital, nessa esteira, compreende-se como uma organização extremamente complexa que ultrapassa o caráter curativo, com múltiplas finalidades e agrupamentos diversos que podem provocar divergências idealísticas e para seu bom funcionamento dependem, além de sua infraestrutura, de profissionais desempenhando a contento as tarefas que lhes são inerentes, contando com os desafios de gerir conflitos que porventura surjam em sua alçada.

Dessa forma, o impacto das resoluções de conflitos em meio hospitalar, se traduz em vantagens para colaboradores e pacientes e a mediação na saúde além de ser um adequado meio para se alcançar a efetivação de direitos, permite a construção de um ambiente pacificador, perpetuando-se a credibilidade dos agentes, onde os pacientes ganham mais confiança em seus tratamentos, respaldados na certeza de que diante de controvérsias, contam com uma ferramenta para expor suas aflições e angústias e serão ouvidos e conseqüentemente suas manifestações serão analisadas com a possibilidade de tomada de medidas cabíveis.

Outro ponto relevante a se considerar é o atual e preocupante cenário de judicialização, que se insere no contexto de uma estrutura formalista e burocratizada estabelecida pelas normativas da justiça brasileira que poucas vezes redimensiona os conflitos no espectro de transformação das partes envolvidas, promovendo um cenário de descontentamento.

A saúde suplementar é fiscalizada pela agencia reguladora ANS que também regulamenta os canais de reclamação para que os clientes de operadoras de planos de saúde possam se manifestar contra abusos cometidos pelas mesmas, além de poderem acompanhar o andamento de sua demanda, o que definitivamente representa um grande avanço para sociedade poder contar com esse mecanismo institucional.

Deve-se esclarecer que as ouvidorias no âmbito público e privado se assemelham em suas atribuições, embora sejam regulamentadas por legislações distintas, ambas protegem os

direitos dos usuários e promovem o aperfeiçoamento na prestação dos serviços, constituindo-se, em ferramenta primordial para estudos teóricos e práticos.

Reconhece-se assim o valor desse instrumento, avaliando o ouvidor como uma espécie de mediador, demonstrando que a sedimentação de conceitos e de práticas da Ouvidoria são plenamente benéficas e viáveis para a inclusão social. Acentua-se que o ouvidor, bem como o mediador, não tem poder coercitivo nem mandamental, devendo agir apenas auxiliando no processo de comunicação, e nesse aspecto, cabe as partes envolvidas encontrarem uma solução que traga satisfação para ambas.

Nesta linha, grande relevância ganha as ouvidorias, na disponibilização dos atos de recepção, escuta, registro e tratamento das manifestações dos usuários dos serviços de saúde que podem ter seus conflitos geridos com técnicas da mediação, levando-se em consideração que a ouvidoria é uma instância de controle e participação social que exerce funções pedagógicas e autonomia dos demandantes.

Visto isto, apesar de todos os avanços legislativos e amadurecimento da democracia com a criação de instrumentos de participação popular, há inúmeros desafios para a efetivação desses mecanismos, de forma que se alcance melhores números de acesso e repercussão positiva para dirimir os conflitos no entorno hospitalar, sendo consubstanciada ações continuadas, para que não haja retrocessos no controle social.

A partir do referencial teórico adotado, reconhece-se o potencial da mediação da saúde para transformação institucional do SUS e hospitais privados, com uso de ferramentas diversas buscando a implementação de canais que possam facilitar o diálogo entre usuários e gestores e consequentemente garantir serviços com mais qualidade, gerando satisfação aos pacientes/clientes. Explorar possibilidades consensuais é a estratégia mais acertada e isso pode ser observada em experiências e relatos ao redor do mundo e em nosso país também vem crescendo o número de adeptos a essa modalidade que humaniza a saúde e transforma o indivíduo a partir do momento que lhe dá autonomia e condições de solver por conta própria os seus litígios sem embates desgastantes e morosos que acarretam custos elevados.

O tempo é um fator determinante a ser considerado, pois a insatisfação seja por qualquer motivo repousa na premissa de querer vislumbrar rapidamente uma solução, com instrumentos acessíveis e a partir de uma análise jurídica permissiva de um meio adequado que produz todas alternativas institucionais, a percepção que se tem é a garantia de ter efetivamente o direito à saúde amparado.

Nesse sentido, a pesquisa promove contextualizações específicas que envolve o clima organizacional dos hospitais que devem ser bem cultivados, voltados a situação crítica da saúde pública e constantes reclamações na saúde suplementar reguladas pela ANS, merecendo uma análise crítica sobre a alarmante situação.

Dessa forma, foram realizadas várias contextualizações para demonstrar a viabilidade de implementar a mediação como instrumento de gestão de conflitos em meio hospitalar, sendo observada a atual organização institucional da saúde brasileira, analisando as diretrizes constitucionais.

Foi voltado o olhar a dimensão teórica do conflito e sua importância para o desenvolvimento das organizações e vistos na ótica específica dos conflitos que ocorrem no interior dos hospitais. Foi contextualizada também a prática da mediação como instrumento pacificador, demonstrando práticas de sucesso e por fim, num papel mais interventivo demonstrou-se o uso da mediação como técnica desenvolvida em ouvidorias.

Deste modo, aduz como questionamentos ao presente: se a gestão de conflitos nas relações médico-hospitalares, amparada na metodologia extrajudicial da mediação se mostra um instrumento eficaz para a efetivação do direito à saúde. Se o uso da mediação reduz os impactos negativos causados pela cultura do litígio, bem como as perceptíveis assimetrias de acesso, fortalecendo o sistema de saúde no Brasil. Se a proposta trazida pela ouvidoria se mostra eficaz, fazendo uso de técnicas de mediação.

Entendendo-se que o acesso à Justiça não se restringe somente ao acesso ao Judiciário, mas a todos os meios que permitam a defesa e garantia dos direitos fundamentais e sociais, entende-se que a mediação está inserida nesse panorama, já que proporciona a ampla defesa construída em pilares de diálogos francos e cooperativos, robustecendo o Estado Democrático de Direito, já que este está vinculado à instituição do estado de paz.

Levanta-se a hipótese que constitui, portanto, premissa básica para o desenvolvimento da sociedade nos objetivos pertinentes à proteção à saúde, a busca de meios capazes de fortalecer os indivíduos para que haja o alcance de metas de justiça, realizada dentro ou fora do âmbito jurídico, mas que sejam legítimas para ter efetivados os direitos garantidos constitucionalmente e o uso da mediação utilizando os canais de ouvidoria suprem essa necessidade com a agilidade necessária as demandas sociais.

A saúde por ser um direito intrínseco ao ser humano deve ser garantido, então por um meio capaz de buscar os reais motivos para sua não efetivação e tendo em vista que a mediação

tem-se mostrado como um instrumento harmonizador de relações intersociais, será viável a sua adoção para combater conflitos na seara sanitária.

Ademais, acredita-se que um dos maiores causadores das discórdias são os desgastes psicológicos enfrentados na dura rotina hospitalar, além de inúmeros fatores externos e internos de desordem de gestão que influenciam o comportamento dos profissionais de saúde e causam insatisfação aos pacientes e familiares e se não solucionados em tempo hábil podem acarretar em más consequências e estas perdurarem em longo prazo, podendo repercutir negativamente no enfrentamento de tratamentos, podendo agravar inclusive o estado de saúde. Dessa forma, tem-se muita urgência na resolução de conflitos nessa seara.

A mediação sanitária já é difundida como uma técnica de resolução de controvérsias, então para torná-la mais legítima seria benéfico além da implementação, instrumentalizar corretamente esse mecanismo. Além disso, aplicar-se-ia a teoria da boa administração do conflito, passando este a ser encarado de forma positiva, aprendendo a construir um diálogo franco e encontrar por si mesmo os pontos convergentes a fim de solucioná-lo, desta maneira teria um efeito mais do que imediato, serviria como base na prevenção de novos conflitos.

A pertinência do estudo dessa problemática infere-se na atual conjuntura do país que aponta um Estado inoperante e ineficaz na elevação da qualidade dos serviços prestados na área da saúde, no não contentamento em decisões judiciais que não seguem um parâmetro adequado e podem proporcionar desequilíbrios sociais e financeiros ao Executivo, além de se vislumbrar um meio propício na esfera da saúde privada que seja mais célere e eficaz, devendo-se, portanto angariar esforços em alternativas que promovam o respeito a dignidade da pessoa humana, restaurando premissas de ajuda nesse mundo pluralista em que se vive, primando por soluções de aspecto ganha-ganha.

A mediação como um mecanismo consensual de resolução de controvérsias no âmbito sanitário se destaca em meio a crise institucional do Poder Judiciário, atribuindo o poder decisório às partes envolvidas que passam a ter autonomia e sentem-se empoderadas nesse processo construtivo e transformador que o diálogo se propõe, trazendo uma resolução mais efetiva aos conflitos que envolvem seus integrantes.

As consequências geradas pelos conflitos no ambiente hospitalar estão ligadas a produtividade e qualidade nas relações interpessoais e serviços de saúde, porém a contemporânea vertente entende que o conflito pode estimular o potencial de inovação e a mediação se propõe nesse aspecto de uma boa administração do mesmo.

Logo, o tema revela-se potencialmente relevante para o debate doutrinário e empírico, na medida que pode subsidiar no tratamento de conflitos de instituições de saúde, observando as medidas concretas tomadas no processo de instalação e reestruturação de serviços de Ouvidoria operando de forma mediadora de conflitos, sendo esse segmento rico em discussões no campo legislativo também, com implicações para a gestão hospitalar no campo público e na assistência médica suplementar no Brasil.

Assim, o objetivo nuclear da pesquisa é: analisar a situação da saúde no Brasil e o uso da mediação como mecanismo de gestão de conflitos no meio hospitalar, compreendendo suas repercussões sociais, políticas e jurídicas.

E no tocante aos objetivos específicos desta tese destaca-se: examinar a institucionalização da saúde, averiguar quais os fatores que influenciam no surgimento de conflitos no setor da saúde, analisar os normativos e implementação da mediação na seara sanitária e verificar os benefícios do uso da mediação como uma ferramenta de resolução de conflitos no âmbito das ouvidorias em hospitais.

Para o alcance dos objetivos expostos e com o intuito de solucionar as problemáticas apresentadas, utilizou-se da metodologia através de pesquisa bibliográfica de títulos nacionais e estrangeiros referentes a saúde pública e privada, institucionalização da saúde, judicialização da saúde, teoria e gestão do conflito, mediação de conflitos, ouvidorias na seara sanitária, estudos baseados em relatórios emitidos pela ANS e operadoras de planos de saúde, bem como foi analisada normas legais sobre o tema. Além disso, realizou-se estudo de casos de cooperativa médica, cujos relatos serão postos em momento oportuno.

Os métodos de procedimentos da pesquisa foram comparativos, uma vez que foi realizada a apresentação e análise de dados obtidos no relatório por diferentes órgãos e métodos estatísticos, cuja quantificação dos resultados obtidos auxiliaram no estabelecimento de relações e correlações existentes entre os dados exibidos e o conteúdo doutrinário apresentado.

Quanto à natureza, a pesquisa é qualitativa, ao interpretar a gestão de conflitos da saúde com uso da mediação com métodos quantitativos. E quanto aos fins, caracteriza-se por ser descritiva, pois objetiva descrever, analisar e classificar a mediação com proposição de interferência na realidade posta

No que diz respeito a estrutura, o trabalho está dividido em quatro partes. As contextualizações descritas estão expostas na organização dos capítulos que serão apresentados, iniciando com o primeiro intitulado como: Saúde: Discursos institucionais e previsão na ordem

constitucional brasileira, onde são explanados primeiramente todos os apontamentos referentes ao conceito de saúde, o propósito de instauração deste no ordenamento jurídico, bem como o estudo do avanço legislativo apoiado nas interpretações doutrinárias acerca da natureza jurídica do termo.

Revela-se também nesse capítulo, a atual estrutura do sistema de saúde no Brasil, para melhor compreensão do tema, trazendo um breve histórico do papel estatal no setor público para garantir o direito à saúde e desenvolvimento da saúde no campo privado e alguns efeitos da Judicialização nesse contexto. Sucintamente foi demonstrado também como as diretrizes podem afetar as relações médico-hospitalares, ressaltando a importância do diálogo entre seus partícipes.

Nesse sentido aponta-se as dificuldades das instituições de saúde em suas relações interpessoais e participativas, além do desafio de se manter com recursos escassos, devendo responder às necessidades em saúde, maximizando o bem estar e respeitando a dignidade de cada sujeito.

O segundo capítulo trata sobre a concepção do conflito e sua gestão construtiva no âmbito sanitário e fala sobre a organização hospitalar nesse aspecto de estar propenso ao acometimento de muitas divergências.

Nessa sessão é explanada uma visão mais detalhada acerca do conceito e teoria do conflito, demonstrando que o mesmo é parte integrante de qualquer tipo de relação, analisando o entendimento de diversos autores sobre o tema, revelando os benefícios e as limitações que lhe são associadas

São demonstrados os tipos de conflitos existentes no âmbito da saúde, a fim de verificação dos meios eficazes para contornar as problemáticas acometidas nesse espaço de relações continuadas e contextualiza-se a organização hospitalar nesse aspecto, revelando suas implicações no cotidiano de seus partícipes, bem como discute-se sobre o fenômeno da judicialização da saúde, concluindo assim a importância de uma boa gestão dos conflitos para evitar a chegada a esse patamar.

O terceiro capítulo intitulado Mediação de conflitos no ambiente hospitalar traz, ensinamentos sobre o conceito e importância da mediação de forma geral para a resolução de conflitos, fazendo uma breve explanação histórica, apresentando os objetivos e princípios norteadores da mediação, bem como a descrição do papel do mediador.

São apresentadas as classificações da mediação bem como as etapas principais de um processo de mediação e aborda igualmente as consequências, positivas e negativas, da aplicação da Mediação.

Trata também sobre a proposta da utilização da mediação como forma de gestão de conflito no setor da saúde, especificamente em ambiente hospitalar. Dessa forma, busca-se demonstrar que a Mediação Sanitária pode ser uma solução efetiva e eficaz frente à crescente judicialização da saúde, que traz outros benefícios à saúde pública e privada sendo viável sua criação e institucionalização nos campos sanitários.

Por sua vez, o quarto capítulo apresenta a análise, institucionalização e características das ouvidorias públicas e privadas no contexto geral e no país, sendo uma importante ferramenta para recepção e registro de demandas que promovem a agilidade necessária para um desfecho positivo.

Para melhor constatação da viabilidade do uso das técnicas de mediação no âmbito das ouvidorias hospitalares, realizou-se estudo de casos de cooperativa médica, demonstrando casos de sucessos e casos diversos de outras instituições com exposição de resultados e análise de dados obtidos.

Nesse último capítulo, portanto foi compilada uma proposta de intervenção com análise da eficácia das ouvidorias nesse processo de comunicação, visando a melhoria dos serviços de saúde, retomando o problema de pesquisa sobre os benefícios que o processo de escuta e não adversariedade produzida em métodos voluntários consensuais podem resultar, mas também aponta-se ainda algumas dificuldades no tocante a divulgação e limitações relativas a investimentos e recursos dispendidos nesse setor.

A finalidade do trabalho, portanto é demonstrar como a prática da mediação pode ser utilizada como gestão pacífica de conflitos em ambientes hospitalares, buscando reestruturar esse ambiente repleto de tensões e incongruências, melhorando as estratégias adotadas pelos profissionais de saúde em casos específicos, obedecendo aos dispositivos legais e permitindo o exercício de uma cidadania ativa, possibilitando a participação efetiva no cidadão dentro dos espaços públicos e privados da saúde na construção de uma justiça cidadã.

Diante deste panorama espera-se ampliar o debate acerca do assunto, confirmando a necessidade de as lideranças na saúde estarem preparadas para as complexidades dos conflitos, gerindo-os da melhor forma e buscando resoluções consensuais efetivas.

1 SAÚDE: DISCURSOS INSTITUCIONAIS E PREVISÃO NA ORDEM CONSTITUCIONAL BRASILEIRA

A história da saúde é marcada por diversas transformações no tocante a sua própria definição, em relação ao manejo e procedimentos com finalidades curativas e preventivas em diversas comunidades em dados momentos históricos e ao reconhecimento como direito fundamental e social, buscando firmar o entendimento sobre saúde além da manutenção da integridade física, mas sobretudo como forma de garantia da dignidade humana.

Deve-se então ter ciência dessas percepções e sobre a trajetória do amparo da saúde estabelecidos no cenário mundial, para se obter uma visão mais ampla das situações multiculturais, assim como no âmbito nacional, reconhecendo as mutações no setor público e privado de saúde e suas nuances positivas e negativas para correta orientação de comportamentos, visando uma melhor convivência entre os profissionais de saúde e a sociedade de forma geral e adequação institucional.

A análise das instituições hospitalares faz-se extremamente necessária para o aprofundamento do presente estudo, pretendendo acima de tudo, descobrir caminhos para o enfrentamento dos conflitos existentes nessa seara, tendo em vista os inúmeros desafios para se conseguir suprir às condições propostas para uma vida considerada saudável e a responsabilidade de fiscalização e controle cabe a todos os envolvidos, quer sejam, agentes políticos, profissionais da saúde e usuários dos serviços de saúde públicos e privados, já que a questão deve ter como norte o irrestrito acesso à saúde, avaliando as causas que se pendem na distorção das diretrizes constitucionais e verificando as assimetrias de qualidade em busca da construção do consenso e dos diálogos institucionais focados em saúde e eficiência para assim melhor administrar as controvérsias referentes ao tema.

1. Delimitação do conceito de saúde e o paradigma da dignidade humana

A definição do termo saúde enquanto bem social traz concepções que repercutem no ambiente sociopolítico e cultural de um povo, devendo ser levado em consideração, portanto, o dado momento histórico em que está inserido, a sociedade e os valores atribuídos a esta para se atingir o seu real sentido e assim sistematizá-lo a fim de alcançar a sua eficácia, eliminando suas possíveis barreiras.

Depreende-se que a discussão que gira em torno do conceito de saúde interessa a todos por se tratar de um bem tão precioso e necessário a condição humana e pode se consignar que surgiram muitas divergências filosóficas e doutrinárias que ainda perduram nos dias atuais, dado às múltiplas interpretações e aplicações do termo saúde, com diversas visões de mundo.

Destaca-se que etimologicamente a palavra saúde deriva do termo em espanhol *salud*, do italiano *salute*, provenientes do latim *salus (salutis) e sanitas*, que tem dentre outros significados o de ser íntegro, referindo-se à integridade anátomo-funcional dos organismos vivos (sanidade) e abarca o significado de segurança, saudação, salvação, conservação da vida, cura e bem-estar, corroborando o entendimento de que o cuidado com a saúde é de extrema relevância para a realização pessoal, pois está atrelado ao contexto de felicidade. Assim, subtende-se que as metodologias aplicadas para resolução de problemáticas ligadas à saúde, além de dever ser reparadas de forma urgente, devem ter caráter continuado no campo preventivo para proporcionar o bem-estar contínuo.

A relação dos povos com a saúde foi se diversificando de acordo com as intervenções religiosas, sociais e econômicas sofridas com o passar do tempo e essas alterações de percepções englobam muitos elementos responsáveis para o bem-estar humano que precisam ser conhecidas para melhor compreensão da necessidade de regulamentação dos propósitos garantidores da saúde a fim de satisfazer toda a sociedade.

No início das civilizações utilizava-se muito o conhecimento místico, principalmente nas antigas civilizações do Egito, Mesopotâmia, China e Índia, onde se estudava a relação do corpo e mente com uma perspectiva sobrenatural, reconhecendo a doença como uma resposta à transgressão de uma lei divina, segundo ressalta Finger (1994).

A prática mágico-religiosa foi difundida como meio de libertação desse males e não se pode olvidar que se tem inclusive em terras brasileiras, a cultura da arte terapêutica como forma de cura em seres humanos, cultura essa que ainda resiste em tribos indígenas, em algumas religiões e comunidades mais afastadas dos grandes centros sociais, onde se busca ferramentas

eficazes associadas ao meio de salvação e bem-estar, sendo executada por pessoas preparadas e dotadas de maior sensibilidade que curam e tratam dos malefícios do corpo e da mente e assim ganham confiança e poder nas relações interpessoais e muitos adeptos a essa forma de cuidado.

Ademais, a partir dessa prática descrita, sobreveio o desenvolvimento do modelo empírico-racional, o qual criou a teoria dos Humores Corporais que associava a saúde e a doença a quatro humores representados pelo sangue, fleugma, bílis amarela e bílis negra.¹

Posteriormente, tem-se o desenvolvimento da ciência como aliada na perpetuação da vida e que muito contribuiu para a descoberta de novos tratamentos e formulação de medicamentos substancialmente importantes para obtenção de resultados positivos em diversos tipos de seres. Pode ser atribuído ao crescimento da ciência, a expansão das cidades e conseqüente elevação de doenças e epidemias que afetaram e dizimaram muitas pessoas, emergindo a preocupação com a saúde de forma coletiva e no estudo de formas de cura para as diversas patologias registradas. Surgiu, então, novo sistema médico através do modelo científico ocidental biomédico que está inserido na Primeira Revolução da Saúde, a chamada teoria do germe, caracterizada pela aplicação do modelo à prevenção de doenças através de estudos de micro-organismos e a saúde foi entendida como ausência de doença.

Contudo, surgiram duras críticas a esse modelo. Canguilhem (1982) afirma que pensar em corpo doente apenas pelo mau funcionamento dos mecanismos de uma máquina complexa (como o corpo era visto), faz parte de uma reflexão reducionista que não deve prosperar. Ele acredita que se deve buscar a compreensão da relação do homem com o ambiente nesse processo entre saúde e doença. Michael (1982) explica em seu trabalho intitulado *American Psychologist* que há vários influenciadores para o estado de saúde de um indivíduo que é atribuído ao seu comportamento com o meio em que está inserido e Engel (1977) já enfatizava o entendimento de que se precisa revisar o conceito do modelo biomédico, buscando então novas alternativas de condução da saúde, admitindo a existência de componentes de ordem subjetiva ou afetiva para o aparecimento ou piora de patologias, advindo uma nova forma de pensar sobre saúde.

¹ A concepção dos quatro humores do corpo humano também conhecida como teoria humoral hipocrática fundamenta-se pela existência de quatro substâncias essenciais à subsistência do homem e a necessidade desses elementos estarem em constante equilíbrio para o não acometimento de doenças. Além do mais, segundo essa teoria, a combinação desses elementos ocasiona e explica o temperamento humano, tendo implicações portanto não só em aspectos fisiológicos, mas sobretudo aos psicológicos. Essas ideias tiveram repercussão na Idade Média e início da Idade Moderna e atualmente serve apenas de referência histórica. Mais informações vide REZENDE, JM. **À sombra do plátano: crônicas de história da medicina** [online]. São Paulo: Editora Unifesp, 2009. Dos quatro humores às quatro bases. pp. 49-53.

Pode se destacar para o progresso das medidas interventivas acerca da saúde, a criação da Organização das Nações Unidas – ONU, através da Conferência de São Francisco no dia 24 de outubro de 1945, a qual resgatou a dignidade humana do período pós-guerra, incentivando a cooperação dos Estados com particulares, buscando essencialmente a paz entre os povos, o progresso social e melhores padrões de vida. Lembrando que a ONU é constituída por vários órgãos e por uma série de agências especializadas e entre elas estão a Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização Internacional do Trabalho (OIT), Banco Mundial (BM), Fundo Monetário Internacional (FMI), dentre outros programas inseridos no contexto de proporcionar bem-estar a toda sociedade.

No tocante à OMS, inicialmente ela serviu como instrumento para prestação de socorro às populações civis recentemente atingidas pela Segunda Guerra Mundial e atualmente tem inúmeras funções, as quais podem ser citadas a pesquisa, o estabelecimento de normas, acompanhamento e avaliação das tendências de saúde, dentre outras iniciativas.

Em se tratando de grande marco para civilização humana, tem-se a Declaração Universal dos Direitos Humanos – DUDH, criada após o genocídio praticado durante a Segunda Guerra Mundial e trouxe novos preceitos para o estabelecimento dos direitos sem distinções e propostas dignas a todos, disciplinando em suas 30 cláusulas os direitos considerados humanos, dentre os quais aparece a saúde, surgindo assim um novo paradigma conceitual, fomentando o fortalecimento da dignidade da pessoa humana, como se pode constatar no teor do documento.

Art.25º, 1: Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade. (ORGANIZAÇÃO NACIONAL DAS NAÇÕES UNIDAS, Declaração Universal dos Direitos Humanos, 2009).

Todavia, importante esclarecer que o documento se trata de um referencial e não tem caráter coercitivo e punitivo. Além disso, sua regulamentação no ordenamento jurídico pátrio não significa ter garantido de forma total esses direitos, visto que a legislação acompanha a contextualização da cidadania, e se ela sofre com dificuldades na instauração de um regime político baseado em dirimir desigualdades sociais, sabe-se que pode ter impasses para concretização de seus direitos.

Por fim, após todo o aparato histórico explanado, incorpora-se uma visão que se deve pensar em saúde não somente como ausência de doenças e enfermidades, considerando a saúde apenas em seu aspecto biológico, mas como propôs a Organização Mundial da Saúde (OMS)

em 1948, a nova definição de saúde a estabelece como estado positivo de completo bem-estar físico, mental e social.

Trata-se, portanto de um conceito mais holístico no sentido de que se deve prosperar os pensamentos das especialidades médicas em agir não só buscando resoluções em sua determinada área e cura física, mas trabalhar no conjunto de conceitos de ordem psicológica e social, se atentando às condições ambientais de cada indivíduo.

Reconheceu-se também a saúde como direito fundamental que independe de raça, crença, condição social e econômica, tornando-se primordial a sua proteção legal a fim de promover o nível de saúde o mais elevado possível. Dessa forma, a definição encontrada no preâmbulo da Constituição da OMS é a mais abrangente que prevalece hodiernamente, embora se tenha algumas ressalvas no que tange ao seu cumprimento.

Cumprir salientar que se alcançou a segunda revolução da saúde na década de 70, atribuindo severas críticas ao modelo biomédico e visualizando a saúde como um todo e não somente com foco na doença. Portanto a preocupação começou a se voltar na promoção da saúde e estilo de vida.

Richmond, em 1976, realizou um estudo nos Estados Unidos da América, onde constatou que cerca de 50% das mortes prematuras estavam atreladas a comportamentos inadequados ou ao estilo de vida; 20% a fatores ambientais; 20% à biologia humana; e 10% a cuidados de saúde inadequados. Logo, concluiu que o acometimento de doenças dependia em maior grau das condições sociais, preterindo o conceito antigo de saúde, que focalizava mais o aspecto de sanidade (Ribeiro, 2011).

Nessa perspectiva evolutiva, a terceira revolução da saúde foi incorporada, voltando sua ênfase na capacidade de atendimento e custos para a promoção da saúde, sendo observados novos padrões de doenças e procurando aproximar os serviços de saúde à comunidade, mesmo estando o setor privado como um dos pilares da assistência médico-hospitalar. Vislumbra-se dessa forma, que proteger a saúde significa estar em constante ajustamento às mudanças políticas, econômicas e sociais, simbolizando um compromisso a ser alcançado.

Segundo os ensinamentos de Arendt (1987) a cidadania significa “direito a ter direitos”, nesse sentido, o fortalecimento da democracia deve ser perseguido, já que precisamos estar num ambiente propício a não somente a percepção de direitos, mas com possibilidades de reivindicar por melhorias de condições de vida.

Estabelecendo o elo com a cidadania, pode-se trazer o conceito contemporâneo do referido termo:

Cidadania é a condição de acesso aos direitos sociais (educação, saúde, segurança, previdência) e econômicos (salário justo, emprego) que permite que o cidadão possa desenvolver todas as suas potencialidades, incluindo a de participar de forma ativa, organizada e consciente, da construção da vida coletiva no Estado democrático. (Bonavides; Miranda; Agra, 2009. p. 7).

Logo, estando saúde e cidadania intrinsicamente ligados, Estados se posicionaram em busca de melhor resguardar e aplicar esses conceitos, mesmo sendo necessárias muitas lutas sociais. Percebe-se que, muito embora se reconheça o avanço estabelecido da nova definição de saúde, há controvérsias no tocante ao alcance do chamado “estado de completo bem-estar...”, surgindo muitas discussões se há concreta possibilidade de atingir esse ideal, vindo a indagação do que de fato corresponde a esse bem-estar, denotando-se um caráter demasiadamente subjetivo e questionando-se a aplicabilidade imediata da saúde enquanto direito, já que depende da união de diversos fatores para o seu estabelecimento.

Nessa conjuntura, mais uma vez fica nítida a necessidade de trazer à baila da discussão uma positivação constitucional acerca da saúde, esclarecendo pontualmente o dever de respeito e cuidado desse direito fundamental, que se conecta ao direito à vida, sendo uma questão primária fundamental, mas que deve ser observada as determinantes sociais que podem ser identificadas como meio ambiente, alimentação, habitação e renda, já que a visão biopsicossocial foi um contributo para os estudos sobre a relação entre saúde e vida social.

A mudança e ampliação do conceito de saúde trouxe o incremento de debates acerca de temas relacionados aos tratamentos médico-hospitalares, à proteção trabalhista, à garantia de fornecimento de medicamentos, dentre outros, fazendo surgir além de benefícios, desentendimentos nas relações continuadas nessa esteira, seja pelo descumprimento da oferta de produtos e serviços garantidores da promoção da saúde, seja na excessiva criação de expectativas e idealização de uma perfeita proteção à saúde de forma universal, já que nos novos panoramas, trazia-se aspectos coletivos a serem tratados na comunidade, mas pouco se desenvolvia politicamente, afastando-se do caminho da saúde necessário à população.

Em relação ao caso específico do Brasil, o conceito implantado pela OMS teve apoio da 8ª Conferência Nacional da Saúde em 1986, delineando a saúde como sendo “a resultante das condições de alimentação, habitação, educação e renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde”.

Sendo, portanto, imprescindível a adoção de políticas públicas capazes de sanar problemáticas relacionadas aos citados elementos.

Visto isso, as políticas de ações sanitárias ganharam novo norte em busca de reconhecimento estatal, procurando garantir melhores condições de vida para que se tenha o alcance concreto do direito à saúde, findando o posicionamento da saúde como forma isolada e associando a saúde ao interesse acerca dos elementos ambientais, econômicos, educacionais, os conduzindo de maneira assertiva.

Portanto resta estabelecido que embora não se tenha um consenso em relação a uma definição universal e no caso particular do Brasil não se tem um conceito definido legalmente diante da dificuldade de se estabelecer a mesma situação de saúde para todos, deve-se entender saúde e qualidade de vida no mesmo patamar, dando a sua devida importância para que seja estabelecida a dignidade aos cidadãos e sabendo-se que faz parte de um processo complexo e contínuo e que está susceptível a constantes mudanças.

Em conformidade ao supra entendimento, Moreira destaca:

Observa-se, por outro lado que a dignidade humana exprime tudo aquilo que dá qualidade ao ser humano, enaltecendo-o como pessoa, distinguindo-o como espécie por outro lado, a condição humana, no sentido antropológico, constitui-se no conjunto das características físicas e orgânicas, mentais, psicológicas, afetivas, supostamente comuns a toda espécie. Assim, há uma relação ontológica entre a Dignidade Humana e a própria natureza ou condição humana (Moreira, 2006, p.149).

Logo, corrobora-se a importância da saúde para o ser humano, já que é um dos principais componentes da vida e elemento de cidadania, não podendo ser violado sob pena de causar rompimentos na qualidade de vida e na própria dignidade humana e para a promoção da saúde deve-se fazer uso de saberes e práticas além do tratamento de doenças, mas sobretudo preocupar-se com as determinantes sociais para o direito a uma vida plena, sem privações, já que saúde tem conceito positivo e não alusivo apenas ao seu setor.

1.1.1 Construindo saberes em torno da saúde: corpo saudável x corpo doente

A concepção de corpo no contexto de saúde acompanha o processo de definição de saúde e enfermidade interligando o significado dualista entre corpo e espírito e corpo e mente. Nesse intento, deve-se contextualizar os pensamentos filosóficos e doutrinários surgidos desde a Grécia Antiga, onde se buscou com afincado teorizar o funcionamento do cérebro e de todo o corpo, cujos ensinamentos foram de grande valia para a cultura ocidental, passando posteriormente por uma visão mais racional, introduzida por René Descartes que remete o corpo

funcionando como máquina, e por fim o atingimento da visão mais subjetiva de corporeidade que se adota hodiernamente.

Em tempos remotos, conforme foi retratado, o corpo apresentava funções um pouco diferenciadas das que se conhece hoje. Platão simbolizava o corpo como abrigo do mal, onde a alma se aprisionava e difundia-se a ideia que o cuidado com o corpo deveria ser com o propósito de estabelecer um bom lugar para servir a alma humana e por isso o interesse pela saúde estava ligado a busca pela salvação. Dessa forma, povos primitivos acreditavam que o corpo doente representava a manifestação do mal ou uma forma de castigo, relacionada aos pecados cometidos. Associava-se então, a doença como perda da alma ou a necessidade de purificação pelo karma.

Durante esse período, os hospitais e instituições de saúde eram compostos por sacerdotes que tinham a missão de purificar os corpos doentes fazendo uso de elementos da terra, como plantas e ervas para o restabelecimento de um corpo saudável, sendo a religião determinante desses procedimentos na maior parte dos povos.

Pode se extrair como pontos determinantes para o avanço do entendimento acerca do corpo e espírito, a contribuição do filósofo Hipócrates, conhecido como pai da medicina, cujos experimentos e estudos fizeram eclodir a profissão do médico e foi responsável pelo desenvolvimento da ideia de que se deveria aliar a natureza das causas e efeitos das doenças, baseada na investigação livre e na observação dos fenômenos. Dessa forma, elucidava a associação da doença a uma origem natural, responsabilizando suas causas a alguns elementos extrínsecos como clima, alimentos e fatores intrínsecos relacionados às condições psíquicas (Scliar, 2002, p.22-24).

Ainda assim, com novas práticas curativas, filósofos e estudiosos faziam referência ao corpo em si como algo essencial à condição de estar saudável, preterindo muitas vezes os aspectos sociais e a própria saúde mental, tão difundida atualmente, preferindo uma visão reducionista, admitindo o homem como sendo só natureza.

Seguindo esse teor, Aristóteles (1991) afirma que a alma tem a forma do corpo e atua como grande defensor que a felicidade é a finalidade das ações humanas e considera arte o tratamento devido para o alcance da saúde. Já Sigmund Freud (1974) embasava a saúde na dinâmica de equilíbrio de corpo e mente, mas mantinha a visão de impossibilidade de obtenção da perfeita felicidade, já que retratava que a civilização mantinha um pacto social entre seus membros e que para poder se viver em paz e harmonicamente, teria algumas condições e

poderia se sujeitar a renúncia de certos prazeres, não conseguindo, por conseguinte, se satisfazer plenamente.

A ideia trazida por Michel Foucault (1995) também alcançava a premissa de que que “o controle da sociedade sobre os indivíduos [...] começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista.” Nesse momento, com o advento do capitalismo, é que o corpo doente passa a ter uma nova concepção, porque até então se discutia a manutenção da saúde como forma de cuidado com espírito e a decisão de cura estava não no proprietário do corpo, mas com o “curandeiro” e com a evolução da medicina, o que detinha poder do conhecimento é que poderia definir qual o melhor caminho a ser enfrentado, e hoje o modelo de atenção à saúde é um modelo centrado principalmente na figura do médico e deve-se prevalecer a combinação de saberes, ou seja, em composições híbridas que permitam compreensões ampliadas, capazes de ações de maior efetividade (Ribeiro, 2016).

A mudança de perspectiva do corpo doente e saudável se deu pelo desfoque da atribuição às causas das doenças que antes era ligado apenas a fatores biológicos, não se levantando a questão da evolução do corpo humano nem sendo influenciada pela evolução cultural, que por sua vez está envolta com a forma de alimentar-se, de movimentar-se, dentre outros fatores e se aduz que posteriormente o corpo foi visto como instrumento de servidão para o trabalho.

No Brasil essa nova perspectiva acerca da saúde cresceu substancialmente no período republicano com a valorização da ciência e com a adoção de medidas intervencionistas apontando para uma incipiente assistência à saúde. Já na Era Vargas, onde os ânimos estavam mais fervorosos em busca de assegurar os direitos trabalhistas, trazia-se a concepção de que cada cidadão seria responsável por si e pelo progresso da nação, necessitando, então estar saudável.

Um corpo saudável significa não ser portador de doenças, mas além disso deve ser potencialmente capaz para realizar atividades laborais e estar se mostrando apto a superar-se continuamente. Dessa forma, só o homem com o corpo saudável poderia trabalhar de forma eficaz, não tendo o corpo doente serventia para o meio laboral.

Assim sendo, aduz Polak:

Compreender o corpo no mundo da saúde, implica em estabelecer relações, entre os pólos do sujeito, da natureza e da cultura, pois o homem é fruto destes três pólos, sofrendo assim, influência do mundo dos valores das crenças, do mundo político, e econômico, ou seja, do mundo sócio-cultural (Polak, 1996, p.4).

Destarte as contribuições advindas dessa fase foram no sentido de valorizar o modo de vida do ser humano para que as patologias que porventura surgissem fossem melhor avaliadas e assim os resultados seriam melhores.

Renato Machado (2011) ressalta que na cultura ocidental se declama que se tem um corpo e não que se é um corpo e essa afirmativa apesar de estar associada inconscientemente à questões religiosas, estabelece-se o padrão de que o corpo deve estar a serviço do trabalho, permitindo assim que a pessoa seja considerada ativa nesse mundo globalizado, fruto do desenvolvimento do neoliberalismo, enaltecendo cada vez mais essa concepção.

Dessa maneira, a saúde é encarada como força para ser pessoa, como forma de realização pessoal. Ainda sob o pensamento do supracitado autor, a sociedade do período industrial tinha a ideia que ser saudável estava intimamente ligado à capacidade de trabalhar a de ter prazer. O acometimento de alguma enfermidade seria uma barreira para conseguir as capacidades mencionadas e nesse diapasão saúde era tratado como bem de consumo.

Pode-se trazer a reflexão de que a vida nas sociedades tradicionais na antiguidade considerava as tradições de comportamento do grupo, bem como o poder decisório. A sociedade moderna e contemporânea vive num período mais individualista, necessitando, portanto, de maiores discussões para o seu aperfeiçoamento na vida coletiva. Apesar de que a imposição também predominava no período antigo, mas a atenção era dividida e respaldada pela condição grupal.

Nesse ínterim, foi expandido a preocupação com a estética corporal a fim de se apresentar-se mais comercialmente aceito pela sociedade e mais fortalecido e disposto para o trabalho, estando, portanto, a relação entre trabalho e saúde muito presente nesse período.

Ressalta-se que a indústria farmacêutica ganha destaque quando se desenvolve no intuito de fornecer alternativas mais viáveis para a prevenção, manutenção e cura do corpo, aumentando gradativamente a disposição de produtos para todos, trazendo a associação de saúde com qualidade de vida.

Importante salientar que a promoção da saúde, em busca não somente do corpo saudável, mas da vida com melhor qualidade precisa estar respaldada por boas instituições médicas, bons procedimentos médicos e todos os chamados determinantes sociais da saúde, elementos necessários para impactar favoravelmente a qualidade de vida.

Ademais, deve-se ter em mente que não se pode eliminar completamente os riscos de sustentabilidade de cada ambiente social, pois retirar todos os entraves para o completo bem-

estar, seria a eliminação da própria essência humana. O que se deve buscar é o melhor enfrentamento. Renato Machado traz um posicionamento acerca desse discurso:

Saúde, portanto, não pode ser nada que retire estas condições do horizonte das pessoas, mas deve ser força para viver com elas. Pode-se começar a pensar, então em saúde como atitude da pessoa diante das situações que mudam sua vida, como força para enfrentar as adversidades. Sentir-se integrado e aberto para as relações e perspectivas futuras, mesmo em situações que trazem sofrimento (Machado, 2011, p.321).

Muito embora seja um posicionamento teológico, no sentido de resplandecer a soteriologia, retrata-se com veracidade o sentido de enfrentamento de conflitos na seara da saúde. Afirma-se que eles existem e sempre vão existir, seja a causa a patologia em si ou os vários aspectos envolvendo o drama, como as relações interpessoais e a melhor saída é o uso sábio das ferramentas dispostas para evolução humana. Aproveitar o conflito para o próprio crescimento é plenamente possível e admitido.

Sobre o tema discorre, discorre o mesmo autor:

Viver em um estado de total bem-estar é buscar vida sem sofrimento, felicidade sem dor e convívio social sem conflito, condições que impedem o conhecimento dos processos de morte e da própria condição humana de mortalidade. Atingir este estado significa abrir mão da saúde em si, pois um estado que não permite conflitos acaba sendo opressor e escravizador. Viver neste contexto requer abrir mão da própria vida e da própria morte. (Machado, 2011, p.320).

Por isso, tanto se preceitua a necessidade de integrar saberes em todas as práticas de saúde para o posicionamento de um comportamento adequado, atendendo a composição intersetorial, como intrasetorial, ampliando a consciência sanitária.

Dentre outros aspectos, pode-se enaltecer a relação das pessoas envolvidas num tratamento de saúde, bem como Segre e Ferraz (1997) enfatiza que o vínculo afetivo é embutido de confiança recíproca, depende então de uma ação conjunta estabelecida entre profissionais de saúde e pacientes, aqueles detentores do saber, portanto incumbidos de aspectos cognitivos, técnicos e científicos e assumem papéis decisivos para que se possa esperar a melhora do estado do corpo e da mente.

Deve-se dessa forma denotar a importância do sentido de saúde x doença para direcionar melhor às relações interpessoais, reconhecendo novas práticas institucionais e respeitando as singularidades e diferenças de cada indivíduo.

1.1.2 Saúde na Modernidade e Pós-Modernidade e a crise de corporeidade

O período da Modernidade, alvo de debate acerca da linha temporal que o compreende, corresponde a fase do Renascimento e foi um período de mudanças culturais e de transição teórica acerca da racionalidade, tendo como grande nome René Descartes.

A consolidação desse momento se deu principalmente após a Segunda Guerra mundial, com a Revolução Industrial e o desenvolvimento do capitalismo. Nesse período o tratamento dado a saúde era aliado ao conceito de qualidade vida, desvirtuando a acepção biomédica, possibilitando assim a amplitude do termo saúde. Em contrapartida, colocou-se a saúde num patamar de difícil acesso, já que a plenitude de todas as condições favoráveis é algo considerado inatingível.

A Modernidade trouxe consigo a implementação de vários elementos que provocaram efeitos às condições de saúde. Foram introduzidos alimentos geneticamente modificados, como consequência da revolução industrial aumentou a poluição ambiental, somados a outros fatores que tornaram os seres mais vulneráveis ao acometimento de doenças e redundou-se num estudo que fragmentou a corporeidade.

Devido a problemática instaurada houve maior empenho e avanço da medicina e tecnologia, sendo instaurados programas de imunização e vacinação obrigatória para crianças no Brasil, bem como a ampliação do sistema hospitalar coletivo em maior escala do que a medicina privativa.

O corpo é tratado na modernidade como uma espécie de máquina, pois está a serviço não apenas de si mesmo, mas tem o dever de submissão à sociedade/Estado. Logo, precisa aquele ser revisado em virtude do advento do capitalismo industrial, entendendo-se que a gênese do capitalismo entre nós desde o início carrega seu segredo e sua mácula, conforme preceitua Jessé Souza (2018) acerca das ideias norteadoras sobre saúde.

A busca desenfreada pela saúde pode trazer sentimentos frustrantes, pois vive-se numa atual obsessão pela produtividade e busca do sucesso, considerando que estar saudável é conseguir ser produtivo e muitas vezes quando não se alcança, descontenta-se ao ponto de agravar-se o problema original.

Além do mais, as desigualdades sociais vieram a se tornar um empecilho para a manutenção da saúde, ressaltando que as diferenças de níveis de riqueza trazem como

consequência a dificuldade do acesso aos bens de consumo, bem como do usufruto dos avanços tecnológicos e científicos da área da saúde.

Notadamente as doenças e problemas de saúde se acentuam dentro de ambientes socialmente desfavoráveis, entre os mais desfavorecidos economicamente, e/ou grupos étnicos minoritários que sofrem qualquer tipo de discriminação. Sobre essa relação, discorre Arendt:

A questão social só começou a desempenhar um papel revolucionário quando, na Idade Moderna, e não anteriormente, os homens começaram a duvidar de que a pobreza fosse inerente à condição humana, a duvidar de que a distinção entre os poucos que, por circunstâncias, força ou fraude, tinham conseguido se libertar dos grilhões da pobreza e a miserável multidão trabalhadora fosse inevitável e eterna (Arendt, 1971, p.22).

Como se percebe, durante muito tempo prevaleceu a visão idealista sobre saúde para depois se tornar materialista. Marx se contrapôs ao idealismo filosófico de Hegel para propor a primazia da realidade material como suficiente para explicar o fenômeno da evolução da saúde baseado em fenômenos mentais, sociais e históricos nesse momento de globalização, fortemente influenciado pela mídia, onde o valor dado ao corpo está relacionado à lógica de mercado.

Esse período também correspondeu segundo o pensamento do filósofo Michel Foucault (2006) o estudo da prática do biopoder que se encaixa como uma tecnologia do poder voltada para a preservação da vida, regulação do corpo, utilizando muitas técnicas e práticas governamentais estabelecidas através do controle pelos Estados modernos às suas respectivas populações. Sob a sua perspectiva, o poder sempre está associado a alguma forma de saber e quando se relaciona à saúde deve-se buscar informações acerca de melhores saídas para dadas patologias, além da regulação da saúde. Nesse intento, trabalhou-se a hipótese da importância da garantia da saúde pelo Estado como forma de promover a medicina eficaz nos espaços públicos, nascendo nesse contexto a saúde pública.

No âmbito hospitalar, os métodos de intervenção modificaram-se e a representação hospitalar na sociedade era eivada de responsabilização precípua dos profissionais envolvidos de conhecimento e cultura em busca da estabilidade de um corpo político, sim, porque interessava o retorno de um corpo capaz de produzir e ser útil a toda sociedade. O corpo a ser tratado mantinha-se na condição de um ser passivo, onde há perda de todo o controle e até de sua privacidade, já que havia convívio intenso com pessoas alheias à sua rotina, submetidas às normas institucionais.

Já a fase da pós modernidade, que muitos autores discordam dessa denominação por considerarem que houve apenas uma continuidade da modernidade, teve seu ápice nos anos 80,

dando maior ênfase na informação e no conhecimento, atribuindo mais velocidade nos procedimentos científicos, trazendo assim uma maior complexidade às soluções em torno da saúde.

Visto isto, as pessoas mesmo com acesso facilitado às informações, muitas desconhecem os seus direitos e usam mecanismos institucionais, tornando-se mister a adoção de uma teoria que atenua as desigualdades e complexidades inerentes às sociedades modernas, visto ser um espaço que emana artificialidade pelas inúmeras variáveis influenciadoras.

A concepção de doença resulta-se da seletividade sanitária, nem todos tem acesso à condições de vida não insalubre e vive-se numa desordem social, fazendo eclodir uma comercialização e medicalização progressiva em busca de cura. O homem passou a ser olhado por uma tendência materialista.

Sobre esse prisma, Schwartz traz como proposta à essa controversa, o seguinte:

A resposta da sociedade organizada é agir preventivamente em relação a uma expectativa de futuro. Portanto, a questão é uma imunização contra prováveis decepções. Em outras palavras: tentar prever o futuro tendo em vista as características da pós-modernidade, que, segundo Giddens são: (a) separação de espaço e tempo; (b) o desencaixe dos sistemas sociais; e (c) a ordem e desordem reflexiva das relações sociais (Schwartz, 2002, p.33).

Nietzsche (2000) sobressai-se nesse período com seu estudo crítico à metafísica e ao platonismo para discutir questões associadas ao tratamento do corpo e consciência, para assim melhor compreender a posição do homem no mundo. Quando se passa a entender esses termos, pode-se construir um mundo mais afirmativo no tocante a corpo e a saúde. Para Nietzsche, o que define um corpo são as relações entre forças dominantes e forças dominadas e a saúde deve ser entendida como processo dinâmico de ultrapassagem, e não apenas como um estado de corpo doente ou não apto ao trabalho.

Há a introdução da chamada Grande saúde, a qual Nietzsche enfatiza:

A grande saúde – uma saúde que não nos contentamos em ter, mas que ainda conquistamos e devemos conquistar continuamente, porque a sacrificamos e devemos sacrificá-la incessantemente (Nietzsche, 1982, p.292).

Sendo assim, considera-se a dor como um elemento fundamental da vida e sua ausência ou presença não podem, ser consideradas sinônimo de saúde. Ela é apenas mais um índice de variação do sentimento de potência, do seu crescimento ou declínio. A força não deve condenar nem ser insensível ao sofrimento em seu caráter problemático, mas deve poder enfrentá-lo.

Algumas condições dessa época despontaram à sociedade, uma maior exclusão, criando subclasses no processo de firmar o ideal de igualdade propagado ao funcionamento da

sociedade pós moderna e no contexto hospitalar, as desordens sociais perpassam para uma desordem pessoal e a modernidade líquida (termo cunhado pelo filósofo Zygmunt Bauman em 1925), passa a ser disseminada.

Nesse sentido, modernidade líquida se apresenta com a propagação de desapego, acelerado processo de civilização, não existência de padrões de referência. Com isso, o serviço de saúde deve ser observado de forma sistêmica apontando para a crise da corporeidade, já que o mais importante são as interações determinantes para o acometimento das doenças, dando ênfase para o empoderamento das pessoas em seu próprio processo de saúde, pois não existe um ideal de imagem vitoriosa, como se aduz intrinsecamente no conceito de saúde trazido pela OMS.

Nesse diapasão, Moltman elucidada:

O culto moderno da saúde produz exatamente aquilo que quer ultrapassar, nomeadamente o medo da doença, o receio perante o morrer e perante a morte. Em vez de ultrapassar as doenças e as enfermidades, produz uma utopia de bem-estar universal, da qual são excluídas as doenças incuráveis, os deficientes e os moribundos. Sempre que o morrer e a morte não são considerados, qualquer definição de saúde torna-se ilusória (Moltman, 2007, p. 83.).

Remonta-se que o sistema jurídico se interaciona com o sistema-saúde quanto à sua manipulação com o corpo, vestidos de aspectos de comunicação que resplandeça o crescimento das análises científicas e melhor distribuição das condicionantes sociais para a promoção da equidade. É inevitável a ocorrência de controle para legitimar as ações necessárias a perpetuação do ideal de saúde como se propôs na modernidade, ligada ao aspecto sociopolítico.

Essa nova dimensão aponta como essencial para ações em saúde, a necessária auto observação e o trabalho em conjunto, estimulando seus partícipes, para juntos contribuir no avanço nessa seara, apontando que as vivências sociais repercutem na organização de vida cotidiana para se recriar e repensar sobre qualidade de vida, mobilizando-se também a liberdade individual.

1.1.3 A instituição hospitalar como espaço de promoção da saúde

Com o advento da era cristã, as instituições hospitalares se multiplicaram e passaram a fazer parte da obrigação do Estado estabelecendo uma nova administração pública democrática, embora a assistência privada não tenha sido extinta, acompanhando também o desenvolvimento institucional e passou por fases de melhoramentos.

A instituição hospitalar pode ser estruturada através de uma sociedade, pertencente a pessoa jurídica de direito privado ou em decorrência de um ato oficial nas esferas federal, estadual ou municipal, administrada assim por ente público e pode ter ou não objetivo de lucro, Sendo assim, subdivide-se em lucrativa, filantrópica ou beneficente. Em relação ao tipo de assistência, elas podem ser classificadas em: Geral: quando não restringe a determinada especialidades ou quando acontece o contrário, diz-se que é especialidade, exemplo disso ocorre com os hospitais psiquiátricos.

Dessa forma, as instituições de saúde passaram por significativas mudanças no sentido de profissionalização de pessoal e alterações estruturais dos hospitais para o correto atendimento de diferentes tipos de pessoas passando por variados problemas, difundindo-se o preceito de novas especializações, visando ampliar o tratamento e o bem estar do hospital para promover maiores e melhores cuidados hospitalares a todos os usuários, de todas as classes, mesmo tendo conhecimento que em nosso país, embora se tenha percebido um avanço no aprimoramento médico e científico, não se progride no mesmo passo o aparelhamento hospitalar o que acaba repercutindo na deficiência de qualidade dos serviços oferecido nos espaços de saúde.

As políticas de saúde pensando em promoção das mesmas vieram a eclodir no Brasil, acompanhando esse mesmo processo em outros países capitalistas, surgindo as políticas públicas do Estado, atribuindo a este o dever de possibilitar as condições vitais a todo e qualquer indivíduo. Sabe-se, contudo, que devido às desigualdades sociais e ao ambiente de competitividade, muitas instituições de saúde assumiram contornos empresariais, necessitando de novos comportamentos de gestão a fim de obtenção de lucratividade sem perda da qualidade na oferta de seus serviços, já que se tem o aparato de serviços de saúde no âmbito público e privado.

Importante destacar que independente da esfera administrativa das instituições, a promoção da saúde deve ser buscada na perspectiva do novo modelo de atenção à saúde, este visto de forma global através da teoria sistêmica, estando o conceito de promoção atrelado a forma de intervenção nos diferentes estágios das doenças.

O informe de Lalonde, em 1974 propôs a implementação de algumas medidas abordando as quatro partes do campo de saúde, as quais se referiam a biologia humana, ao ambiente, estilo de vida e a organização dos serviços de saúde. Sendo o penúltimo o considerado mais importante pela possibilidade de trabalhar no campo da prevenção.

Posteriormente, em 1986, foi consagrada a definição de promoção de saúde através da Carta de Ottawa, produto da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde ocorrida no Canadá, garantindo para a execução de uma saúde boa a observação e promoção dos fatores sociais, trazendo princípios em cinco campos de ação, são eles: construção de políticas públicas saudáveis, tratando a saúde como dever governamental; reforço da ação comunitária, enfatizando a participação da sociedade no processo construtivo da saúde, incluindo as tomadas de decisões; criação de ambientes saudáveis, este engloba o bom aproveitamento dos espaços de convivência de forma sadia; desenvolvimento de habilidades pessoais, aumentando a disseminação de informações e práticas construtivas e finalmente a reorientação dos serviços de saúde, os quais estão inseridos alternativas de trato preventivo ou novos contornos para as medidas urgentes.

Como se percebe, estimulou-se a capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, pois devem ser responsáveis pelo processo de promoção à saúde todos os partícipes, contribuindo de forma positiva desde a prevenção primária, atribuídos às condições favoráveis de higiene, boa alimentação, cuidado com o corpo de forma geral, cuidado com a mente, trabalhando-se uma educação em saúde com uso de estratégias integradas nos tratamentos de saúde.

Faz-se mister estabelecer a diferença entre Políticas de saúde e instituições de saúde. A primeira corresponde aos ministérios, associações incumbidas de oferecer melhor tratamento as condicionantes e a segunda podem ser citadas as instituições não estatais como as indústrias farmacêuticas, laboratórios em geral, institutos de pesquisa, associações científicas, mas ambas não podem ser vistas de forma separada.

Esse processo de mudança no Brasil desenvolveu-se de forma mais aparente nos últimos 25 anos, trazendo a necessidade de novos olhares e atuações na seara sanitária, com ênfase nas experiências práticas no interior das instituições hospitalares.

Historicamente o hospital foi constituído como centro de tratamento e cura sem o olhar propriamente para saúde, pois se focava essencialmente a questão da doença. Durante a Idade Média o hospital era apenas para assistência aos pobres, não havendo divisão de áreas, especialidades, considerado um local inóspito que inexistia práticas médicas, pois estas eram individualistas e teóricas, havendo posteriormente uma reestruturação tendo como referência os hospitais militares marítimos que suprimiram outros cuidados e atendimentos, evoluindo as práticas profissionais institucionalizadas.

A nova reorientação permite que o hospital seja considerado como parte integrante para a composição de espaços de promoção de saúde, observando as relações de hierarquia existente em todas as instituições para que não se tornem óbice para o compromisso e zelo nos tratos interpessoais.

Madel Therezinha Luz (2014), declara que todas as instituições são focos de incêndios, devendo, por conseguinte, inserir nesse contexto amplo investimento para práticas construtivas no intuito de sanar essas problemáticas. Dentre as estratégias citadas pela autora tem-se a criação de espaços de escutas dos usuários do ambiente hospitalar, possibilitando que as interações enriqueçam o processo de comunicação, assumindo contornos de maior confiança e cooperação, fortalecendo a ideia de cidadania e instituindo novos valores.

Sabe-se que a ideia de saúde como manifestação de corpo não doente já foi superada, restando entender o processo de fragilidade e adoecimento provocado pela hospitalização, e a burocratização que permeia as instituições, sendo crucial a boa condução nos dizeres e nos fazeres nesses espaços para que se alcance o propósito da promoção da saúde,

As condições de trabalho é outra vertente a se trabalhar, tendo em vista a tentativa de evitar momentos de estresses, a exposição de gatilhos para ocorrência de conflitos, naturalizando o ambiente para que se torne o mais pacífico possível, alimentando a autoconsciência de seus partícipes e superando a grande dificuldade encontrada na administração de pessoas. O recurso humano além de ser o mais importante é o mais complexo devido a adaptação nas interações de diferentes personalidades e usos dos recursos, muitas vezes escassos, e acompanhamento do avanço tecnológico.

Diante do exposto, considera-se que o fortalecimento de ações promotoras de saúde possibilita compreender mecanismos para oferta de serviços de qualidade, garantindo uma convivência humana segura e eficaz.

1.2 Direitos Sociais, cidadania e Estado

O tratamento da saúde na ordem mundial está interligado ao desenvolvimento da proteção social, tendo em vista a amplitude conceitual do termo e por caracterizar-se como fator vital para a cidadania que pode ser entendido pela maioria dos doutrinadores em três dimensões para de fato ter sua integralidade, definida em virtude do desdobramento de diferentes gerações de direitos.

A primeira geração seria constituída pelos direitos civis, compostos por direitos necessários à liberdade individual, direito à propriedade, contrair contratos válidos e o direito à justiça, todos eles garantindo a vida do homem em sociedade. A segunda dimensão seria constituída por direitos políticos, que possibilitam a participação do homem ao governo e por fim a terceira referia-se aos direitos sociais, que tinha como pressupostos o bem estar social e econômico da sociedade e maior participação na vida social do Estado, em primazia os serviços sociais, tema do estudo do presente trabalho (Marshall, 1949, p. 63 -64).

Dessa forma, elucida-se que o exercício da cidadania estaria vinculado a manutenção dos direitos em sua plenitude, sendo indispensável a oferta de uma formação cidadã, respaldada em ditames de ética, moral, bons costumes, incentivos à criticidade, encontrados numa metodologia inovadora de aprendizagem para desenvolver no indivíduo uma nova racionalidade, preparando-o para enfrentar situações difíceis e incertas, e ensiná-lo a reconhecer e respeitar as diversidades existentes no meio social em qualquer âmbito.

Evidentemente que todas as conquistas foram projetadas por meio de muitas transformações sociais até a chegada das regulamentações dos direitos sociais em cada país e o assistencialismo social se responsabilizou em muitos aspectos ao reconhecimento da necessidade de implantação de um sistema de saúde que pudesse garantir uma vida digna e que consequentemente promovesse saúde de forma igualitária aos povos.

No Brasil os direitos sociais foram regulamentados tardiamente, o que por si já explica os déficits que se macularam e permanecem presentes no tocante a visibilidade dos mais vulneráveis, mas ainda assim pode se afirmar que o tráfego desse caminho se assemelha com o da maioria dos países ao redor do mundo.

Pode-se observar num contexto global, três grandes fases de evolução na seara social marcadas inicialmente pela proteção dos pobres, regidos de forma privada e facultativa, posteriormente pela proteção dos trabalhadores, com caráter mutualista e finalmente constata-se a proteção dos cidadãos com a implantação de um sistema de seguridade social, que tem como finalidade o amparo do cidadão e a sua família em situações como a velhice, a doença e o desemprego (Arantes, 2015).

A fase mais primitiva se manifesta com a forte influência da Igreja Católica na vida privada e se preocupava substancialmente com a prática da caridade. Esse período foi assinalado pelas formações das famílias, que eram chamadas clãs, onde se tinha vínculos demasiadamente fortes, enaltecendo o papel protetivo que deveria existir entre os seus

membros. Nesse conceito de união familiar, se estabelecia que os mais velhos deveriam se responsabilizar pelos mais idosos, porém muitas vezes não se conseguia alcançar esse objetivo, motivado principalmente pela ausência de condições econômicas suficientes dos entes e então a Igreja estimulava que outras pessoas que não tivessem ligação com esse grupo familiar se incumbisse de custear essa carência, exercitando a caridade.

Dessa forma, fica claro a existência de intervenção de terceiros na comunidade familiar, nascendo as primeiras práticas de assistencialismo que se baseavam nos preceitos de caridade, filantropia e solidariedade religiosa, realizados de forma voluntária.

A segunda fase se deu com a proteção aos trabalhadores em meio a mudanças nas relações sociais, que passaram a se organizar em categorias e profissões, nutrindo objetivos comuns, ressaltando que os membros dessas sociedades recolhiam valores anuais como forma de garantia de custeio em casos de necessidade.

Um dos episódios importantes ocorridos nessa época foi a promulgação da Poor Relief Act (Lei do Amparo aos Pobres), em 1601, na Inglaterra, pela princesa Isabel I, instituindo a contribuição obrigatória para fins sociais àqueles que comprovassem necessidade. Nesse momento foram consolidadas outras leis sobre a assistência pública e os direitos sociais passaram a compor o status da cidadania.

Nesse ínterim, no plano internacional, o Estado Liberal sucedeu o Estado Absolutista e propagava o incentivo a Riqueza das Nações, tema da obra de Adam Smith e incentivava uma vida social sem intervenção estatal, contudo, as desigualdades sociais se alastraram e necessitava da adoção de medidas urgentes para dirimir os conflitos existentes. Nesse momento, surge o Estado de Bem-Estar Social (Welfare State), buscando estabelecer tarefas ao Estado no sentido de promover igualdade de oportunidades a todos. Trata-se de um governo protagonista na manutenção e promoção do bem-estar político e social do país e de seus cidadãos.

No Estado de Bem-Estar Social, conforme assinala Marshall (1967, p. 93), era de responsabilidade do Estado a garantia de “um mínimo de certos bens e serviços essenciais (tais como assistência médica, moradia, educação, ou uma renda nominal mínima ou salário mínimo) a ser gasto em bens e serviços essenciais”. Deste modo, acentua-se a provisão dos direitos sociais a serem reguladas pelo Estado, observando os casos de cidadão que se encontrem em estado de vulnerabilidade também. No mesmo sentido, Dallari (1995, p. 25) assinala que seguindo esse movimento de bem estar, a proteção sanitária foi estabelecida para que fossem instituídos posteriormente sistemas de previdência e portanto, com esse modelo Estado de Bem

Estar, foi demonstrado o fortalecimento do modelo de participação das empresas no complemento à seguridade.

Com a eclosão da Revolução Industrial na Inglaterra, em 1775 e os problemas decorrentes de condições inapropriadas de trabalho notadas nesse período juntamente com graves problemas sociais do início do capitalismo industrial desencadearam muitas dificuldades aos trabalhadores, necessitando por isso, de uma maior intervenção do Estado para regulamentar tanto os direitos relacionados ao trabalho, como a criação de um sistema securitário, coletivo e compulsório em defesa desses trabalhadores

Logo, sustenta-se que a proteção social dessa segunda etapa teve a sua origem de fato com a aprovação do projeto de Otto Von Bismarck, na Alemanha, em 1883, instituindo a Lei do Seguro Social, que culminou na criação do seguro-doença e posteriormente o seguro contra acidentes de trabalho. Nesse modelo, os financiamentos dos recursos eram repartidos entre empregados, empregadores e Estado, podendo usufruir desses benefícios, portanto só os contribuintes.

Após esse período, com o fim da Segunda Guerra Mundial, em 1945, vários Estados passaram a adotar constituições inserindo direitos trabalhistas e direitos ligados à previdência, fenômeno que ficou conhecido como constitucionalização social, ressaltando que a primeira Constituição a trazer a temática do seguro social foi a do México, de 1917.

Em alusão ao reconhecimento desse marco histórico, Comparato discorre:

O que importa, na verdade, é o fato de que a Constituição mexicana foi a primeira a estabelecer a desmercantilização do trabalho, própria do sistema capitalista, ou seja, a proibição de equipará-lo a uma mercadoria qualquer, sujeita a lei da oferta e da procura no mercado. A Constituição mexicana estabeleceu, firmemente, o princípio da igualdade substancial de posição jurídica entre trabalhadores e empresários na relação contratual de trabalho, criou a responsabilidade dos empregadores por acidentes de trabalho e lançou, de modo geral, as bases para a construção do moderno Estado Social de Direito (Comparato, 2007, p.181).

A Constituição mexicana representa, portanto, um parâmetro a ser seguido que repercute na evolução dos direitos sociais, já que incluiu mudanças relativas ao trabalho e inseriu o tema proteção social, influenciando muitos Estados.

Nesse panorama, surge então a terceira fase da proteção social, tendo como grande marco o Plano Beveridge, em 1942, na Inglaterra, onde trouxe o termo 'seguridade social' como o conjunto de proteção social, a qual incluía o seguro obrigatório, o seguro voluntário, a assistência social nacional e a criação de serviços gerais de saúde, bem como a manutenção do emprego, como condição necessária ao êxito da seguridade social (Pierdoná, 2007, p. 13).

No plano nacional brasileiro a gênese da proteção social também foi a prática da caridade, de forma privada e voluntária, moldada nos conceitos de proteção familiar e sob influência dos dogmas da Igreja Católica. Dessa forma, inicialmente não se teve intervenção do Estado na sociedade, nesse aspecto, bem como não havia a presença de médicos durante os séculos XVI e XVII e a arte terapêutica se consubstanciava pela cultura indígena e presença de benzedeadas, boticários e parteiras.

É salutar frisar que embora se aborde um aspecto assistencialista nesse primeiro momento, este ainda não se caracteriza de forma universal e encontra desvirtuado da concepção de igualdade, no sentido que a necessidade de amparo aos pobres e necessitados era compreendido como desígnio divino com enfoque na esfera moral e religiosa, conforme discorre Terra sobre esse assunto:

[...] significa que a questão da assistência historicamente tem sua origem desarticulada de uma perspectiva mais universalista de direito, mas sim baseada em uma perspectiva moral, individualista e culpabilizadora do indivíduo” (Terra, 2002, p.13).

A vista disso, observa-se que a idealização da caridade se consubstancia a um dever, que embora não seja legalizado, pela forte influência que a Igreja exercia na vida das pessoas, passou a demarcar um comportamento social adequado para a época.

Nesse projeto de caridade, as Santas Casas de Misericórdia brasileiras foram sendo instituídas conforme o modelo hospitalar de Portugal e representou como um grande marco da proteção social a fundação, em 1543, da Santa Casa de Misericórdia de Santos, por Brás Cubas, cujo objetivo era garantir atendimento médico e hospitalar aos necessitados. Deste modo, o espírito da fraternidade predominava antes da chegada da normatização da proteção social.

Teve-se também a presença de ações públicas sanitárias de caráter militarizado com Oswaldo Cruz e as sanitárias educacionais de Carlos Chagas, mas paralelamente havia as ações de assistência médica privatista, o que intensificou essa dicotomia após o período de democratização do país que se orientava através das ações públicas sob a gestão do Ministério da Educação e Saúde e as ações curativas privadas.

Importante enfatizar a criação, em 1795, do Plano de Benefícios dos Órfãos e Viúvas dos Oficiais da Marinha, propagando a proteção a essas pessoas que se encontravam em estado de vulnerabilidade e em 1808, estabeleceu-se o Montepio, instituições de caridade para a guarda pessoal de Dom João VI passando em 1835, a ser instituído o Montepio Geral dos Servidores do Estado, denominado Mongeral, restando caracterizado o surgimento da previdência complementar brasileira por força desse acontecimento.

Para melhor compreender o avanço da proteção social e a sua respectiva institucionalização, faz-se mister observar a evolução da temática no percurso de nossas constituições, sabendo-se que o Sistema de Seguridade Social integra a Assistência Social juntamente com a saúde e previdência social, tendo o Estado a responsabilidade e intuito na promoção do bem-estar de todos.

1.2.1 Direito à Saúde no cenário legislativo

O primeiro entendimento, desde a origem do direito à saúde oriunda da Declaração dos Direitos dos Homens, sobre o direito à saúde e sua qualificação como direito fundamental. Sobre esse prisma, o referido direito pode ser enquadrado na perspectiva histórico-evolutiva como partícipe de todas as gerações dos direitos fundamentais, conforme preceitua Bobbio (1992), percussor do tema.

Constitui-se na primeira geração porque a saúde está intimamente ligada a vida, na segunda, por conta da necessidade de adoção de políticas públicas para a sua efetivação e na terceira, porque não se pode ter exatidão de todos os seus titulares, caracterizando-a por esse motivo como um direito difuso.

Ainda sobre as gerações, há defensores da quarta e quinta dimensão, muito embora não seja um entendimento pacífico, mas traz importantes considerações. Bobbio, como um dos defensores dessas duas dimensões, enfatiza que os de quarta geração “tratam-se dos direitos relacionados à engenharia genética”, e nesta senda, Paulo Bonavides (2006), também, adota o mesmo caminho, reconhecendo a existência dos direitos de quarta geração, com aspecto introduzido pela globalização política, relacionados à democracia, à informação e ao pluralismo.

Seguindo ainda esse raciocínio, Novelino, discorre:

...tais direitos foram introduzidos no âmbito jurídico pela globalização política, compreendem o direito à democracia, informação e pluralismo. Os direitos fundamentais de quarta dimensão compendiam o futuro da cidadania e correspondem à derradeira fase da institucionalização do Estado social sendo imprescindíveis para a realização e legitimidade da globalização política (Novelino, 2008. p.229).

Sobre a existência dos direitos de quinta geração ou dimensão, vale frisar as palavras de José Adércio Sampaio Leite quando referencia que o sistema de direitos anda a incorporar os anseios e necessidades humanas que se apresentam com o tempo, tratando os de quinta geração dos direitos humanos com múltiplas interpretações, os relacionados à bioética (Sampaio, 2002. p.302).

Na visão da professora constitucionalista Flávia Bahia (2008), a representação dos direitos fundamentais em categorias fragmentadas presta um desserviço à sociedade, visto que a rotulação não permite análise do direito a saúde de forma integral e dinâmica, prejudicando a busca pela sua concretização, enfatizando que a “cidadania inconclusa” jamais será combatida, se for avaliada nesse aspecto.

Ademais, pode se afirmar o caráter fundamental de cunho social, e a forma de aplicação do direito à saúde foi alvo de muitos debates doutrinários, o que torna essencial o estudo da chegada ao nosso atual panorama legislativo não observando apenas como implicações políticas, mas buscando métodos de efetivação da saúde.

Inicia-se esse processo de análise com a outorgada e imperial Constituição Brasileira de 1824, onde foi introduzida a primeira manifestação a respeito da proteção social, com a expressa previsão de socorro público aos necessitados, em seu artigo 179, inciso XXXI, como segue:

Art. 179: A inviolabilidade dos Direitos Cívicos e Políticos dos cidadãos brasileiros, que tem por base a liberdade, a segurança individual e a propriedade, é garantida pela Constituição do Império, pela maneira seguinte: [...] XXXI: A Constituição também garante os socorros públicos.

Apesar da clareza do dispositivo, não havia meios para a exigência desse direito perante o Estado, o que tornou a norma sem efetividade, até vingar a próxima Constituição que estabeleceria novos conceitos.

Em relação a Constituição Republicana de 1891, trouxe como grande avanço a instituição da Lei Eloy Chaves, criada através do Decreto nº 4.682/1923, a qual representa um marco na previdência social no Brasil por ter introduzido o sistema de Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP), as quais eram organizadas por empresas e empregados, em regime de capitalização e contribuições mútuas para o benefício posterior previdenciário, e em 1930 foi substituído pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), organizados por categoria profissional.

A respeito da Constituição de 1934, correlacionando-a ao contexto internacional, pode-se afirmar que sofreu influência da Constituição de Weimar, constituição alemã que ascendeu a representatividade do Estado Social, operando o Estado com maior intervenção nas relações privadas disciplinadas em lei para garantir melhores condições de vida aos membros da sociedade. No texto constitucional brasileiro, precisamente no artigo 5º, inciso XIX, alínea c, descrevia-se competência privativa à União para legislar sobre assistência e competência

concorrente da União e dos Estados para cuidar da saúde e assistência pública e fiscalizar a aplicação das leis sociais, previsão já encontrada no artigo 10, incisos II e V.

No entanto, as citadas constituições do Império e da República silenciaram sobre a responsabilidade do Estado em relação ao direito fundamental à saúde, trazendo a de 1934 uma singela preocupação com a saúde do trabalhador, juntamente com a questão da higiene mental e social e a de 1937 cuidou da proteção da saúde infantil.

Até a promulgação da Constituição de 1946 não se obteve maiores avanços na seara social, até que sobreveio o momento conhecido como redemocratização, onde a carta magna inaugurou a expressão “previdência social” no lugar de “seguro social” e estabeleceu como competência da União a legislação sobre a defesa e proteção da saúde.

Já na época da ditadura, a assistência social designada por ações assistencialistas e clientelistas, passa com a Constituição de 1964 a estabelecer o processo de unificação e universalização da Previdência Social, aglomerando os Institutos de aposentadoria e pensão e centralizando a organização previdenciária no INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), já em 1967.

O Sistema de Proteção Social brasileiro avançou durante a década de 70 até meados dos 80, com os seguintes acontecimentos: Publicação da Lei Complementar nº 11 de 1971, que instituiu o Programa de Assistência ao Trabalhador Rural – FUNRURAL, trazendo o benefício da aposentadoria para essa categoria de trabalhadores. Em 1974, foi criado pelo governo militar o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), através do qual emprestava-se dinheiro para ampliação de hospitais particulares que atendiam à demanda encaminhada pelo governo. Em 1977, foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS que instituiu o Sistema Nacional de Previdência Social - SIMPAS, buscando a reorganização da previdência social, voltado para a especialização e integração de suas diferentes atividades e instituições.

O período evidenciado entre os anos 70 e início dos anos 80 foi marcado pelo primeiro processo de onda do sistema de saúde brasileiro, caracterizado pela contenção dos gastos, controlando custos com profissionais e materiais, incrementando recursos para a receita, objetivando um modelo de sistema mais privatizado. Porém a população não detinha todas as informações para sua efetiva participação no sistema de saúde e democratização dos serviços.

Não obstante, com a transformação vivenciada na década de 80 através de intensas lutas em favor dos direitos humanos, passando-se por um período de redemocratização novamente,

o Brasil positivou sua última constituição vigente a de 1988. Esta Constituição promulgada representa o início de um novo perfil constitucional, implementando políticas públicas sociais, de acordo com o disposto normativo seguinte: “Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (Brasil, 1988). Sendo, portanto, primeiro texto constitucional brasileiro a tratar a saúde como direito.

Durante muito tempo estigmatizou-se o direito à saúde como de 2ª geração, razão assiste ao propor esse enquadramento no atual ordenamento jurídico brasileiro por estar contido no art. 6º da constituição, e ainda por esse motivo, recebia *status* de norma constitucional de eficácia programática, já que era dependente de políticas públicas do Estado para a sua concretização. Porém, percebe-se que não se trata unicamente de um direito social, mas sobretudo por estar ligado intimamente à vida torna-se um direito fundamental, e que é necessário, portanto, revisão desse conceito considerando a própria inclusão do direito à saúde no artigo 6º que trata dos direitos sociais, que por sua vez, estão inseridos dentro do Título II que trata dos direitos e garantias fundamentais. Então, se firma a concepção de que o direito à saúde é definido como direito fundamental social e com essa percepção, os neoconstitucionalistas ressaltam a devida aplicabilidade imediata de todos os direitos fundamentais, incluindo o direito à saúde nesse rol.

Contudo, evidencia-se outra corrente doutrinária que, por força do artigo 196, o direito à saúde teria eficácia limitada de natureza programática, o que implicaria aplicabilidade mediata, de forma que deve prosperar entendimento que apesar de ser norma programática, pode aplicar de forma imediata para atribuir efetividade ou eficácia social.

Frise-se que se classificam as normas constitucionais de direitos fundamentais quanto à sua eficácia em plena, contida ou limitada. As normas de eficácia plena têm aplicabilidade direta, imediata e integral, ou seja, essas normas produzem todos os seus efeitos essenciais desde a entrada em vigor da Constituição independentemente de mediação legislativa. Já as normas de eficácia contida têm aplicabilidade direta e imediata, porém com possibilidade de restrição através de norma infraconstitucional. E por fim, as normas de eficácia limitada (de natureza programática) são aquelas que dependem de legislação infraconstitucional, para produzir todos os seus efeitos.

As normas constitucionais de direito à saúde, por sua vez, apesar de possuir aplicabilidade imediata, pode estar limitada ao papel do legislador e do administrador público na sua concretização, embora não seja pacífico esse entendimento.

Em suma, mesmo o direito à saúde sendo considerado um direito social, ele não se desvincula ao conceito de direitos fundamentais individuais de primeira dimensão, já que entre direitos fundamentais não há hierarquia, mas tão somente paridade, onde aqueles têm personalidade positiva, ou seja, exigem do Estado o adimplemento de prestações, atuando na construção do bem-estar social, podendo ser respaldada essa concepção extraída na lição do professor Alexandre de Moraes:

Direitos sociais são direitos fundamentais do homem, caracterizando-se como verdadeiras liberdades positivas, de observância obrigatória em um Estado Social de Direito, tendo por finalidade a melhoria de condições de vida aos hipossuficientes, visando à concretização da igualdade social, e são consagrados como fundamentos do Estado democrático, pelo art. 1, IV, da Constituição Federal (Moraes, 2012, p. 205).

Desta forma, o direito à saúde como direito fundamental social por excelência exige postura ativa do Estado para sua efetivação e destaca-se o avanço no estabelecimento do referido direito com a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, estabelecido através da Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis n.º 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e n.º 8.142/90 que estabelece uma amplitude favorável no oferecimento dos serviços de saúde e representa uma das maiores políticas de inclusão social da história do país. Isso se deve, sobretudo, pelas intensas lutas e mudanças nas políticas públicas destinadas à saúde, nas quais se consignam os princípios doutrinários da universalidade, integralidade, equidade e o controle social como eixo diretivo das ações de saúde.

A atual Constituição brasileira surgiu em um contexto histórico decisivo para formação de seu caráter, era pós-regime militar. Assim, após vivenciar vinte e um anos sob regime ditatorial marcado pelo cerceamento indiscriminado dos direitos e garantias individuais, o constituinte de 1988 estava imbuído de espírito democrático, social e garantista, trazendo como uma de suas bandeiras o princípio mor da dignidade da pessoa humana, conforme preconiza o artigo 1º, III, do Texto Constitucional.

Neste diapasão, a Carta Magna de 88, é notadamente analítica, pragmática e pluralista e salvaguarda as mais diversas classes e arranjos sociais, sendo denominada Constituição Cidadã justamente por apresentar em seu bojo uma extensão de direitos e garantias aos cidadãos, elegendo a dignidade da pessoa humana como fundamento da República Federativa do Brasil e atribuindo preceitos de cidadania ampliada e democracia participativa, trazendo, portanto, muitos avanços no que se refere aos direitos sociais e possibilitando uma qualidade de vida melhor ao povo brasileiro.

Deste modo, a Constituição Federal do Brasil de 1988, consagra o direito à saúde, garantido pelo Estado, o qual deve assegurar a integralidade do atendimento, fazendo uso de políticas públicas sociais e econômicas que visem o acesso de forma igualitária aos serviços atinentes a esse viés, conforme artigo 196, porém, notórias são as dificuldades enfrentadas em função da má gestão administrativa, recursos insuficientes, redundando-se em omissão estatal que acaba repercutindo negativamente no atendimento universal que preceitua a nossa Constituição.

Nesse diapasão, percebe-se que há uma dualidade entre a relação existente entre os direitos fundamentais e a soberania estatal segundo Sarlet (2001, p. 103) salienta que o Constituinte de 1988, além de ter tomado uma decisão fundamental a respeito do sentido, da finalidade e da justificação do exercício do poder estatal, reconheceu categoricamente que é o Estado que existe em função da pessoa humana, e não o contrário, já que o ser humano constitui a finalidade precípua e não meio da atividade estatal. A dignidade da pessoa humana é o fundamento básico do poder estatal, pois sem este princípio, o estado perderia uma das funções vitais para sua existência.

A segunda onda já enfrentou o novo enquadramento da saúde no texto constitucional, alimentando-se fortemente das possibilidades de privatizações e a consequente contratualização dos serviços.

Apesar de todo estímulo constitucional, o Estado encontra-se em muitos momentos omissos a essa realidade fática, daí vêm a necessidade de introduzir boas políticas públicas determinantes para o enfrentamento dessa questão, possibilitando a assistência de toda população, principalmente a mais carente, pois como próprio nome diz, é a que tem maior urgência em ter seu direito garantido e avanços ocorrem na seara privada a fim de suprir ou complementar a saúde não garantida pelo Estado. Além disso, o Estado deve procurar uma maneira responsável, pois o cidadão não busca qualquer solução para o deslinde e sim aquela que permita a satisfação de ter o que é justo, portanto quer a melhor solução, como doutrina Paulo Bonavides:

Basta uma análise à ideologia e aos valores do idealismo para mostrar como a dualidade Estado-Sociedade, marcada de conflitos e tensões, é o único alicerce possível a um ensaio no séc. XX, tão rico de revisões conceituais, não pode contudo abalar a importância metodológica da separação entre Estado e Sociedade, assim o reconhecimento de que essas duas instituições assentam todas as idéias explicativas do fenômeno constitucional contemporâneo (Bonavides, 1985, p.342).

Somando-se a atuação do Estado com os esforços dos cidadãos, teremos de fato a consolidação da democracia nos moldes constitucionais e conseqüentemente uma massificação de ganhos à sociedade, no que diz respeito ao progresso do país.

Nesse diapasão a saúde deve ser compreendida numa dimensão social, pois se trata de direito individual e coletivo, individual no sentido de não poder sofrer violações do Estado nem de terceiros, de forma que provoque lesão ou ameaça de lesão a determinado indivíduo e social pelo caráter de recebimentos de prestação de serviços públicos estatais.

Logo, a regulamentação constitucional do direito à saúde se consubstancia na formação de um direito público subjetivo, exigindo do Estado atuação positiva para sua eficácia e garantia e o legitimando para realizar e executar planejamentos econômicos voltados a ações que visem implementos não somente ao direito do acesso à saúde, mas investimentos no setores que irão impactar no bem estar social, como nas áreas de produção alimentícia, que necessitam ser em quantidade e qualidade suficientes, criação de empregos com salários justos que proporcione condições dignas de subsistência, firmando, portanto o compromisso do Estado perante à sociedade.

Nessa esteira, Pessoto, et al nos ensina que:

A modernização do Estado brasileiro – fruto do período de democratização ocorrido nos anos 1980 – pode ser ilustrada por esses artefatos da engenharia institucional, criados no bojo da descentralização do financiamento, da prestação e da gestão dos serviços de saúde. A estratégia para a descentralização foi a municipalização dos serviços e de sua gestão, criando assim um sistema integrado pelas três esferas da federação (Pessoto, et al, 2015, p.19).

Nesse sentido, é importante a participação de todos os entes federativos na consecução de ações que sejam voltadas para o oferecimento dos serviços públicos, garantindo dignidade à população.

Sarlet e Figueiredo (2008) corroborando com esse entendimento, trazem a discussão que o direito à saúde não pode ser encarado apenas na ótica de direito público subjetivo, já que sustentando que se trata de um direito fundamental, pode se buscar socorro perante o Judiciário em ações individualizadas e coletivas, o que se tornou uma prática recorrente que corresponde ao fenômeno da Judicialização, apesar das ressalvas que apresentam aspectos críticos e perigosos que se tornam oponíveis a essa prática.

Em razão disso, Sarlet ,acentua:

[...] o fato é que a dignidade é, essencialmente, uma qualidade inerente a pessoa viva, mais precisamente, expressão e condição da própria humanidade da pessoa. A vida (e o direito à vida) assume, no âmbito desta perspectiva, a condição de verdadeiro direito

a ter direitos, constituindo, além disso, condição da própria dignidade da pessoa humana.” (Sarlet, 2001, p. 300).

Portando, a possibilidade de recorrer ao poder Judiciário para efetivar um direito não garantido pelo Executivo, mesmo normatizado no Legislativo, é pautado no princípio da dignidade da pessoa humana como forma de manutenção de uma vida digna.

Nessa perspectiva, o direito à saúde apresenta-se sobre as vertentes preventiva, curativa e promocional, segundo Castro e Follone (2016), tratadas no art. 23 da Constituição como competência comum entre os entes federativos, relacionando-se ao dever de executar medidas cabíveis através de políticas públicas para o restabelecimento da saúde dos brasileiros, não exaurindo outras esferas além do Executivo e Legislativo para a disseminação desse direito que envolve diretamente à dignidade da pessoa humana.

1.3 Sistema de Saúde no Brasil: Setores Público e Privado

O sistema de saúde insere-se em uma sociedade plural, colocando no centro da discussão o debate sobre a dignidade da pessoa humana, já que se deve precipuamente ser respeitado às necessidades individuais e coletivas e buscar atender às diferentes condições culturais, sociais, geográficas, dentre outras para o estabelecimento de um Estado Democrático de Direito.

O serviço de assistência à saúde no Brasil é composto pelo Setor Público, também chamado de Sistema Nacional de Saúde que possui acesso universal, igualitário e gratuito para todos os níveis da atenção à saúde, mas a prestação dos serviços pode ser pública ou privada, sendo sua origem na esfera pública e pelo Setor Privado, que possui caráter supletivo, baseado na livre iniciativa, cujo financiamento pode ser feito por cada indivíduo ou pelas empresas empregadoras através de planos individuais e coletivos. Logo, o Sistema de Saúde no Brasil, muito embora tenha surgido como um modelo universal e integral é caracterizado como misto, pois mesclam elementos da esfera pública e da privada, tanto no âmbito da prestação de serviços, como no do financiamento dos mesmos.

A visualização da saúde inserida dentro de um Sistema remete a compreensão de que em nosso país o Sistema de Saúde corresponde a partes interligadas e sincronizadas para a formação desse todo (Sistema), porém fatidicamente isso não ocorre, seja por interesses divergentes, má administração, distorções de financiamento, dentre outros, moldando-se num sistema de saúde desigual e segmentado e por isso é importante conhecer as competências e responsabilidades de cada parte do sistema para analisar os padrões de relacionamento entre os subsectores público e privado.

Em relação a escolha dos usuários pelo tipo de acesso à saúde, no Brasil a demanda maior se enquadra no sistema público, mas que diante de entraves econômicos e de gestão tem essa proteção fragilizada, assentadas em políticas públicas que deixam a desejar, sobressaindo o sistema suplementar de saúde como mais eficaz, na tentativa de suprir as deficiências do sistema público e vem crescendo de modo muito acelerado e intenso até se consolidar como um importante setor da atividade econômica, fazendo com que o Brasil ocupe o segundo maior mercado de planos privados de saúde do mundo.

No que tange à legislação, em relação à saúde pública, as normas que devem ser destacadas são a Lei nº 8.080/90, a Lei nº 8.142/2000, o Decreto nº 7.508/2011 (regula a Lei nº 8.080/90) e a Lei Complementar nº 141/2012.

O Sistema Único de Saúde – SUS, criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis n.º 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e nº 8.142/90, foi gerado no movimento conhecido como Revolução Sanitária e é definido como o “conjunto de ações e serviços públicos de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público (Brasil, 1990).

Levando em consideração que o direito à saúde se refere a direitos civis, econômicos e sociais, o sistema de saúde insere-se no contexto das políticas públicas de seguridade social que irão abranger a Previdência e a Assistência Social. Nesse sentido, a Lei que rege o SUS, tem a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, coibir cobranças de dinheiro sob qualquer pretexto e disciplinar as atribuições nas três esferas de gestão, abordando poucos pontos sobre as competências assistenciais em saúde, contando as instâncias colegiadas da Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde.

Outra característica a destacar do SUS, é a inclusão da autonomia do indivíduo no que diz respeito à decisão acerca de tratamento médico ou intervenção cirúrgica nas práticas terapêuticas, aplicando as ferramentas da bioética, salvo se estiver acometido por mau estado de saúde e em caso de risco iminente de morte, pois nesses casos, o Estado pode intervir, com as indicações de tratamento pertinentes às doenças contagiosas e transfusão sanguínea, por exemplo.

Além do mais, o SUS deve obediência aos princípios explicitados na Constituição e previstos no art. 7 da Lei 8080/90, os quais são:

- I. – universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

- II. – integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III. – preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV. – igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V. – direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI. – divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII. – utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII. – participação da comunidade;
- IX. – descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X. – integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI. – conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII. – capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência;
- XIII. – organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

Outrossim, o SUS deve obediência as diretrizes explicitadas na constituição em seu art. 198, que corresponde: “I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e III - participação da comunidade, somando-se à regionalização, hierarquização e descentralização, previstas no caput do artigo.” (Brasil, 1988).

Acerca das diretrizes, pode-se enaltecer que o processo do SUS transferiu da União para estados e municípios e dos estados para os municípios, atribuições, pessoal, equipamentos e prédios, consubstanciando a descentralização prevista, portanto a partir dessa conquista constitucional tornou possível estimular todos os níveis de atenção à saúde, geridos pela esfera municipal, oferecendo assistência desde a prevenção até a recuperação da saúde. Contudo, remonta-se que na prática podem ser encontradas grandes dificuldades para alcançar a universalidade, a equidade e a integralidade, sobretudo em razão da não proporcionalidade no repasse de recursos e investimentos no setor.

Na gestão estadual deve-se promover condições para que os municípios assumam a gestão de saúde de seus municípios e promover a harmonia, a integração e a modernização dos sistemas municipais, já na esfera federal, tem-se o Ministério da Saúde, como principal financiador do SUS, mas não é eficiente no aporte a todas unidades descentralizadas, sendo

observado que o Brasil tem tido um gasto muito baixo com a saúde, comparativamente com os países mais desenvolvidos.

O SUS destaca-se melhor no modelo à saúde na atenção básica, que segundo o art. 2º da PORTARIA Nº 2.436 DE 2017, refere-se a um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária, o que representou avanço no quesito de serviço à comunidade, pois a partir da década 1990, a família e a comunidade adquiriram mais importância para a reorganização da assistência à saúde.

Em descompasso a esse modelo em desenvolvimento, tem se mostrado algumas deficiências nos serviços da linha de cuidados, onde o setor privado se sobressai e ocorrem prejuízos nas condições mínimas que deveriam ser ofertadas pelo Sistema Público de saúde, desconfigurando o aspecto assistencialista e universal do direito fundamental à saúde, sem garantia do mínimo social.

Sobre o referido tema, discorre Souza Neto:

Os mínimos sociais, expressão acolhida pela Lei nº 8.742/93, ou mínimo social (social minimum), da preferência de John Rawls, entre outros, ou mínimo existencial, de larga tradição no direito brasileiro e no alemão (Existenz minimum), ou direitos constitucionais mínimos, como dizem a doutrina e a jurisprudência americanas, integram o conceito de direitos fundamentais. Há um direito às condições mínimas de existência humana digna que não pode ser objeto de intervenção do Estado na via dos tributos (=imunidade) e que ainda exige prestações estatais positivas. O mínimo existencial não tem dicção constitucional própria. Deve-se procura-lo na ideia de liberdade, nos princípios constitucionais da dignidade humana, da igualdade, do devido processo legal e da livre iniciativa, na Declaração dos Direitos Humanos e nas imunidades e privilégios do cidadão. Sem o mínimo necessário à existência cessa a possibilidade de sobrevivência do homem e desaparecem as condições iniciais da liberdade. A dignidade humana e as necessidades materiais da existência não retrocedem aquém de um mínimo, do qual nem os prisioneiros, os doentes mentais e os indigentes podem ser privados (Souza Neto, 2008, p. 314).

Assevera-se, no entanto, que além do provimento do mínimo necessário a sobrevivência, há de ser observado o princípio da reserva do possível que se baseia na existência de recursos, bem como na disponibilidade jurídica, encarregada na correta repartição de receitas dos entes da federação a fim de dispor esses recursos para o custeio das necessidades relacionadas aos direitos fundamentais. Muito embora se pondere a argumentação de que a concretização dos direitos custa caro, o Estado não pode irrestritamente utilizar esse princípio

e permanecer inerte, pois precisa caminhar para premissa maior do estabelecimento da justiça social.

Ainda sobre princípios, incumbe esclarecer acerca do princípio da proporcionalidade que se baseia na aproximação do razoável e do que se considera justo que deve inclusive servir de parâmetro para as decisões judiciais relacionadas aos direitos fundamentais, conforme ensina Ada Pellegrini Grinover:

...com relação à intervenção do Judiciário nas políticas públicas, que, por meio da utilização de regras de proporcionalidade e razoabilidade, o juiz analisará a situação em concreto e dirá se o legislador ou o administrador público pautou sua conduta de acordo com os interesses maiores do indivíduo ou da coletividade, estabelecidos pela Constituição. E assim estará apreciando, pelo lado do autor, a razoabilidade da pretensão individual/social deduzida em face do Poder Público. E, por parte do Poder Público, a escolha do agente público deve ter sido desarrazoada (Grinover, 2013, p. 137).

Pelo exposto, constata-se que, no Brasil, pelas inúmeras limitações geradas por intensos conflitos políticos e sociais, perfazem a restrição na garantia ao acesso à saúde somente pelo Sistema Único de Saúde, tornando por conseguinte, muitas vezes, inviável, apresentando um sistema público distanciado do que determina a constituição, fazendo necessária a adoção de um sistema suplementar, prestado por pessoas físicas e jurídicas privadas como a atuação de operadoras de planos e seguros de saúde para suprir essa lacuna, ou encontrando no setor judiciário aparato para resolução, porém pode-se obter alternativas mais claras relacionadas a gestão do conflito a fim de resolver a problemática e restabelecer a harmonia tão desejada.

A integração dos dois subsistemas, o público e o privado, é indispensável para a sustentabilidade de ambos, porém se estigma que em relação à participação dos planos de saúde na estrutura brasileira, estes se mostram inicialmente uma afronta ao princípio da gratuidade, já que uma das vias de consolidação da saúde em nosso país está marcada justamente na capacidade de promover a universalização. No entanto, a escassez da oferta e baixa qualidade dos serviços na rede pública, faz com que se necessite de medias alternativas, onde abre a oportunidade para rede de saúde privada. Dessa forma, a exigência por manutenção dos serviços públicos se torna mais latente, porém como já tratado outrora a questão mais incidental decorre justamente dessa obrigação estatal que deve manter as necessidades básicas da sociedade no chamado mínimo existencial.

Nesse desiderato, o direito à saúde se estabelece numa relação de interdependência a outros direitos fundamentais para sua efetivação e diante da insuficiência do Estado em cobrir essa assistência, a iniciativa privada no SUS poderá oferecer esse serviço de saúde.

Sobre o tema Pereira relaciona o problema da saúde pública em não alcançar a universalidade, enfatizando:

Ao invés deste princípio funcionar como um mecanismo de inclusão social, na realidade é excludente por incorporar, de fato, apenas os segmentos mais necessitados da população de uma forma discriminatória, ou seja, oferecendo um serviço de baixa qualidade. Já os segmentos que têm condições de não se submeterem a esse tipo de serviço são absorvidos pela medicina suplementar. O setor público, antes de competir com o setor privado, oferecendo um serviço de boa qualidade, demarca um campo de complementariedade com aquele. Assim, o setor privado de saúde suplementar joga no insucesso da qualidade do atendimento. Como consequência, foi empreendido um perfil híbrido, ou no mínimo paradoxal, às políticas de saúde nestas duas últimas décadas: ao mesmo tempo em que se conseguiu selar nos textos constitucionais alterações vinculadas a um modelo *welfare state* institucional-redistributivo, concernente aos princípios da reforma sanitária, se consolidava na vida prática dessas políticas uma tendência de política social de características residuais e segmentárias com a consolidação de um setor privado de saúde suplementar. (Pereira, 1996, p. 97).

Segundo essa abordagem, a compreensão do direito à saúde como sendo um bem consumido diariamente, deveria ser resguardado ao acesso às ações de cunho preventivo e curativo indo ao encontro dos princípios do Estado de Bem Estar Social, mas o que se observa é que desde o marco inicial com a eclosão na previdência social, já trazia a segmentação de suas clientelas, ocasionando uma fragilidade que faz crescer o desafio de tornar cidadãos autônomos na luta da cidadania e no protagonismo da obtenção desse direito fundamental, mostrando uma configuração atual voltada a privatização que funciona de forma semelhante ao antigo modelo de seguro social.

Percebe-se também pela irresignação acima retratada que os investimentos em unidades de saúde pública estão sendo substituídos por compras de serviços médicos no setor privado, promovendo o crescimento nesse subsetor, além de ter também como incentivo fiscal, a possibilidade de dedução de despesas com saúde no imposto de renda, mantendo então acesso diferenciado, com privilégios corporativos e individuais principalmente para a classe média e alta que se beneficia dessa opção de atendimento diferenciado.

Propugna-se que no tocante ao acesso à saúde pelos subsistemas, pode ser realizado ou através de sistema de saúde de forma complementar credenciando-se ao SUS, por meio de relação contratual e convênio, correspondendo ao subsetor da saúde complementar; ou através de operadoras de planos de saúde – OPS, de maneira suplementar, embora esse termo não seja de todo apropriado, pois muitas vezes oferta cobertura duplicada de serviços oferecidos pela rede pública de saúde.

As regulamentações das modalidades supracitadas estão previstas na Lei dos Planos de Saúde: Lei nº 9.656, de 1998 e da Lei de criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) Lei nº 9.961, de 2000, além de normas infralegais emanadas da ANS; pelo CDC –

Código de Defesa do Consumidor – Lei 8.078 de 11 de setembro de 1990, de forma geral, pelo Código Civil (CC) – Lei nº 10.406 de 10 de janeiro de 2002, e também por normas esparsas. Este segmento, portanto, se fundamenta tanto em normas do direito público quanto do direito privado, observando as relações entre o Estado, os agentes econômicos, os prestadores de serviços médicos e os consumidores de forma geral.

Dessa maneira, a saúde suplementar, aberta à iniciativa privada, é uma atividade de suma relevância, que presta assistência a cerca de um quarto da população brasileira e encontra respaldo no art. 199 da CF/88, “a assistência à saúde é livre à iniciativa privada”, remetendo ao art. 174, que regula as atividades econômicas, e ao art. 170, *caput*, e inciso IV, da Constituição, que estabelece a ordem econômica, sabendo-se que as prestadoras de serviço privado de saúde suplementar, estão sujeitas à regulamentação e à fiscalização do Estado, o que se dá, principalmente, através da Agência Reguladora ANS.

A Lei Federal nº 9.656/98 trouxe importantes considerações sobre os planos de saúde, buscando a manutenção do equilíbrio financeiro e imposição de limites às operadoras diante do aumento de reclamações dos consumidores. Sobre o tema, discorre Figueiredo:

A regulação objetivava corrigir as distorções quanto à seleção de riscos, proteger os direitos consumeristas dos beneficiários e dependentes, bem como preservar a competitividade e a higidez do mercado. Para tanto, disciplinou diversos instrumentos jurídicos de regulação, tais como: ampliação de cobertura; ressarcimento ao SUS; registro das operadoras; acompanhamento de preços pelo governo; obrigatoriedade da comprovação de solvência; constituição de reservas técnicas e financeiras; permissão para a atuação de empresas de capital estrangeiro e proibição do monopólio de atividades por uma única empresa (Figueiredo, 2012, p. 120).

Antes da referida lei, as admissões eram estritamente contratuais, com impossibilidade de rever cláusulas acerca de cobertura de procedimentos restritos. Apresentou-se, portanto, um grande avanço ao acesso aos serviços de saúde no Brasil, os quais os planos de saúde passaram a ser melhor regulados.

A mesma Lei federal também foi responsável pela instituição do CONSU - Conselho de Saúde Suplementar, órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, que tinha como competência os seguintes: I) estabelecer e supervisionar a execução de políticas e diretrizes gerais do setor de saúde suplementar; II) aprovar o contrato de gestão da ANS; III) supervisionar e acompanhar as ações e o funcionamento da ANS; IV) fixar diretrizes gerais para implementação no setor de saúde suplementar; e V) deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões.

Posteriormente foi criada a ANVISA- Agência Nacional de Vigilância Sanitária, através da Lei nº 9.782 de 1999, com a finalidade de realizar o controle sanitário da produção e da

comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária. E no ano seguinte veio a criação da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, que tinha como propósitos: regular, normatizar, controlar e fiscalizar as atividades prestadas pela assistência suplementar à saúde, que à época já contava com mais de 30 milhões de beneficiários, conforme disciplina a lei dos planos de saúde (ANS, 2007).

Outro avanço no mesmo sentido foi a impossibilidade de rescisão ou suspensão unilateral por parte da operadora de saúde, sem motivos, onde essa modalidade alcança apenas contratos empresariais, exceto em casos de fraudes ou pelo não-pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o consumidor seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência, restando assim mais segurança e benefícios aos consumidores, conforme entendimento da Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça (STJ).

Assim os planos e seguros de saúde possuem regras específicas já que se trata de contrato particular, mas, sobretudo deve estabelecer entre seus critérios a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais; sendo realizada diretamente pela própria operadora de saúde ou indiretamente através de prestadores de serviços.

Nesse sentido, as Operadoras e Seguradoras de saúde devem obediência às normas do Órgão Regulador, sob pena de sofrer sanções previstas pela ANS, contribuindo assim de maneira incisiva na resolução de conflitos, já que no contexto das relações consumeristas de saúde tem se o parâmetro legal a ser submetido.

O rol de procedimentos abrangidos pelos contratos de planos de saúde é periodicamente atualizado pela ANS, além de ser instituída uma unidade organizacional de Ouvidoria, criada pela Resolução Normativa nº 323, para possibilitar a oitiva de reclamações e sugestões dos clientes. Ademais a natureza peculiar deste tipo de contrato provoca a manifestação de imprevisibilidades, já que se trabalha com acontecimentos futuros e incertos e assunção do risco por ambas as partes decorrente, portanto da mutualidade, sendo importante o estabelecimento da boa-fé.

Deste modo, pode-se concluir que todos os brasileiros continuam sendo beneficiários do Sistema Único de Saúde - SUS, mesmo podendo custear o subsistema complementar, desde que seja o serviço ofertado pelo sistema, porém se for utilizado tratamento que não é ofertado pelo SUS, deverá ir à rede privada, tornando a responsabilidade do Estado subsidiária, graças

ao princípio da solidariedade social previsto no artigo 3º da Constituição Federal, que impõe o amparo mais amplo do Estado aos vulneráveis economicamente.

Tomando por base o universo normativo do setor privado, desrespeito e confrontos surgem a todo o momento entre usuários e operadoras de planos de saúde levando o assunto ao crivo do poder judiciário, além de conflitos administrativos relativos à abusividade contratual, correlacionando a busca desenfreada pela obtenção de lucros que muitas vezes se aproveitam do momento de fragilidade do consumidor que diante de uma situação emergencial se submete às condições demasiadamente onerosas.

Sobre o tema, discorre Mises (1966), que muito embora se critique a objetividade de lucro das empresas operadoras de saúde, referindo-se como injusta para a grande massa usuária dos produtos e serviços, não se leva em consideração que faz parte da doutrina marxista de exploração que as relações negociais empreendedoras trabalham nesse sentido e detém direito a todo o produto do trabalho, consentindo a busca de lucros em suas atividades.

Para que se possa vencer os desafios relativos a seara sanitária, há que ter o entendimento que saúde é uma questão social de responsabilidade compartilhada entre Estado e cidadãos e que portanto há que se buscar a harmonia de interesses individuais e coletivos, resguardando o erário público.

Em suma, hoje as pessoas podem utilizar os serviços de todos os subsistemas de saúde que irá depender além do acesso, da necessidade e condição financeira de arcar com os custos. Assim, mesmo sabendo da responsabilidade direta pelo provimento da assistência à saúde pública por parte do Estado, deve se reconhecer a assistência à iniciativa privada, muito embora se vislumbre que esse serviço não vem, algumas vezes fortalecendo o sistema de saúde, mas segregando pessoas, tornando como estigma que o SUS é para o pobre e o subsistema suplementar tem a peculiaridade de ser um serviço com maior qualidade.

Neste aspecto, Almeida (2010), assevera que:

o processo de sucessivas reformas da assistência médica, implementadas nas três últimas décadas, o Estado primeiro desencadeou e estimulou, por meio de políticas explícitas, as parcerias com o setor privado, numa perspectiva privatizadora, e, posteriormente, abdicou das funções mediadora e reguladora, principalmente pela não-decisão, permitindo que as relações implícitas entre o público e o privado vigorassem sem intervenção e perdendo, assim, a capacidade de regulá-las (Almeida, 2010, p.13).

Observa-se que o Brasil enfrenta dificuldades orçamentárias na saúde desde a sua institucionalização e os gastos nessa seara representam atualmente cerca de 4% de seu Produto Interno Bruto (PIB), somados a exigência de formulação de planos pela Lei 8.142/90 que expõe

a necessidade de vários procedimentos burocráticos e isso se revela como obstáculo para incrementos no setor público, distanciando cada vez mais a qualidade nesse setor.

Para o custeio do serviço público de saúde são utilizados recursos do orçamento da Seguridade Social, da União, dos Estados-membros, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes, sendo custeado indiretamente por meio do pagamento de impostos.

No que tange ao custeio do serviço complementar de saúde da prestação do serviço público pela iniciativa privada, este é feito através de contrato realizado pelo SUS com remuneração por recursos públicos, e na saúde suplementar, por sua vez, apesar de receber repasses públicos, recebendo inclusive críticas por esse subsídio, já que poderia ser destinado unicamente para o setor público, são custeados, pelos usuários que serão beneficiários.

Pode-se depreender que os contornos projetados pela Constituição concedem o direito à saúde de forma desigual, precarizando as relações, já que os desprovidos financeiramente e socialmente, ficam marginalizados ao acesso que deveria ser igualitário e universal, pairando sob o espectro de uma má-fé institucional e favorecendo aos que se encontram com melhores faixas de renda.

Essa exclusão se fundamenta como herança cultural dos modelos sanitaristas normatizados na primeira República e mesmo havendo mudanças estruturais, os elementos constitutivos de desigualdades predominam até os dias atuais.

Importante salientar a respeito da estrutura do subsistema privado que as operadoras de saúde podem adotar oito formas jurídicas segundo a regulamentação trazida pela ANS através da RDC nº 39, são elas: Cooperativa Médica e Cooperativa Odontológica, estas se fundamentam na prestação de serviços de saúde pelo cooperado, sem objetivo de lucro; em Seguradora especializada em saúde, que ocorre quando um grupo de pessoas contribui financeiramente para que apenas alguns se utilizem dos recursos de um fundo mútuo, administrado por operadoras de planos, para o pagamento das despesas médicas; Odontologia de Grupo e Medicina de Grupo, estas duas irão administrar planos de forma individual ou empresarial, podendo haver o credenciamento de outros serviços complementares; Autogestão, forma utilizada por intermédio do setor de recursos humanos da empresa; a modalidade de Filantropia, que são entidades sem fins lucrativos e devem possuir junto ao Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) declaração de utilidade pública federal, estadual ou municipal junto aos órgãos competentes e por fim as Administradoras que são empresas que administram exclusivamente planos de assistência à saúde.

Em 2015, foi aprovada a Emenda Constitucional de nº 86, conhecida como emenda do orçamento impositivo, alterando artigos 165 e 166 da CF, em que cristaliza o subfinanciamento do SUS, alvo de muitas críticas, pois estabelece possibilidade de maior utilização da discricionariedade em relação ao orçamento público, pois positivou apenas alguns dispositivos do orçamento.

No mesmo ano foi instituída a Lei nº 13.097, permitindo a participação de empresas e do capital estrangeiro, direta ou indiretamente, nas ações e cuidados à saúde e se buscou modernizar o sistema de saúde, incorporando novas tecnologias como a criação do CITEC – Comissão de Incorporação de tecnologias pelo Ministério da Saúde, o qual tinha por atribuição analisar a incorporação ou retirada de tecnologias de saúde, revisão de diretrizes clínicas, protocolos terapêuticos e assistenciais.

Para fins de estudo sobre o avanço nessa empreitada da saúde, foi aprovada a Recomendação nº 31 do Conselho Nacional de Justiça, onde foram traçadas diretrizes a fim de melhor resolver demandas judiciais que envolvem a assistência à saúde, garantindo maior eficiência nesse âmbito.

Nessa mesma linha obteve-se a aprovação da Lei 12.401/2011, a qual instituiu a CONITEC - Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – e buscou assegurar a transparência e a possibilidade de participação da sociedade civil nos processos de incorporação.

Nessa senda, a saúde privada, ainda se condiciona sob lei de proteção dos consumidores, porém mantém a característica de direito básico e de objetivo social, com a necessidade de adequação da livre iniciativa com a justiça social, submetendo-se ao crivo do Judiciário quando alguma das partes se sente lesada nessa relação.

Então se torna evidente que a partir do momento que operadoras de planos de saúde prestam um serviço público, no caso referente a saúde, ela deve se responsabilizar tal como ente público, nesse sentido se posicionou a Ministra Nancy Andrigui em um julgado no Superior Tribunal de Justiça:

Ao propor um seguro-saúde, a empresa privada está substituindo o Estado e assumindo perante o segurado as garantias previstas no texto constitucional. O argumento utilizado para atrair um maior número de segurados a aderirem ao contrato é o de que o sistema privado suprirá as falhas do sistema público, assegurando-lhes contra riscos e tutelando sua saúde de uma forma que o Estado não é capaz de cumprir (STJ - REsp: 1053810 SP 2008/0094908-6, Relator: Ministra NANCY ANDRIGHI, Data de Julgamento: 17/12/2009, T3 - TERCEIRA TURMA, Data de Publicação: DJe 15/03/2010).

Ainda sobre os contratos de serviços de saúde, Roberto Grassi Neto enfatiza:

Os contratos objetivando estabelecer plano privado de assistência à saúde têm natureza jurídica bilateral e aleatória, uma vez impõem obrigações recíprocas entre as partes contratantes e condicionam a cobertura a acontecimento futuro e incerto, consistente na presença ou de lesão por parte do segurado ou beneficiário por ele previamente indicado (Grassi Neto, 2012, p. 57).

Imprescindível então a correta análise do contrato de plano de saúde já que se verifica cada vez mais a presença de barreiras, seja relacionada a serviços não cobertos ou não disponíveis, reajustes de preços, dificuldades em relação ao acesso, descontinuidade e desorganização a medida que os conflitos também vão se tornando mais complexos, visto que as relações vão ganhando maior espaço com o crescimento da globalização, frequentes mudanças na ordem social, alterações ambientais, novos estilos de vida, avanços tecnológicos e mudanças políticas.

Em meio a essas controvérsias, busca-se, sobretudo um atendimento de qualidade e na falta desse, faz com que se torne necessário dirimir a problemática com uma solução plausível a ser cumprida pelas partes conflitantes. Porém, há que ser observado o meio mais adequado ao caso, daí surge a necessidade de encarar novas alternativas, não só para se adequar ao caso concreto, mas como também desburocratizar principalmente o Judiciário que vem se abarrotando de demandas e dar maior celeridade aos casos de relações que de algum modo tenham necessidade de reparo.

1.3.1 Dos Princípios e Diretrizes Constitucionais norteadores do direito à saúde

A terminologia princípio, conforme salienta Fahd Awad (2006), é utilizada para definir proposições diretoras de uma ciência, às quais todo o desenvolvimento posterior dessa ciência deve estar subordinado. Logo, o entendimento do referido vocábulo exprime a ideia de começo, onde tudo se inicia, e quando se remete aos princípios constitucionais, a idealização é que esses preceitos devem se tornar realidade, ganhando força normativa suficiente para pôr em prática.

Sobre a importância dos estudos dos princípios, Paulo Bonavides leciona:

Sem aprofundar a investigação acerca da função dos princípios nos ordenamentos jurídicos não é possível compreender a natureza, a essência e os rumos do constitucionalismo contemporâneo (Bonavides, 2010, p. 231).

Deste modo, as disposições previstas em forma de princípios devem ser interpretadas de modo cauteloso, pois servirão como alicerce e como critérios determinantes na busca de efetivação dos direitos fundamentais, muito embora o pensamento acerca da utilização dos

princípios como fonte só veio ganhar visibilidade em meados do século XX, sob o olhar de juristas dedicados à Teoria Geral do Direito, dentre eles destaca-se Norberto Bobbio.

Frise-se também que o direito à saúde, classificado na esteira de direitos fundamentais, é considerado como norma princípio, pois, diferentemente das normas regras, não há a necessária dicotomia consistente na incidência ou não incidência integral da norma. No caso das normas princípios deve-se procurar aplicá-las sempre em sua máxima extensão, no entanto, é possível que o operador do direito se depare com situação na qual haja inevitável conflito entre duas normas princípios.

Neste sentido, Alexy, esclarece que:

princípios são normas que ordenam que algo seja realizado na maior medida possível dentro das possibilidades jurídicas e fáticas existentes. Princípios são, por conseguinte, mandamentos de otimização, que são caracterizados por poderem ser satisfeitos em graus variados e pelo fato de que a medida devida de sua satisfação não depende somente das possibilidades fáticas, mas também das possibilidades jurídicas (...) As regras, por sua vez, são normas que são sempre ou satisfeitas ou não satisfeitas. Se uma regra vale, então, deve se fazer exatamente aquilo que ela exige; nem mais, nem menos. Regras contêm, portanto, ‘determinações’ no âmbito daquilo que é fática e juridicamente possível (Alexy, 2011, p. 90-91).

Em que pese esse novo entendimento, nos casos concretos, há de se valer das técnicas hermenêuticas de ponderação, dosando a aplicação da norma princípio na adequada medida de acordo com os parâmetros do caso específico. Pois bem, no contexto da máxima efetividade das normas constitucionais fundamentais, é imprescindível trazermos à tona o atual cenário constitucional brasileiro acerca dos princípios vigentes.

Acerca dos princípios constitucionais do Sistema de Saúde, Bastos nos ensina que, “[...] os princípios consagrados constitucionalmente servem, a um só tempo, como objeto da interpretação constitucional e como diretriz para a atividade interpretativa”. Posto isso, eles nos impõem um desafio a ser perseguido (Bastos, 1997, p.80).

Enumeram-se como princípios relacionados à saúde, os inseridos no Título VIII da Constituição (Da Ordem Social), especificamente na Seção II (Da Saúde) que integra o Capítulo II (Da Seguridade Social). Portanto têm-se os de Ordem Social; os da Seguridade Social; e por fim, os princípios aplicáveis especialmente à Saúde.

No que tange à Ordem Social, contempla-se os princípios do bem-estar social e da justiça social, o primeiro tendo como referência à nova abordagem do termo saúde introduzida após as duas grandes guerras mundiais, buscando a prestação do Estado às condições mínimas para o bem estar da sociedade e a justiça social remete à justiça distributiva, onde todos devem receber os benefícios de forma igualitária.

Os princípios da Seguridade Social são os enquadrados no art. 194 da Constituição que coincidem em termos com as diretrizes previstas ao SUS e no art.7^a da Lei Orgânica da Saúde – Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990, os quais se passa a explicar.

Em relação à Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, significa que todos indistintamente tenham atendimento no sistema público de saúde, não podendo haver discriminação por cor, raça, religião, local de moradia, situação de emprego ou renda, etc.

Extrai-se desse princípio a própria definição de saúde da VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS) que preceitua que a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida, devendo se propagar políticas gerais e específicas, florescidas a partir dessa visão. Tem-se como exemplo a distribuição gratuita de medicamentos para várias doenças crônicas no caminho dessa perspectiva de se pensar a saúde como um direito universal (Brasil, 1986).

Porém, essa idealização é manifestadamente denegada pelos baixos recursos públicos, que impedem a manutenção e cobertura de forma universal, mas deve se reconhecer que a busca pela universalização da saúde representa a busca pelo estabelecimento de uma sociedade mais igualitária e democrática, tendo em vista que a saúde engloba inúmeras determinantes sociais e por esse motivo é alvo de muitas controvérsias que são levadas a judicialização pelo não alcance da assistência devida.

Os próximos incisos do supra artigo tratam sobre integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema e preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral, já que a pessoa deve ser considerada como um todo, devendo as ações de saúde ser voltadas ao conceito da OMS.

Logo, ao se referir ao princípio da Integralidade, se trata de outro princípio ideológico, cujo foco baseia-se em oferecer saúde nas pautas de prevenção e cura ao mesmo tempo, muito embora esse conceito represente controvérsias no sentido de mensuração, já que há indefinição sobre os reais contornos do dever do Estado e torna-se um agravante para que se possa atingir o resultado desejado do referido princípio-diretriz, enfrentando por diversas ocasiões o crivo

do Judiciário para determinar a correta oferta e garantir esse princípio. Deve-se ater ainda na correta aplicação de tratamento e reabilitação, o que acarreta aumento de custos para a Administração Pública.

Ademais, se deve possibilitar amplo acesso a todos os níveis de atenção à saúde no sistema (atenção primária, atenção secundária e atenção terciária) e articular o setor saúde com as demais áreas sociais, observando o adequado comportamento dos profissionais isoladamente e em equipe, com a rede de serviços como um todo.

Portanto, o princípio da integralidade busca atendimento adequado aos problemas de saúde individuais e coletivos condizentes para se manter ou restabelecer o bem estar do indivíduo, promovendo adoção das políticas públicas de saúde, de forma variada e deste modo, o SUS não pode excluir qualquer tipo de tratamento, preventivo e curativo, apesar de haver entendimento doutrinário que defende a fixação de prioridades de tratamentos de saúde.

No tocante ao princípio da igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; além de estar atrelada a universalidade e referindo-se ao princípio da equidade, fator esse que mais se aproxima do estabelecimento do fornecimento justo dos serviços de saúde, se atentando as desigualdades existentes, para a promoção da máxima de que se devem tratar desigualmente os desiguais, portanto o objetivo da equidade é diminuir desigualdades, garantindo que cada indivíduo será atendido conforme suas necessidades até o limite do que o sistema pode oferecer para todos.

Os princípios referentes aos incisos V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática e VIII - participação da comunidade; são autoexplicativos e, portanto, não requerem maiores explicações sobre seu significado.

Além dos princípios doutrinários e ideais mencionados, têm-se os chamados princípios organizacionais, os quais destacam-se abaixo.

No inciso IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, tem-se: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios e b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.

Em relação a alínea a, o princípio a que se refere é o da hierarquização cuja diretriz é a organização do atendimento em distintos níveis de complexidade ou níveis de atenção: atenção primária, caracterizada pela baixa complexidade e alta demanda; atenção secundária, cuja

complexidade é intermediária e a demanda reduzida; e a atenção terciária, formada por serviços de alta complexidade e, em regra, com demanda muito baixa.

Já a alínea b trata do princípio da regionalização do SUS que orienta o processo de descentralização das ações e serviços de saúde. Esse princípio diz respeito a uma organização do sistema por circunscrições territoriais, que por sua vez são indicadas por perfis populacionais, “regiões de saúde” que estudadas nesse segmento terá maior facilidade para programar e ofertar os serviços necessários para a determinada região e assim irá ser facilitado o trabalho de gestão municipal. Além disso, interessa-se nas transferências de recurso financeiro regular e automática – Fundos de Saúde (nacional, estaduais e municipais).

No que se remete à participação social, este princípio foi respaldado com a criação da Lei 8.142/90 que previu a formação dos Conselhos de Saúde, estes com caráter permanente e deliberativo e as Conferências de Saúde, possibilitando a participação popular na tomada de decisões pelo SUS. Havendo, portanto a busca pela democratização dos processos decisórios.

Em relação à resolubilidade, propõe-se que diante de impactos coletivos de alta complexidade, exige-se capacidade para o enfrentamento e resolução de acordo com a competência, devendo referenciá-lo a outro nível de complexidade quando não for capaz de dar a devida assistência.

A adoção da Política de Humanização –PNH, veio para fortalecer os dispositivos acima, invocando inovações na seara sanitária, com foco na educação permanente dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde e na formação dos acadêmicos da área de saúde. Trata-se portanto de uma política pública do SUS implementada em 2003 pelo Ministério da Saúde como forma de organização dos processos na gestão de saúde no Brasil. Desse modo, reafirma-se essa aposta estética-política como incremento não somente na rede de acesso aos serviços de saúde, mas sobretudo na qualidade do cuidado que envolve as ações dos gestores e profissionais de saúde para com os usuários. Através dos princípios de inseparabilidade entre a atenção e a gestão dos processos de produção de saúde, da transversalidade e autonomia e protagonismo dos sujeitos busca-se efetivar os princípios aludidos do SUS.

Nesse sentido, a abordagem realizada nos espaços de saúde deve ser integral e humana, valorizando a cultura identificada em cada ser, intervindo de modo não muito invasivo, mas eficiente na medida de se buscar as melhores soluções para o caso concreto. Sobre o tema, frisa o estudo de Barbosa, et al.

Nos serviços de saúde ainda se mantém a padronização de condutas e o fazer técnico como forma de organização dos serviços em detrimento ao acolhimento e

integralidade do cuidado. Segundo a Política Nacional de Humanização a busca é formar profissionais que na sua atuação articulem ações de eficiência técnica e científica, postura ética, mas que respeite a necessidade e singularidade de cada usuário, sabendo que esta convivência é imprevisível e é geradora de inovação nas práticas de saúde. Os três eixos analisados por esta investigação a humanização e cuidado com os usuários, a humanização e o processo de trabalho e a humanização e a formação indicam possibilidades de novas investigações sobre a temática de forma a construir um arcabouço teórico-prático imprescindível para a implementação do Sistema Único de Saúde (Barbosa, et al, 2013, p.126).

E por fim, tem-se a possibilidade de complementariedade do setor privado, como já discutido em momento anterior, desde que seja realizado através da celebração do contrato, conforme as normas do direito público, ou seja, o interesse público prevalecendo sobre o particular e ainda assim a instituição privada deverá estar de acordo com os princípios básicos e normas técnicas do SUS, prevalecendo os princípios da universalidade, equidade. Dessa forma, todo serviço privado contratado passa a seguir as determinações do sistema público, em termos de regras de funcionamento, organização e articulação com o restante da rede.

Seguindo esse propósito, cada gestor, dentro da sua área de atuação, deverá planejar primeiro o setor público, para posteriormente analisar o serviço complementar da rede assistencial, dando preferência ao setor privado sem fins lucrativos, como disciplina a norma constitucional.

Nesse sentido, Barroso (2008), arremata:

Na verdade, é a aplicação dos princípios constitucionais que leva determinados institutos de direito privado para o direito público. O fenômeno em questão, portanto, não é nem de publicização de um, nem de privatização de outro, mas de constitucionalização de ambos. Daí resulta uma diminuição do rigor da dualidade direito público-direito privado, produzindo áreas de confluência e fazendo com que a distinção passe a ser antes quantitativa do que qualitativa (Barroso, 2008, p.31).

Deve prevalecer, portanto o respeito de todos os princípios do SUS que servem ao setor privado de saúde e ser observadas as reiteradas decisões judiciais no âmbito da saúde, que infringem ou distorcem os referidos princípios, a fim de ser rechaçado essas ações e por isso a busca de novas formas de resolução de litígios seria mais eficiente e justa.

Sem dúvidas a ausência de condições materiais para o alcance do estabelecimento dos direitos fundamentais acarreta no enfraquecimento da própria democracia, consoante o reconhecimento dos direitos à prestação estabelecida no ordenamento jurídico e seguindo o princípio da igualdade e responsabilidade do Estado na atuação positiva pela providência em garantir os direitos básicos da população, principalmente as que vivem em estado de risco e agindo de acordo com os preceitos constitucionais quando consagra os direitos fundamentais, e, principalmente, os sociais, no seu art. 203, V.

Assim apesar dos avanços conquistados nas redes públicas e privadas de saúde, ainda se depara com uma precarização do trabalho e as soluções, muitas vezes, não levam em consideração as determinantes estruturais das necessidades de saúde relatando-se como grande desafio a concretização dos direitos fundamentais no que refere à saúde.

1.4 Diretrizes para o avanço institucional das relações interpessoais na seara sanitária

Barcellos (2008, p. 133), apresenta como reflexão o discurso já tão debatido e claro de que apesar de se ter avançado consideravelmente o aumento de expectativa de vida no Brasil, e isso se deve, dentre outros fatores, à queda da fecundidade e da redução de mortalidade, sabe-se que a condição de saúde é resultado de interações complexas entre os vários fatores intrínsecos e extrínsecos manifestados através de mudanças estruturais e funcionais, por isso requer uma avaliação criteriosa para descobrir os reais gravames que impeçam de alguma forma uma vida sadia em todas as idades, já que com o aumento da expectativa de vida, necessita de mais precaução com um enfoque interdisciplinar, a fim de possibilitar a promoção de saúde e prevenção de doenças em busca do bem estar.

Dentro dessa perspectiva, o enfrentamento das situações adversas nas relações interpessoais é de extrema importância para a melhor condução das estratégias envolvendo a correta oferta do serviço de saúde de acordo com a necessidade de cada indivíduo.

Na seara sanitária, tem-se a presença de um grupo de profissionais que deve saber lidar com situações tensas, urgentes e que requer muito equilíbrio para resolução, conforme aduz Sangy e Oliveira (2013):

Todos os profissionais da saúde se encaixam no grupo de profissões de forte cunho vocacional e humanístico. Professores, bombeiros, guardas civis, clérigos, médicos, enfermeiros, assistentes sociais, dentre outros, realizam suas tarefas pautados na condição de empatia e alteridade que seu trabalho exige. Todavia, profissionais da saúde, sobretudo no exercício da medicina, na maioria das vezes são fortemente preparados para encarar a morte e a enfermidade com frieza e instrumentalidade técnica (Sangy; Oliveira, 2013, p.179).

Vislumbra-se que essas pessoas acometidas por esse clima de pressões e estresses, com trabalhos de jornadas intensas, muitas vezes cumulada com outras atividades ou atendimento em outros locais, resulta numa rotina desgastante pela grande responsabilidade em lidar com problemas emergenciais ou de grande complexidade e faz com que no entorno a ser executado não seja oferecido bons feedbacks, ocasionando, por conseguinte, problemas aos que se encontram em condição de maior vulnerabilidade, quer sejam pacientes, parentes do pacientes, subalternos ou colegas de profissão, muito embora os maus tratos possam ocorrer também de

forma inversa, seja pela impaciência, não entendimento de alguma expressa condição legal ou até mesmo pela condição específica de determinada situação.

Destaca-se como prática recorrente no âmbito hospitalar, as reclamações acerca de ocorrência de maus tratos e discriminações aos usuários dos serviços de saúde, tanto na esfera pública quanto na privada, com maior incidência nos casos de maus-tratos contra parturientes, infringindo os direitos das mesmas no estímulo ao parto normal ou direito de acompanhamento e a interação, com tratamentos grosseiros ou ofertados de forma antiética, sem entrar no mérito dos casos de assédio sexual, que infelizmente assolam nossa realidade.

A instabilidade emocional pela fragilidade da saúde certamente provoca distorções que precisam ser cautelosamente medidas a fim de aperfeiçoar-se administrativamente e assim melhorar as relações expostas nessa esfera, evitando o aparecimento de conflitos ou superando a forma de lidar com eles.

O ambiente hospitalar contemporâneo é compreendido como local de prestação de serviços referentes a cura, tratamento, reabilitação e investigação biomédica e apesar da figura do médico culturalmente ser entendida com grande destaque, motivado pela sua capacidade técnica, nem sempre ocupa o papel de liderança na relação, tendo em vista a presença de outros partícipes que mantém maior diálogo e interação com o usuário, devendo aprimorar a capacidade de comunicação entre todos os membros, sem estigmas de hierarquia.

O acolhimento ao paciente representa um espaço para a construção de vínculos e deve-se ter preocupação dentre outros aspectos sobre a valorização dos interesses dos usuários. Deste modo, a forma de atendimento será determinante para todo o processo de tratamento de prevenção ou cura de doenças, já que se firmou o entendimento que saúde reflete-se num contexto social de vivência do ser humano e não apenas com ausência de patologia.

Essas novas metodologias já podem ser presenciadas nas Unidades de Saúde de Família, onde as visitas domiciliares são constantes no sentido de melhor presenciar as dificuldades individuais e coletivas e fazer com que o atendimento prime para ser o mais humanizado possível, pois assim se alcançará um resultado mais satisfatório para ambas as partes. Contudo, nem todos os profissionais de saúde estão atentos a esse perfil ideal, prejudicando a interdisciplinaridade necessária, representando um grande desafio para seara sanitária pública, principalmente.

Reconhece-se assim a importância do trabalho em equipe e não necessariamente todos precisam ter personalidades semelhantes, mas sim ter os mesmos objetivos que é encarar a

saúde no contexto holístico, bem como enfatiza Fortuna (2005), “trabalhar em equipe não significa ser igual, significa trabalhar com as diferenças e conflitos”. Sendo assim, todos os partícipes têm sua importância na relação com o usuário de serviços de saúde, seja no âmbito público ou privado, devendo contribuir positivamente para a efetiva institucionalização das práticas de saúde.

A concepção de justiça ideal na medicina, tão propagada por René Descartes, atribui o direito à vida e a saúde como os bens mais importantes e portanto não podem faltar assistência pela falta de recursos, devendo receber aparato em todas as circunstâncias para a expansão da cidadania social.

Em meio ao cometimento de conflitos na área da saúde, podem surgir situações que não sejam regulamentadas pelas normas jurídicas, o que tornaria o direito lacunoso ou incompleto; diante dessa celeuma, muito se discute se deve haver apropriação do exercício do poder discricionário do julgador e até que ponto pode haver a interferência num problema pontual.

Devido a essa inquietude na obtenção de respostas justas o cenário da institucionalização da saúde vai se tornando mais crítico, já que o planejamento não se adequa a realidade e muitas vezes não há também acompanhamento evolutivo por parte do Judiciário que deixa de atender às necessidades individuais ou prejudica as necessidades coletivas.

Segundo entendimento de Dworkin (2011), ao se deparar numa situação difícil que haja lacuna normativa, não cabe a simples utilização da discricionariedade do julgador, mas no próprio ordenamento jurídico pode se encontrar respostas, tendo em vista a permissibilidade de utilização de outras fontes que não sejam normas propriamente ditas, mas princípios e políticas, por exemplo, e isso poderá variar caso a caso.

Em situações que implicam urgência é imperioso ter mais cuidado devido a responsabilização não somente do Estado, mas do envolvimento da conduta ética do médico e de outros profissionais que diante de qualquer possibilidade, por mais remota que seja, devem perseguir na tentativa de salvamento de uma vida, utilizando os recursos disponíveis, sejam materiais ou formais, de acordo com seus conhecimentos técnicos eivados da política de humanização.

Os cuidados paliativos descritos pela OMS (2002) devem ser com uma abordagem que promova a qualidade de vida de pacientes e seus familiares que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, quando possível, devem atuar na prevenção e no alívio do sofrimento, sendo identificada precocemente a avaliação e tratamento da dor e outros problemas

de natureza física, psicossocial e espiritual, são mais eficazes. Visto isso os princípios basilares para a adoção de corretas medidas estão além dos protocolos médicos, haja vista o dever de integrar o suporte psicológico, focando nas necessidades pessoais, enaltecendo mais uma vez o caráter importante da empatia que se almeja dos profissionais da saúde.

Em relação à questão de medicamentos, a Política Nacional de Medicamentos (PNM) determina as responsabilidades de cada esfera do governo no campo da assistência farmacêutica, o que muitas vezes tornam-se onerosos para o Estado, e este não consegue suprir a demanda necessária, resultado de problemas em relação a compra devido dívidas ou má gestão financeira, ou por outras dificuldades operacionais o que acaba concretizando uma conduta omissiva, negligente ou imprudente do Estado, aumentando as demandas judiciais nessa seara.

Quanto da concessão de medicamentos na via judicial, importante esclarecer que se deve exigir a comprovação da hipossuficiência do requerente, para tornar legítimo o pedido perante o Sistema Único de Saúde – SUS, já que se houver como pagar pela aquisição, indefere-se o pedido pela falta de competência do ente público. Desta forma, a maioria dos pedidos é ingressada através da Defensoria Pública que de pronto analisa a situação.

Acerca do tema, enfatiza Luís Roberto Barroso:

a judicialização nem sempre é a alternativa mais viável, tendo em vista que pode estar representada pelo excesso de ambição, há falta de critérios e de voluntarismos diversos, impedindo a implementação de políticas coletivas (Barroso, 2008, p.2).

Em contrapartida a idealização de um modelo político perfeito não é de fácil alcance, podendo ser resolvido intermediariamente por meio de outros meios de resolução de conflitos como a mediação, conciliação, permitindo assim, um melhor desenrolar em busca de solução para as problemáticas e efetivação do direito à saúde.

Nesse momento de consolidação de um governo democrático e popular que abre o caminho para a participação e o controle social sobre as políticas públicas, deve-se ater ao aspecto estrutural, e não apenas episódico, de organizar os meios de acesso individual, aproveitando a reforma político-administrativa com a implantação do modelo gerencial de administração pública que deixou para traz o excesso de burocracia do modelo anterior ao ano de 1995.

Nessa ótica, adequar a oferta de serviço ao perfil da necessidade e prioridade da população é um grande desafio de gestão, pois o planejamento de ações de saúde depende da obtenção desses dados, caso contrário as políticas tornam-se ineficazes. Apesar de ser notado crescente desenvolvimento nas extensões de saúde municipais de Unidades Básicas de Saúde -

UBSs e aumento do número de agentes comunitários e saúde da família, não se conseguiu alcançar suficientemente ações necessárias para a população ser atendida de forma eficiente, precisando a adoção de medidas mais avançadas de planejamento para o correto cadastramento e geoprocessamento, com a finalidade de melhorar o desempenho das políticas públicas implementadas, procurando assim manter a ligação coerente entre o atendimento do individual à resolução do coletivo.

Outro ponto a ser defendido é a necessidade em dar prioridade às soluções institucionais em detrimento de soluções hermenêuticas e semânticas, pois valerá muito mais o resultado prático com probabilidade de ser mais duradouro, apropriando-se dessa forma de métodos adequados aos casos concretos em questão.

Os desafios dos gestores é fazer com que a transformação do chamado Estado Herdado, arcabouço colonial e patriarcal da sociedade seja desconstruído para o Estado Necessário e nesse diapasão, a participação pública e privada na economia pode abranger uma profusão de arranjos que podem avançar no sistema de saúde, não só contribuindo para o fortalecimento da gestão pública, mas regulando o setor privado, garantindo a concretização de direito fundamental, já que devida a incapacidade em ampliar a oferta de serviços públicos por falta de recursos que são destinados ao setor privado, faz com que a situação para os que dependem do serviço público de saúde fique inviável.

Portanto, a investigação acerca da heterogeneidade na distribuição dos serviços hospitalares no país é de extrema importância para a discussão de diversas relações que podem ser estabelecidas entre o setor público e o privado.

Atualmente no Brasil, observa-se a participação da iniciativa privada no sistema de saúde nas chamadas parcerias público privadas, nas terceirizações de serviços públicos para o setor privado, o que torna mais complexa as relações em virtude de se ter a utilização simultânea de serviços, sendo um agente complicador tanto em relação ao paciente, quanto aos profissionais de saúde que tem mais de um empregador na rede de saúde como forma de aporte financeiro.

Enfatiza-se que um dos principais ingredientes para obtenção de um sistema de saúde de alta qualidade é a participação do paciente de forma ativa na definição de seus cuidados, corroborando o entendimento do trabalho de protagonismo humano frente às suas necessidades, individualizando-as para obtenção de um melhor resultado.

Nessa senda, é nítida a necessidade de mudanças de mentalidades no atendimento, porém encontram-se barreiras nos hospitais que mantêm suas estruturas com padrões de atendimento, sem buscar inovações ou adequar-se ao contexto atual e por isso deve-se sobressair as tentativas de relacionamento público-privado buscando relações entendidas como ganha-ganha.

Como estratégia para encarar melhor as situações, faz-se necessário a criação de mecanismos para negociação e relacionamento entre os gestores, além da participação da sociedade nas decisões sobre a política, exigindo maior articulação entre os Poderes em prol da saúde, já que como visto anteriormente a responsabilidade é solidária entre os entes, referenciando o Poder Executivo. No entanto, se faz necessário a implantação de normas reguladoras através do poder Legislativo e o poder Judiciário entraria em cena apenas diante de uma extrema necessidade, obedecendo a reserva do possível.

O ponto negativo da dualidade do mix público-privado se consigna não à cobertura de serviços além do Sistema Único de Saúde (SUS) ou suplementar, já que se sustenta que o segmento suplementar desonera o SUS, pela diminuição da demanda aos seus serviços, desafogando o serviço público, mas sim àquela que concorre com o SUS ou de forma duplicada.

Este arranjo não é de exclusividade brasileira. Stiglitz retrata que em quase todos os países há essa combinação de ações públicas e privadas, variando com o contexto local e momento (Stiglitz, 1994).

Importante ressaltar que a iniciativa privada em saúde não só auferir os benefícios da contratação para prestação direta de serviços de saúde financiados pelo setor público, como garante subsídios para reforçar seu parque tecnológico via Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social e, mais recentemente, via Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES).

A administração pública também exerce influência e pressão sobre os hospitais, que por sua vez, encontra obstáculos pela própria dimensão populacional que necessita de atendimento, as desigualdades sociais que assolam o país no modelo econômico capitalista e a própria trajetória fragmentada influencia a persistência do modelo médico-assistencialista privado que vem numa crescente, segundo lógicas de mercado (poder de compra).

A precariedade da saúde soma-se as condições que tendem a ser determinadas por arranjos institucionais e organizacionais cujos impactos se expressam em uma combinação duplamente empobrecedora para a saúde pública, em relação ao plano político, por não

conseguir desencadear atores responsáveis para propor diretrizes eficazes e a falta de articulação administrativa, para assumir o papel instrumentalizador de ações na prestação de serviços em saúde.

De qualquer forma, persistem as dúvidas acerca da relação híbrida do SUS e o alcance da regulação pública do Estado brasileiro sobre o segmento suplementar se há contributo para a efetivação do direito à saúde, bem como fica a responsabilidade pela resolução das divergências interpessoais nas relações ocorridas no centro médico-hospitalar.

A falta de acesso a direitos políticos e sociais para amplos segmentos da sociedade, o distanciamento com a Justiça às classes ou camadas de população mais fracas, empobrecidas e vítimas de uma estrutura brutalmente desigual, provoca a violência estrutural, dificultando sim as relações estabelecidas na seara sanitária.

Destacando que os espaços institucionais são locais de poder deve ser evidenciado todas as possibilidades frutíferas, havendo uma correta interação entre os profissionais da saúde, com uma postura ética no novo ideal profissional para se construir uma vontade coletiva ou amparar de maneira efetiva direito individual, implicando em processos de transformação na legitimidade democrática para a propagação do exercício da cidadania.

Além disso, a institucionalização de várias formas de participação da sociedade na esfera pública do Estado constitui o denominado controle social considerado um valioso instrumento de prevenção da corrupção e de fortalecimento da cidadania, potencializando o poder de decisão e contribuindo para a mobilização social em defesa de seus interesses e direitos garantidos, além de ser uma conquista da sociedade civil que a respalda para outras circunstâncias, tornando o mais forte para o enfrentamento de qualquer demanda insatisfatória.

Para melhorar esse panorama, é impreterível impulsionar uma mudança cultural na sociedade, que só é possível por meio da educação, não apenas formal, mas nas práticas de valorização, promoção de direitos igualitários, mudança de atitudes e culturas no contexto da saúde, ampliação da concepção de liderança e combate a restrições legais discriminatórias no sentido de que responsabilidades e oportunidades existentes para cada indivíduo de forma individual ou coletivamente necessite de atendimento médico.

1.4.1 Hierarquia dos saberes e poderes nos hospitais

Conforme Foucault enfatiza, em toda e qualquer sociedade existem relações de poder e controle, confundindo-se com a própria história da evolução do homem que sempre está num

processo competitivo e de adaptação, buscando a sua sobrevivência. Considera-se impossível portanto, associar a um lugar específico ou determinar a apenas um fator que resulte nesse poder e ressalta-se que as relações de poder são uma forma de ação e que não há relação de poder sem liberdade.

Passamos por períodos em que o poder era entregue àqueles mais sábios, associando no caso a idade com a sabedoria, posteriormente ligava-se o poder aos que detinham mais posses ou às autoridades religiosas e com a formação do Estado Moderno passou-se atribuir o poder ao Estado soberano.

Contudo, muitas discussões sobrevieram e firmou-se o entendimento de que o poder pode ser estruturado em relações de dominação existentes em qualquer âmbito, tendo em vista as inúmeras interações entre grupos assimétricos, podendo convergir contestações, manipulações, competições e alianças, inclusive na seara sanitária, onde há marcadamente um controle sobre indivíduos, remetendo-se ocorrência de conflitos nesse aspecto.

O cenário atual é bastante complexo com referência a multiplicidade de lideranças que podem ensejar posicionamentos de poder, porém deve-se lembrar que qualquer pessoa pode ocupar um lugar de poder, exemplificando no caso de uma instituição de saúde, o paciente tem uma vulnerabilidade para estar no local de dominado, mas não impede que possa assumir também o papel de dominador a se julgar detentor supremo de direitos pelos serviços a utilizar.

Paulo Freire (1988), ao abordar sobre a luta de classes e crítica acerca da educação tradicional que limita e aliena o aluno no seu livro *Pedagogia do Oprimido*, retrata a importância da relação interpessoal para a superação da questão das relações de poder, sugerindo que docente e discente fiquem no mesmo patamar, para que ambos possam dessa forma, ensinar e aprender. Deste modo, cristaliza a constatação de Paulo Freire que proclama que “Ninguém é superior a ninguém” e por isso sugere a eliminação dessas barreiras acerca da hierarquia de poder.

Poder difere-se de dominação, pois este último refere-se à questão do estabelecimento de autoridade como forma legal para compor regras e influenciar grupos, enquanto o primeiro se aduz numa perspectiva mais manipuladora, muito embora alguns autores acreditam que há certas circunstâncias que se pode validar o uso do poder como no caso das autoridades que estão incumbidas desse exercício conforme preceitua Weber.

É salutar a observação que dominar está interligado a limitação, porque a hierarquia possibilita medidas burocráticas necessárias que não podem ser afastadas de forma total dentro

das organizações, sob o risco de não se ter o correto funcionamento dos processos, porém o cuidado resiste no sentido de quando a hierarquia de poder afeta a liberdade individual de forma escancarada, reprimendo e controlando arbitrariamente, esta deve ser combatida. Nesse raciocínio pode-se depreender que o poder é responsável pela instauração de normas e até mesmo as leis são criadas para manter o equilíbrio das ações e executar a disciplina, mas deve se compreender as formas de resistência as relações desgastantes que surgem diante de arbitrariedades.

Max Weber retrata a existência de três tipos de dominação legítima: a de caráter racional, a de caráter tradicional e a de caráter carismático. A primeira que cabe ao caso em tela se baseia no uso de ordens nas organizações formais por modelos administrativos burocráticos, mas vale a reflexão de que esses modelos utópicos devem se adequar de acordo com o crescimento e desenvolvimento das sociedades, não podendo frear a capacidade e liberdades individuais.

No ambiente hospitalar observa-se muito mecanicismo nas ações e a hierarquia se faz necessária para a produtividade, porém se percebe o alargamento do caminho de diluição de responsabilidades, partindo-se para uma horizontalização da estrutura. Dessa forma, possibilita-se mais autonomia dos agentes responsáveis aos tratamentos médicos, diminuindo a hierarquia de poder. Alerta-se a importância do reavivamento do estado da arte da saúde para que assim se permita a dignidade do ser humano.

Foucault (2006) é enfático quando diz que não existe uma hierarquia entre os saberes, indo na contramão da ideia iluminista que preconizava que o saber científico era superior aos demais. Ele aduz que na verdade o que ocorre são apenas diferentes saberes, inexistindo supremacia e por isso pode-se simplificar essa teoria evidenciando, conforme Paulo Freire (1996) elucida que os saberes não devem estar desligados uns dos outros, mas sim inter-relacionados.

A estratificação e a desigualdade social fazem parte das sociedades humanas e podem ser surpreendidas a todo instante com a construção de hierarquias, onde se interliga a condição social à dominação e à questões ligadas aos privilégios e até mesmo a honra social. Jessé Souza (2018) em sua obra, *Subcidadania Brasileira*, já alertava a questão da relação entre o chamado centro e a chamada periferia do capitalismo como sendo uma das questões mais espinhosas das ciências sociais, onde se constrói uma percepção de sociedades. Delineia-se uma percepção de que se vive em uma sociedade dinâmica e complexa, ainda que desiguais e injustas. Nesse diapasão, a hierarquia social seria construída pelo acesso diferencial a relações pessoais e

familiares e por essa afirmativa, vinculava-se a hierarquia social como precursora da onda de conflitos em vários campos.

É pacífico o entendimento doutrinário de que o hospital não é exatamente o modelo imaginado por Weber de burocracia, muito embora visualize-se em sua estrutura uma administração pautada nesse conceito, pois de modo geral, essas instituições são estratificadas e se compõe em cargos hierarquizados. O que importa, no entanto, é que exista uma autoridade contida na administração para os agentes responsáveis pela execução dos tratamentos que devem estar à disposição dos usuários e assim executem de forma satisfatória e eficiente, evitando as disputas profissionais e consequentemente as relações fragmentadas.

Luz também afirma que as instituições médicas se fortaleceram, com um projeto de hegemonia de classes na “clareza de sua ambiguidade”, e, por esse parâmetro, esclarece em sua obra que se deve: “apreender as ambiguidades próprias do processo de implantação de hegemonia como implantação do poder” (Luz, 2014, p.14).

Sobre um estudo científico antropológico-crítico, trouxe a seguinte percepção acerca da vivência em um determinado ambiente hospitalar:

Espera encontrar ajuda profissional, um cuidado “zeloso”, acolhimento... A experiência de hospitalização, entretanto, na grande metrópole Fortaleza, e marcada, paradoxalmente, por agressão, humilhação e desrespeito a sua pessoa e a seus direitos. Longe de promover a saúde, a internação frequentemente resulta em sofrimento, em razão de abuso de poder, discriminação e desmoralização. O paciente “está ali porque e o jeito”, precisa do cuidado, mas, no final das contas, e um direito de cidadania A desilusão com o hospital como lugar de cura milagrosa e substituída pela ideia de prisão e, consequentemente, a internação torna-se um aprisionamento e forçado, contra a vontade (Gomes, et al, 2008, p.68).

Pelo relato descrito, percebe-se que o campo de poder se estabeleceu, mostrando-se imprescindível a necessidade de correção dos desequilíbrios firmados entre doentes, gestores e profissionais de saúde e paralelamente seja reconstruído a cultura de que a distribuição desigual de riquezas determina a posição do indivíduo em qualquer campo, reduzindo os espaços sociais a campos de disputa de poder, mesmo que ocorra inconscientemente ou de forma simbólica.

A necessária disciplina e controle são constituintes da política presente na instituição hospitalar, compondo-se à rigidez com que são tratados os profissionais da área da saúde, exigindo-se normas de condutas específicas no modo de vestir, de falar, de ouvir, condicionando-se à obediência aos tipos de saber e poder num ambiente frio que desponta pela necessidade de reforma de tratamentos expostos aos partícipes desta relação.

As relações de poderes inter profissionais e interinstitucionais no hospital, dificultam, a convivência, a tolerância e o próprio exercício da democracia. Nas relações que são estabelecidas no contexto hospitalar podem aparecer conflitos de ordem técnica e administrativa e vem a busca de um novo agir coletivo a fim de obter uma reconstrução das ações do cotidiano.

Portanto, deve-se renovar as estruturas de atendimento médico em relação aos pacientes, buscando-se espaços que valorizem a disciplina, mas também priorizem o bom trato humano a fim de servir uma sociedade pacífica e democrática, revelando-se os aspectos do bem coletivo e cidadania.

Nessa perspectiva, precisa-se reconstruir em saúde com novas possibilidades participativas e democráticas, tendo em vista que a relação do direito com a medicina nem sempre é harmoniosa, mas precisa ser estimulada para que se construa um lugar de pacificação.

2 A CONCEPÇÃO DO CONFLITO E SUA GESTÃO CONSTRUTIVA NO ÂMBITO SANITÁRIO E A ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR

O conflito apresenta-se de forma transversal a todas as esferas da vida social e embora durante muito tempo tenha sido visto com temor e procurando-se a todo custo a sua prevenção, hoje é percebido como um acelerador para o crescimento e desenvolvimento humano.

Na esfera da saúde, os conflitos ganharam notoriedade devido aos interesses éticos, financeiros, de poderes, controle e da autonomia de seus profissionais, além da observação dos reflexos da judicialização da saúde. Portanto, nas organizações de saúde há a necessidade de se trabalhar eficaz e eficientemente com o contingente humano a fim da manutenção de um ambiente harmônico, dada a complexidade do meio em que se insere com rotinas desgastantes de trabalhos.

Destaca-se nesse contexto, a reflexão devida aos profissionais de saúde em torno da análise da cultura organizacional e trabalho com a gestão de seus conflitos. Faz-se necessário para isso avaliar as consequências geradas por conflitos na vida profissional de cada colaborador, pacientes e familiares, procurando compreender quais os principais motivos de desavenças, que tipos de conflitos encontram-se nesse meio, explorando os interesses compatíveis que as partes partilham, de modo a gerar um comportamento empático para o enfrentamento dos problemas, com a escuta atenta no diagnóstico do conflito em busca de uma resolução construtiva.

2.1 Conflito: Conceito e seus desdobramentos

Desde o início da humanidade tem-se a necessidade premente de proteção dos próprios direitos e sabendo que o homem é um ser dotado de crenças que se depreende a um contexto histórico, político e cultural, ele pode devido as suas singularidades criar soluções variadas e gerar demandas diversas estabelecendo no meio um lugar de adversariedade, já que as propostas para desenlace de um indivíduo nem sempre caminham no mesmo sentido de outro ser ou grupo, trazendo assim um lado de oposição.

Sabe-se que quando um indivíduo tem seu direito lesado, este tem o ímpeto de revidar, nascido da necessidade de livre manifestação que pode gerar uma conduta tanto de resistência ao praticante do ato lesivo, oportunizando uma conduta questionadora, mas também de cessão do seu próprio direito, concedendo vitória ao opositor, preferindo não ter maiores envolvimento no caso concreto.

A exposição de conflitos não escolhe etnia, cor, religião, idade, porventura alguma característica possa trazer uma discussão maior para determinado grupo o que viabilizará maior conhecimento sobre o tema permitindo a possibilidade de mudança do *status quo*, o que levantará bandeiras para a incorporação de ações afirmativas voltadas para a neutralização dos efeitos de qualquer tipo de discriminação.

Dessa forma, desde os primórdios da civilização se encarava a efetivação dos direitos só sendo possível através da luta, associada com a noção de que conflito é fator de transformação da realidade, pois se as pessoas mantiverem uma vida estagnada e conformada com o contexto atual, ficariam impossibilitadas de progredir e há a irremissível consideração do dever de evolução no âmbito social, político e organizacional.

Acerca da resolução de problemáticas, Ihering afirma que:

Qualquer que seja a solução, deverá fazer sempre um sacrifício; — ou sacrificará o direito à paz ou a paz ao direito. A questão assim apresentada parece limitar-se a saber qual dos os sacrifícios é o menos oneroso (Ihering, 2000, p. 28).

Deste modo, Ihering (2000) formaliza que se deve pensar bem antes de litigar e que a decisão cabe a cada um para suprir muito além de uma recompensa, mas acima de tudo luta-se pela satisfação em extinguir a dor moral que lhe causou a injustiça a qual se vitimou.

Assim, também garante que a passividade diante das adversidades não traz benefícios ao ser humano e critica os pensamentos de Savigny que preconizava que o direito se desenvolve sem objeções, valorizando sobretudo os costumes de um povo e pregava o Direito como expressão viva da história, assegurando que o Estado não cria o Direito, dando ênfase ao direito consuetudinário. Afirmava, deste modo, a necessidade de uma sistematização e organização estatal para coibir as arbitrariedades do povo.

Em impugnação, Ihering enfatiza que para a construção de um ambiente harmônico, deve-se haver meios de defesas, pautados no estabelecimento de sentimento de justiça, acreditando que o direito não é uma simples ideia, mas acima de tudo uma força viva que se predispõe de ações, aproximando-se de uma visão mais realista.

Logo, da necessidade humana natural de sociabilidade, como já bem afirmava Aristóteles “o homem é um ser político e está em sua natureza o viver em sociedade” (Aristóteles, 1973, IX, 9, 1169 b 18/20), deve-se constatar a importância das interações sociais para o respaldo do comportamento dos indivíduos e por isso o ordenamento jurídico tornou-se indispensável para regular as condutas em dado ambiente e época, muito embora, não se garanta com isso a inexistência de divergências.

A vida sob a égide do Estado faz com que se estabeleça uma organização social estruturada a partir do exercício do poder, e nesse panorama, pode porventura serem apresentados incompatibilidades e polaridades entre os indivíduos e grupos. Nesse ínterim, é necessário que se reconheça o pluralismo de uma sociedade, observando a formação dos povos e buscando não respostas únicas e definitivas, mas sobretudo, valores consensuais, dissociando os preceitos estáticos.

A sociologia do direito estuda as nuances do desenvolvimento das sociedades e seus fatores, valendo-se da concepção de que sociedade é o somatório de indivíduos singulares. Dessa forma, percebe-se o conflito como parte integrante dos fenômenos jurídicos² já que se entende o direito como sendo um agente de controle de uma sociedade com função primária de pacificar os conflitos e não negá-los, pois embora as normas tenham o condão de prevenção de conflitos, não há possibilidade de extinção total deles, mas tão somente a utilização de mecanismos de contorno junto com a necessidade de constante avaliação das problemáticas e do próprio ordenamento que precisa ser estruturado e revisto a todo momento, já que as espécies de conflitos vão se diversificando e sendo alteradas com o passar do tempo.

É salutar frisar que na sociologia, bem como no senso comum, o conceito de ordem e conflito estão em lados opostos, assim também defende Hobbes, estabelecendo que “o homem é lobo do próprio homem” (Hobbes, 1999), justificando a necessidade do estabelecimento da soberania para imposição da ordem, condição sem a qual o convívio humano torna-se uma guerra de todos contra todos. Sendo assim, ele expõe ao estado de natureza o de guerra contra todos, conforme pode se observar:

Se agora, para essa tendência natural dos homens a se ferirem uns aos outros, que eles derivam de suas paixões, mas principalmente de uma vã estima de si mesmos, somarmos, o direito de todos a tudo, por meio do qual alguém, com direito, invade, e o outro, com direito, resiste, surgem então contínuos zelos e suspeitas por todos os lados (Hobbes, 1991, p. 117).

² Entende-se por fenômeno jurídico qualquer acontecimento exterior ao homem que poderá ocorrer dependente ou não de sua vontade e irá produzir um efeito jurídico. Os conflitos se inserem nesse contexto por ser um fato passível de acontecer a qualquer momento e sua ocorrência pode estar amparada pelo Direito.

Isto posto, referido filósofo expressa como argumento para pacificação, a racionalidade, pois pressupõe que as paixões irracionais são condutoras de guerras e compreende a institucionalização da soberania como determinante para contenção de ameaças de conflitos.

Hobbes evidencia a associação da guerra como uma condicionante do comportamento humano, pois diante de uma discordância, enraizada pelos ideais do jusnaturalismo, contesta-se através do uso da força, e esta só pode ser combatida através da imposição da ordem. Porém, deve-se ter cautela nessa premissa, sempre indagando se todos os homens são naturalmente competitivos e quais as normas que podem proporcionar a paz tão almejada.

Na obra *Leviatã*, Hobbes (1999) indica o medo como o sustentáculo para concepção de Estado. Deste modo, devido a disposição de beligerância da natureza do homem, somente através do Estado as relações estariam a salvo, protegidas dos sentimentos de discórdia, competição e a glória auferidos a momentos turbulentos, já que por si só não conseguiriam resolver suas desavenças.

Nesse diapasão é certo que todas as sociedades e tipos de relacionamento experimentam conflitos e este possui caráter polissêmico e transdisciplinar, já que abarca várias áreas de conhecimento humano, quer seja, comunicacionais, sociológicas, psicológicas, socioeconômica, ideológica, sócio interativas, entre outras, com distintas correntes doutrinárias, fazendo eclodir procedimentos preventivos e resolutivos de conflitos, desde a autotutela, autocomposição, arbitragem e jurisdição (Dinamarco; Cintra; Grinover, 2011).

Para Cunha e colaboradores (2007, p. 543), a ideia de conflito como algo pernicioso e encarado algumas vezes até como patologia social não deve prosperar, tendo em vista que a existência do conflito é algo natural que carece apenas de estratégias para melhorar a sua condução e portanto possui vantagens e desvantagens no que se concerne ao crescimento do indivíduo ou grupo, pois oportuniza a discussão de pensamentos diversos e possível evolução humana dependendo do seu manejo.

Sob o ponto de vista linguístico, a origem do vocábulo conflito vem do latim *conflictu* e significa o embate de pessoas que lutam, oposição, barulho, desordem ou tumulto, e num contexto narrativo vem a ser o clímax, dado a sua importância e a responsabilidade de desenvolvimento para um bom desfecho ou não a partir do tratamento desse conflito.

Chiavenato (2014) dissocia o conflito dos termos desacordo e divergência, elucidando que estes últimos são situações pontuais de antagonismo, enquanto o conflito corresponde a

uma interferência ativa ou passiva, traspondo-se numa barreira para que o outro não atinja seu objetivo, ele pode ser vivenciado entre duas ou mais partes, entre pessoas ou entre grupos e organizações pela diferença de objetivos e interesses pessoais.

Há a predisposição do conflito em situações latentes no ambiente de trabalho, tendo em vista o convívio massivo e diário entre pessoas nessa seara. Sabendo-se dessa dinâmica, primordial fortalecer uma gestão capaz de proporcionar impactos menos negativos diante desses acontecimentos como bem assegura Serrano e Rodrigues trazendo o conceito de conflito:

O conflito é um encontro entre duas ou mais linhas de força, com direções convergentes, mas em sentidos opostos, resultando deste encontro a necessidade de uma gestão eficaz da situação, de modo a ser retirado algo de positivo dela (Serrano e Rodriguez, 1993, p.97).

Para a psicologia o conflito transparece à repressão inconsciente de desejos e representa uma tensão que envolve pessoas que necessitam ter uma relação próxima e tenham interesses incompatíveis e o conflito social, em outra dimensão, percebe o conflito como núcleo de mudança e manifestação das interações sociais, que se não for bem administrado causará bloqueios ou mau funcionamento da vida em sociedade.

Importante estabelecer também as diferenças existentes entre o vocábulo conflito, insatisfação, lide e disputa. Acerca da insatisfação, esse sentimento pode ou não ser exteriorizado e está apenas no âmbito das emoções como um estado de espírito que pode ou não produzir conflito. Em relação à lide, esta associa-se a um conflito *intersubjetivo* de interesses e uma pretensão resistida. E por fim o que diferencia o conflito da disputa, é que para que esta exista, é imperioso um prévio conflito, ao passo que o contrário não é necessário.

Levando em consideração que o conflito tem sua perspectiva na Sociologia, deve-se compreender as abordagens evidenciadas pelos principais sociólogos numa minuciosa análise sobre as sociedades. Marx e Simmel muito contribuíram nesses estudos, sabendo que as motivações dos atores de um conflito podem ser múltiplas.

Karl Marx atribui a existência do conflito pela divisão da sociedade e pela riqueza e poder que ocorreu principalmente no período industrial com o surgimento do capitalismo e a luta de classes. Ele assegura que se tem uma tendência natural para criação de conflitos por conta das diferentes castas, expressando a incidência de solidariedade apenas da minoria fragilizada que se torna oprimida pelas classes dominantes que detém mais poder. Dessa forma, Marx se apoia numa filosofia econômica da história para justificar o conflito e aduz que a sociedade sem castas seria positiva no sentido de proporcionar ampla liberdade ao ser humano que se tornaria sujeito de suas forças, desaparecendo, por conseguinte os conflitos.

Nesse contexto, Marx explica:

Se o proletariado, na luta contra a burguesia, necessariamente se unifica em classe, por uma revolução se faz classe dominante e como classe dominante suprime pela força as velhas relações de produção, então suprime, juntamente com estas relações de produção, as condições de existência do antagonismo de classes, as classes em geral, e, com isto, o seu próprio domínio de classe. Em lugar da velha sociedade burguesa, com as suas classes e antagonismos de classes, surge uma associação em que o livre desenvolvimento de cada um é a condição para o livre desenvolvimento de todos (Marx, 1998, p.31).

Nessa perspectiva, Marx acredita que as relações sociais condicionam o comportamento individual e que em razão do novo modo de produção há uma revolução social marcada pelo desejo de melhores condições de vida, principalmente relacionadas ao trabalho que teve marcadamente a mais significativa mudança no campo social, afetando diretamente outros aspectos da vida pessoal, levando a crer que a compreensão do conflito se atrai como um fenômeno social manifestado em determinado local e período.

Resumidamente tem-se que as teorias do conflito são analisadas através dos diferentes grupos existentes na sociedade e o estabelecimento de relações de controle, enaltecendo que cada indivíduo pode ter uma reação diante de um sistema e sua posição social.

Nessa esteira, Simmel (1983), que sofreu influência de Kant, relata os elementos que integram o conflito, substanciando-os. São eles as questões ligadas ao amor e ódio, aversão, desejo e egoísmo, dentre outros, mas situa essas questões nas relações de interdependência que atrai o aparecimento de conflitos que podem desencadear em convergências de interesses e nesse sentido toma um lugar de benefício a medida que se vai superando as controvérsias e permitindo novas visões, estimulando uma discussão construtiva.

Simmel interpreta o conflito isoladamente de sua origem e consequências, naturalizando o seu aparecimento pela necessidade de interações sociais e que a conotação negativa só é gerada pelo comportamento maléfico do homem diante das controvérsias que surgem no meio do caminho.

Já o posicionamento do Marx afirmava que a origem do conflito foi disseminada pela sociedade moderna em função da ausência de propriedade dos meios de produção dos trabalhadores, o que os deixavam em condições desprivilegiadas gerando além de insatisfação o acometimento de conflitos, podendo-se estabelecer que a teoria organizacional serve de embasamento para o estudo dos conflitos.

Na administração científica e na abordagem humanística acreditava-se que o ambiente de trabalho era um lugar harmônico e que não havia divergências entre empregados e

empregadores ou por causa natural, no primeiro caso, ou estabelecido mediante a atuação de uma gestão que trabalhe com ênfase na eliminação de pensamentos e condutas lesivas individualistas.

Além do estudo de Marx sobre a classe proletariada, surgiram estudos de Weber, Taylor e Fayol onde ressaltam que a geração dos conflitos estaria atrelada ao grande controle exercido nos processos de produção no trabalho, corroborando o entendimento de Marx de que havia divergências de interesses no campo trabalhista. Além do mais, disseminava-se a ideia de que o conflito impedia a produtividade da organização, estando portando voltadas a teoria da gestão clássica, buscando evitar a ocorrência do conflito.

Na teoria behaviorista e no estruturalismo, procura-se moldar o conflito de forma que consiga eliminá-lo e alcançar os objetivos finais de pacificação. No primeiro caso, percebe-se o conflito como algo inevitável, buscando resolvê-lo através dos mecanismos de negociação enquanto os estruturalistas enxergam o conflito de uma forma ainda mais ampla, pois o consideram como essencial, devendo inclusive ser estimulado de forma sadia para o crescimento pessoal e profissional de um ser ou grupo, pois através dele se promove a evolução de pensamentos dando margem a novas descobertas que talvez não fossem motivadas se não houvesse um desentendimento.

O manejo responsável das divergências humanas deve ser orientado para que se prevaleça o entendimento cultuado na teoria estruturalista para abertura de diálogos acerca dos problemas que incomodam e geram acirrados problemas nas organizações.

A busca por poder, melhor destaque, interesses e identidades distintas buscam satisfação de uns contra os outros, potencializando as rivalidades, indo muito além da luta de classe, como bem afirmava Marx e Max Weber, esclarecendo que há conflitos mais amplos no horizonte, baseado em outros tipos de diferenças, como divergências políticas, de gênero, etnia, dentre outros (Giddens, 2016).

Outra vertente acerca do conflito é apontada por Remo Entelman (1997; 2002) destacado jurista com dedicação à teoria do conflito, onde explica que o conflito tem uma dimensão muito abrangente, não podendo se desenvolver um estudo sistematizado, já que cada conflito tem sua particularidade, distinguindo-se pelos seus tipos e espécies. Ele ainda reforça a ideia de que o Direito foi criado para funcionar como diretriz, ou seja, um direcionamento para um comportamento ideal, o que leva a crer que se o Direito é uma força monopolizada pelo Estado, baseada em morais e pautada na ética, traduzindo a consonância dos conflitos sob

sua égide, prevalecendo portanto a confiança depositada no propósito de resolução, o que caminha em dissonância com o pensamento de Arnaldo Vasconcelos (2001) que traz a ideia do conflito com caráter accidental, atribuindo ao direito um valor, a fim de preservá-la para à manutenção da convivência social.

Nessa toada, Arnaldo acentua:

Quando acontece o fato da previsão, seja natural ou humano, nasce o Direito. E só se origina ele desse modo, e de nenhum outro mais. O que se discute, no Judiciário ou fora dele, é apenas se houve e nunca, se haverá Direito. Simplesmente, por não se poder determinar comportamento futuros, mas apenas predizê-los (Vasconcelos, 2001, p.220).

Percebe-se com esse pensamento, que nem sempre o Direito se apresentou como principal modelo de instrumento para a solução dos conflitos, contudo observa-se também deficiências na utilização da analogia, da equidade e dos costumes concebendo a completude do ordenamento jurídico para a solução dos conflitos, mas é consenso que é impossível estabelecer uma ordem sem um caráter normativo vigente.

Considerando as teorias do conflito na visão tradicional, das relações humanas e a visão interacionista, Robbins (2002) enaltece que segundo a abordagem tradicional, via-se o conflito como algo ruim, contraproducente, gerado pela ineficaz comunicação, desconfianças expressas nas relações e má liderança que não exercia seu papel de condução da equipe na busca das reais necessidades e anseios. Voltou-se ao período dos anos 30 e 40.

Nos anos 40 até a década de 70 prevaleceu a teoria das relações humanas, onde se avistou o conflito como uma consequência natural e impossível de conter a sua presença nas relações, mas se bem administrada pode se ter um bom resultado (Robbins, 2002).

E por fim, na visão interacionista observa o conflito como necessário, encorajando a sua presença a fim de que as pessoas se tornem mais criativas, interajam de forma positiva, necessitando dessa prática para o fortalecimento dos vínculos sociais em busca de objetivo comum.

Para que ocorra um conflito é preciso que existam elementos capazes de desencadeá-lo.

Ensina Souza que são três os elementos do conflito:

- 1 - A pessoa: o ser humano, com seus sentimentos e crenças.
- 2 - O problema: as necessidades e interesses contrariados.
- 3 - O processo: as formas e os procedimentos adotados (Souza, 2020, p. 12)

O conjunto desses elementos faz com que ocorra o conflito, que poderá ser motivação emocional, financeira, afetiva, entre outros.

No que se concerne aos tipos de conflitos, Lewick (2003) assevera que de um modo geral estes podem ocorrer em quatro níveis, são eles: intrapessoal ou intrapsíquico; interpessoal; intragrupo; e intergrupo. O primeiro tipo, também chamado de pessoal é o que acomete intrinsecamente ao indivíduo, na sua relação consigo mesmo. Nesse caso, a psicologia e psiquiatria podem explicar melhor o desenvolvimento das perturbações de pensamentos e emoções causadoras dessa problemática. As Interpessoais sofrem com origens sócio-afetivas e ocorre quando duas ou mais pessoas encaram uma situação de maneira diferente. E por fim, nos últimos casos temos os intragrupais, estes ocorrem através de interações de membros de um mesmo grupo e os intergrupais, de grupos diferentes.

Acerca dos conflitos em organizações deve-se levar em consideração para o seu cometimento que estes podem ocorrer de forma horizontal ou vertical. No primeiro caso, denota-se que os envolvidos estão no mesmo nível hierárquico, ao passo que no vertical pode ocorrer submissão ou conflito por tarefa que se agrava pelo motivo dos membros ocuparem cargos diferenciados, há uma distância psicológica e diferenças de ideologia, são os casos mais recorrentes.

Portanto, o ambiente em si é um grande influenciador para o aparecimento e condução de conflitos, sendo o clima de trabalho um forte aliado para oportunizar diálogos construtivos com a finalidade de enriquecimento dos colaboradores no ponto de vista pessoal e profissional.

Outro ponto importante a se elucidar, refere-se aos níveis de gravidade do conflito, sendo importante identificá-los para aplicação da melhor estratégia para o seu gerenciamento. Sabendo-se que o conflito pode ocorrer em vários meios, pode-se ter o Conflito percebido ou latente, que ocorre quando os envolvidos percebem e compreendem que o conflito existe, pois sentem que seus objetivos são diferentes dos objetivos dos outros e que podem acontecer interferências com novas possibilidades e oportunidades ou bloqueio. O Conflito experienciado ou velado provoca sentimentos negativos, de hostilidade e raiva entre as partes, não há clareza no objetivo e relacionamento entre os envolvidos. Conflito manifestado ou aberto ocorre quando o conflito é expresso entre as partes, não havendo dissimulação e se situa através de comportamento de interferência ativa ou passiva, por ao menos uma das partes.

De modo geral, deve-se buscar através da percepção do tipo de conflito, encontrar meios que despertem e busquem soluções devendo evitar os efeitos negativos que se afiguram nas relações sociais, pois em casos extremos os conflitos podem alcançar níveis desproporcionais, atingindo a integridade física dos embatentes (Santos, 2014).

A boa comunicação sempre será a melhor saída para o enfrentamento de todo processo de conflito que se desencadeia pela incompatibilidade de ideias com variáveis de personalidade e falta de empatia. No caso, a utilização das diferentes formas de expressão pode auxiliar no combate aos malefícios do contraditório, buscando extrair sempre o que há de melhor nos envolvidos, para que estes busquem solucionar suas divergências da melhor forma.

2.1.1 Cultura do diálogo x cultura do litígio

Desde a infância somos encorajados a competições, submetidos a comparações e nos impostos a necessidade de comprovação de que se é bom em algo, que se deve vencer e assim muitas vezes encontra-se satisfação pessoal em ver o outro perdendo para sua glória. Deste modo, vai se pautando a motivação social constituída do que é aceito pela coletividade, observando a cooperação e competição como aspectos de um mesmo fenômeno relacional, sendo o primeiro a depender do contexto, visto atualmente como uma fraqueza, contudo ambos possuem valor adaptativo a cada situação vivenciada.

Assim sendo, o processo da escuta, em várias circunstâncias, fica negligenciado até pelo pouco desenvolvimento cognitivo em tenras idades e pela falta de incentivo da sociedade como todo, o que gradativamente vem se corrigindo através de novas propostas pedagógicas utilizadas por algumas escolas, mas que durante outras fases da vida pode se agravar seja pela disputa do mercado de trabalho, seja pelo propósito de autoafirmação enquanto indivíduo capaz e pelo incomodo exacerbado a comportamentos alheios tornam as pessoas cada vez mais intolerantes e demasiadamente críticas, necessitando de uma urgente mudança de cultura comportamental da coletividade, pois é preciso aceitar as diferenças e perceber que elas não ridicularizam ou diminuem a sua importância na sociedade.

Logo, viver implica experimentar tensões no mundo interno ou ao nosso entorno e como seres humanos instáveis estamos propensos a entrar em conflitos de interesses, de necessidades ou de opiniões, portanto o que deve haver para melhor contorno é a identificação das causas do conflito para a busca de uma solução que respeite à dignidade dos envolvidos e a utilização das ciências ramificadas da sociologia para a pacificação dos conflitos.

No entanto há a percepção do conflito como transcendente ao comportamento competitivo, onde se construiu, principalmente nas culturas ocidentais, o conflito como algo negativo seja por sua existência ou funcionalidade, com desejos sórdidos de vingança e destruição do oponente. Em contrapartida, Simmel (1983), sinaliza o conflito como algo

benéfico porque a consciência individual seria estimulada e o conflito pode ser superado mediante acordos, criando novas situações e arranjos interacionais.

Em uma análise da trajetória evolutiva do conflito, percebe-se que as pessoas na maioria das vezes vivem o individualismo marcado pelo egoísmo, negando a cooperação na descoberta de novas oportunidades e alternativas para dirimir problemas. Deste modo, o papel da resolução eficiente é justamente romper com as resistências opositoras de dominação, eliminando os pontos de violência provocadores de desgastes que no final das contas só irá repercutir para acirramento dos ânimos, deixando de se demonstrar o que realmente importa.

Historicamente, o conflito integra a rotina do homem por ser inerente à própria natureza humana e interfere no desempenho de suas atividades, porém deve ser encarado como algo natural, necessário e transitório. O conflito pode se originar tanto de mudanças pessoais, através de novas concepções e visões de mundo ou através de mudanças coletivas. Nesse contexto, pode se destacar que vivemos imersos em uma sociedade pluralista, sendo a negociação imprescindível e necessária para um bom convívio em grupo.

Thomas (1992) já se referia ao conflito como um processo que se inicia quando uma das partes percebe que a outra parte a afetou de forma negativa, ou que a irá afetar de igual forma. Portanto essas diferenças sempre persistirão devido às inconstantes formas de pensar, firmando-se a ideia de que o conflito sempre existirá. Nesse mesmo raciocínio, Serpa enfatiza:

O conflito é parte integral do comportamento humano, não existe movimento ou mudança sem ele. A interferência de padrões de energia causada pelas diferenças causa motivação e oportunidade para mudanças. Todas as tomadas de decisão contêm um elemento de conflito; troca de ideias envolvem conflitos; o processo democrático é construído com base na normalidade do conflito de ideias e interesses (Serpa, 1999, p. 34).

Dessa maneira, fica nítido a importância da construção de diálogos coerentes com a tentativa apaziguadora para sanar os entraves que afetam o desenvolvimento de uma interação sadia. Ainda sobre o conceito de conflito, Vasconcelos afirma:

O conflito é dissenso. Decorre de expectativas, valores e interesses contrariados. Embora seja contingência da condição humana, e, portanto, algo natural, numa disputa conflituosa costuma-se tratar a outra parte como adversária, infiel ou inimiga. Cada uma das partes da disputa tende a concentrar todo o raciocínio e elementos de prova na busca de novos fundamentos para reforçar a sua posição unilateral, na tentativa de enfraquecer ou destruir os argumentos da outra parte. Esse estado emocional estimula as polaridades e dificulta a percepção do interesse comum (Vasconcelos, 2012, p. 21).

Corroborando-se dessa forma, o sentimento de mudança sendo um dos grandes e principais desafios do homem contemporâneo a busca por recursos de resolução de conflitos capazes de

transformar a mentalidade humana de forma respeitosa que possa se ter proveito, possibilitando uma administração adequada.

As relações interpessoais desarmônicas se desenvolvem a depender da complexidade do conflito, que por sua vez, se dá pelo nível do conflito, perfil das pessoas envolvidas e a forma encontrada para lidar com a situação. Em seus aspectos positivos pode se ressaltar a possibilidade de crescimento pessoal e sofrimento de interferências internas e externas onde é necessária a interação e a comunicação se faz essencial para o feedback positivo. Nesse sentido, Cavalcanti (2006) enfatiza que diante de falhas de comunicação ou falta de confiança em uma organização, pode ocorrer geração de conflitos.

Em outras palavras, Hocker e Wilmot declara:

Um conflito é uma luta expressa entre pelo menos duas partes interdependentes que percebem que seus objetivos são incompatíveis, suas compensações são reduzidas e a outra parte os impede de atingir seus objetivos (Hocker e Wilmot, 1985, p. 135).

É consenso que a postura negativa dos envolvidos num conflito prevalece, posto que costumam ter perspectivas excludentes, afastando por completo as posições do outro, e, olvidando-se de questionar acerca dos pontos sobre os quais não pende qualquer discussão (Marchesini, 2016).

Na seara sanitária há notadamente conflitos difíceis de serem solucionados tendo em vista a diversidade de pessoas envolvidas nesse ambiente e a infinidade de possibilidade de situações expostas seja por técnicas científicas, protocolos administrativos, níveis hierárquicos organizacionais e pacientes mais atentos aos seus direitos (Barbosa, 2017).

Nesta perspectiva, o conflito aparece ao mesmo tempo como inevitável e plenamente funcional, necessitando de uma gestão construtiva para intervir às necessidades expostas às partes interessadas pois a organização é submetida a um processo constante de adaptação.

Os efeitos da pós-modernidade trouxeram o isolamento e a intolerância, diminuindo os espaços para diálogos e o assentimento de que a melhor saída é a judicialização. Porém, paulatinamente vem-se mudando esse discurso ocorrendo em grande escala no âmbito da saúde, onde diversos setores e órgãos estatais como o Conselho Nacional de Justiça, o Ministério da Saúde e Agência Nacional de Saúde estão vigilantes e buscando meios alternativos com o fim precípuo de uma resolução mais célere e adequada ao seu contexto.

Essa nova percepção veio a tona a partir da segunda metade do século XX orientando-se pela psicologia social que reside na aprendizagem por condicionamento e a influência do ambiente no qual o sujeito está inserido, observada a diversidade e identidade, sendo possível

afirmar que a humanidade, desde a sua gênese, vem experimentando várias formas de resolução de impasses. Iniciou-se com a autotutela, que atualmente não é permitido pelo nosso ordenamento jurídico, salvo em casos de legítima defesa no direito penal e essa forma era empregada com uso de força por uma das partes, e a submissão da parte contrária. Notadamente foi constatado não ser a melhor forma de solucionar os problemas e surgiram outros meios autocompositivos ou heterocompositivos (Dallari, 2013).

A autocomposição e heterocomposição são técnicas de solução de conflitos aceitas em nosso sistema vigente e se diferenciam no envolvimento dos sujeitos. Na autocomposição há o consentimento espontâneo das partes para chegada de um desfecho comum, se ajustando conforme concordância mútua. Nesse sentido, pode haver manifestação unilateral ou bilateral, tendo como espécies a transação, renúncia e a submissão. A transação envolve os métodos de negociação, conciliação e mediação. Em relação à heterocomposição, esta se destaca pela figura de um terceiro que terá o poder de decisão, pode ocorrer por meio da Jurisdição, estando o Estado-juiz com a incumbência de solucionar o conflito ou através da arbitragem que é classificada como meio alternativo extrajudicial de solução de conflitos, apesar do termo alternativo ser criticado.

A crítica referente a terminologia de meios alternativos se coaduna pelo preceito de que a utilização destes não eliminam a possibilidade de encontro dos mesmos mecanismos na esfera judiciária, tendo em vista que própria legislação traz expressamente a sua previsão. Entende-se, portanto, que são ferramentas que ao poder judiciário se complementam. Além do mais, deve-se atentar a cultura arraigada da escolha pelo judiciário ser o meio ordinário, observando o Estado como o absoluto intervencionista nas relações de ordem pública e privada (Calmon, 2015).

Salienta-se que o ingresso de processos na esfera judiciária muito contribuiu para o alcance de direitos, passando a ser o Estado o detentor do poder para solução de controvérsias, repercutindo positivamente pela possibilidade de alcance do cumprimento das normas legais e evitando a adoção da justiça com as próprias mãos, o que representaria um grande retrocesso à humanidade. Dessa forma, deu-se a oportunidade de decisão a um magistrado, e este poderia analisar quais objetivos se contrapõem no caso concreto e dar o veredito para que a justiça seja estabelecida, o que representa, um significativo avanço para a sociedade.

Sobre o tema, salienta Theodoro Júnior:

Primitivamente, o Estado era fraco e limitava-se a definir os direitos. Competia aos próprios titulares dos direitos reconhecidos pelos órgãos estatais defende-los e

realiza-los com os meios de que dispunham. Eram os tempos da justiça privada ou justiça pelas próprias mãos, que, naturalmente, era imperfeita e incapaz de gerar a paz social desejada por todos. Com o fortalecimento do Estado e com o aperfeiçoamento do verdadeiro Estado de Direito, a justiça privada, já desacreditada por sua impotência, foi substituída pela Justiça Pública ou Justiça Oficial. O Estado moderno, então, assumiu para si o encargo e o monopólio de definir o direito concretamente aplicável diante das situações litigiosas, bem como o de realizar esse mesmo direito, se a parte recalcitrante se recusar a cumprir espontaneamente o comando concreto da lei (Theodoro Júnior, 2012. Vol 1. p. 45).

A atividade jurisdicional decorre de uma função estatal com a precípua a importância da legitimidade do Estado no oferecimento de serviços eficientes e sua integração com a sociedade, não pode ser omissa ou indiferente às manifestações recorridas pelo seu povo para a perpetuação dos ideais democráticos e dever de proteção à Constituição e aos direitos fundamentais, servindo como forma de permitir a exigibilidade de direitos que não estão sendo devidamente efetivados.

Nesse ínterim, pela crescente busca pela via judicial, este acaba por se tornar um meio moroso. Boaventura de Sousa Santos elucida a existência de dois tipos de morosidade: a morosidade sistêmica, esta ocorre por decorrência da burocracia dos procedimentos, obediência ao legalismo que prevê a burocracia e o excesso de trabalho, burocracia e legalismo; e há a morosidade ativa, ocasionada pelos aplicadores do direito, são eles servidores públicos, membros do ministério público, juízes, advogados e por vezes terceiro que dificultam o andamento processual (Santos, 2011).

Porém, conforme Dallari (2013, p.40) dispõe é necessário enfrentar o Judiciário, pois alguns tipos de conflitos só podem ser resolvidos através desse mecanismo “[...] mesmo nas sociedades mais prósperas e bem ordenadas ocorrem conflitos entre indivíduos ou grupos sociais, tornando necessária a intervenção de uma vontade preponderante, para preservar a unidade ordenada em função dos fins sociais. [...]”.

Isto posto, a cultura do litígio cresce ao passo que o Executivo não consegue suprir de forma satisfatória os anseios sociais e a população encontra-se sem saída para conseguir ter alcançado os seus direitos.

Com relação à cultura do diálogo, esta está intrinsecamente ligada a cultura da paz pautada em valores humanos que necessitam de maior estímulo para sua verdadeira prática em atos construtivos, baseados no respeito mútuo, dada a grande diversidade cultural. A atitude de reflexão diante dos atritos deve-se permear na compreensão de que o conflito é muito mais do que o aparenta.

Sobre o tema, discorrem Caivano, Gobbi e Padilla:

En general, los mensajes que hemos recibido y asimilado en nuestra formación y experiencia han moldeado una idea negativa del conflicto. En un sentido corriente lo relacionamos con lucha, violencia, ira, enojo, tensión, incertidumbre, hostilidad, rivalidad, pugna, contienda, roces, competencia, odio, rencor, antagonismo; em otras palabras, como un antónimo de paz. (Caivano; Gobbi; Padilla, 1997, p. 117).

A ideia acima descrita demonstra a realidade atual formada pelo paradigma da complexidade. Com a globalização, novos fenômenos sociais, novas pautas estruturais, novos pontos de vista surgem, fazendo eclodir divergências acerca de muitos temas, isolando e separando grupos.

Sendo assim, quando não se consegue por si a resolução do conflito, chega o momento de buscar intervenções de modo a garantir o tratamento adequado para a problemática em busca de um enfrentamento que permita uma maior consciência dos envolvidos, o que vem se alastrando com a judicialização dos conflitos.

Contudo, diante de um cenário em que o Judiciário se mostra com dificuldades de atender as demandas há a necessidade de maior celeridade e eficácia que só pode ser alcançada buscando melhores meios para a efetivação dos direitos, fortalecendo a democracia brasileira.

É primordial a contribuição de cada indivíduo ao enxergar o seu conflito como algo natural, compreendendo que a judicialização indiscriminada pode ser prejudicial para o sistema e partes, reconhecendo a importância de adequação do mecanismo utilizado para a solução do caso específico. Pondera-se que o uso de métodos autocompositivos e extrajudiciais não irá diminuir a importância do acesso ao Judiciário, mas poderá trazer mais eficiência no tratamento dos conflitos e possibilitando um melhor atendimento do Estado para os usuários de seus serviços.

Tecendo sobre o assunto Lucena Filho afirma:

A cultura da litigância é um vício social a ser combatido na sua causa e não nos efeitos. O enfoque a ser perseguido deveria ser uma política judiciária de prevenção, redução e solução pacífica de conflitos, tanto no campo judicial como fora dele. A restrição aos números e a indiferença com a qualidade da solução retira o foco de um problema tão crônico como outros de origem semelhantemente histórica (Lucena Filho, 2012, p.26).

Ressalta-se que muito se veicula o pensamento de que é mais eficaz buscar o Judiciário, terceirizando o serviço para a resolução de todo e qualquer problema, pairando a tradicional cultura beligerante e de litígio que existe até por parte dos operadores do direito, onde se enaltece a animosidade entre as partes simplificando o poder de ação dos envolvidos no conflito, sem contudo medir esforços para uma maior harmonização das relações sociais e consequentemente a ruptura da cultura litigiosa da sociedade brasileira. Mesmo

compreendendo o monopólio da justiça exercido pelo Estado, deve-se entender cada conflito individualmente, observando qual medida cabível para sua resolução (Paula, 2016).

Vive-se atualmente uma cultura da sentença marcada pela busca incessante do judiciário, conforme aduz Watanabe:

Essa situação é decorrente, em grande parte, das transformações por que vem passando a sociedade brasileira, de intensa conflituosidade decorrente de inúmeros fatores, um dos quais é a economia de massa. Alguns desses conflitos são levados ao Judiciário em sua configuração molecular, por meio de ações coletivas, mas a grande maioria é judicializada individualmente, com geração, em relação a certos tipos de conflitos, do fenômeno de processos repetitivos, que vem provocando a sobrecarga de serviços no Judiciário. É decorrente a crise mencionada, também, da falta de uma política pública de tratamento adequado dos conflitos de interesses que ocorrem na sociedade [...] (Watanabe, 2018, p.02).

Litigar e enxergar as partes como adversárias em um conflito nem sempre será o mais benéfico, tendo em vista que acirra os ânimos e o excesso de demandas judiciais só vem a prejudicar a tramitação dos processos. A esperança depositada na Justiça, dessa forma, desfalece, no sentido de que se percebe um Judiciário moroso, burocrático, que não supre os anseios urgentes dos demandantes, além de muitas vezes a sentença se tornar frustrante e o cumprimento a contragosto.

Mendes (2018) assinala a necessidade de combater a busca pela via judiciária como única forma de resoluções de conflitos, já que há um universo de possibilidades, a depender do tipo e das pessoas envolvidas para melhor enfrentamento das controvérsias, não sobrecarregando o poder judiciário e facilitando a comunicação das partes na busca da satisfação efetiva.

Nessa acepção, o conflito passa a ser visto com um caráter mais humano, valorizando a cultura do diálogo para apaziguar situações, contornando a rivalidade presente nos conflitos com o liame de perdedor-ganhador. A comunicação não violenta vem sendo perseguida garantindo um melhor desfecho. A UNESCO (2010) propaga a promoção da cultura de paz ante a cultura do litígio, avaliando que o caminho é trabalhoso e se demanda esforço educativo prolongado e a participação de todos.

As alternativas de resolução de conflitos foram elevadas à condição de política pública e significativas alterações vem ocorrendo pela própria transformação da sociedade que exige soluções do sistema jurídico. O serviço público é medido por três critérios: efetividade, eficiência e justiça. Portanto deverá ser rápido na solução dos processos, com poucos recursos e justo. O que não vem ocorrendo em nosso sistema judicial, elevando o descontentamento da população que o procura.

Ainda há latente uma resistência assistida pela sociedade em não procurar meios de autocomposição, pois tem uma relação quase que paternal em relação ao Judiciário como salvador de todos os seus problemas, o sobrecarregando. Contudo, deve-se entender os outros mecanismos não somente para conter o número de processos em curso, mas como meio de pacificação social.

Frise-se que a própria legislação brasileira vem acompanhando esse raciocínio, alterando os seus dispositivos, como trouxe o Novo Código de Processo Civil de 2015 que estabelece o estímulo à utilização da arbitragem, ao trazer diretrizes para audiências conciliatórias, confirmação da arbitragem como jurisdição, estimulando a autocomposição e a criação de câmaras de conciliação pela Administração Pública e por criar a carta arbitral, integrando o juízo estatal e o juízo arbitral, e dando força coercitiva a este.

Deste modo, o contorno à natural discordância existente entre os indivíduos vem com a utilização de instrumentos de defesa e de acusação que podem se desenvolver de forma construtiva, levando ao acometimento de discussões abertas, ideias novas, exploração de diferentes caminhos e pontos de vistas, mas pode-se também buscar a satisfação da soberania de forma arbitrária que muitas vezes se cerca em um cenário de ganhos e perdas de forma desproporcional ocasionando uma resolução conflituosa negativa.

É válido evidenciar que importante se faz também a atuação do operador do direito, detentor de conhecimentos de instrumentos legais, no sentido de buscar demonstrar meios para melhor solucionar o conflito em tela, incentivando sempre a conciliação e mediação como alternativas viáveis para um processo decisório pautado na justiça, buscando satisfazer os objetivos primordiais da legitimidade do Estado no oferecimento de serviços eficientes e sua integração com a sociedade para efetivação.

Outro ponto é o incentivo que deve persistir aos juízes, fazendo uso de novos mecanismos. Para entender a complexidade, um estudo elaborado pelos Instituto de Ensino e Pesquisa (INSPER) para o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) demonstrou que entre os anos 2008 e 2017 o número por exemplo de demandas relativas à saúde registrou um aumento de 130% e processos judiciais de outras esferas cresceu 50%, número bastante significativo que requer adoção de novos procedimentos e boas práticas capazes de dirimir esses conflitos, seja através da mediação e conciliação ou fortalecimento de políticas públicas no âmbito do Executivo.

A cultura não adversarial de resolução de controvérsias deve prevalecer em detrimento de um norteamento e especulação de litígios não consensuais que se prolatam no tempo, impedindo a obtenção de um desfecho sadio e rápido.

Acerca do tema, discorre Calmon:

A preponderância da jurisdição estatal como meio de solução dos conflitos se explica diante da convicção de que tais garantias, dentre outras, são exercidas e respeitadas em sua plenitude. Este sentimento de exaltação da justiça estatal seria fruto do mito da justiça, a crença das partes de que um juiz respeitável e compassivo deliberará e tomará a decisão correta e justa. Como, normalmente, cada litigante crê que seu interesse é legítimo, espera que o juiz adjudique sua posição. (...) O mito da justiça faz com que não seja pequeno o temor de muitas pessoas, dentre as quais políticos e especialistas, diante da proposta de aplicação generalizada dos demais meios de solução dos conflitos. Há que se proceder, no entanto, ao confronto científico dessas garantias com as novas propostas, sem apego emocional ao que não é essencial (Calmon, 2015, p.34)

É importante esclarecer que não se trata de desmerecimento acerca da importância e do contributo do Poder judiciário à sociedade que garante através de seu acesso análise das controvérsias submetidas ao seu crivo, porém deve-se ter em mente seus pontos negativos, principalmente pelo fato da litigiosidade ser uma preferência social, mostrando a incapacidade de promoção de diálogos para a busca de solução das suas diferenças, enxergando assim novos meios de pacificação social.

Theodoro Júnior aborda esta nova perspectiva:

[...]há conflitos que envolvem determinados direitos que “necessariamente continuarão a ser submetidos aos tribunais regulares”²⁸⁸, motivo pelo há que se ter cautela “[...] para que o objetivo de evitar o congestionamento não afaste causas que, de fato, devam ser julgadas pelos tribunais, tais como muitos casos que envolvem direitos constitucionais ou a proteção de interesses difusos ou de classes (Theodoro Júnior, 2016, p.92).

Logo, dada a complexidade dos fatores múltiplos pela busca ao Judiciário, deve-se adotar novas posturas no sentido de abrigar veemente a cultura do diálogo, incrementando novas habilidades emocionais e de interação para melhor se comunicar, negociar e de forma construtiva promover um avanço na resolução da problemática, alcançando forças cooperativas, onde os envolvidos sejam a priori os protagonistas, já que são os maiores interessados para o bom desfecho do caso, valorizando não só um desejo individual mas a satisfação de ambos envolvidos.

A tradição do conflito marcados pelas desigualdades, entre elas, classe social, gênero e etnia, conforme explanado anteriormente, levam a adoção de comportamentos impensados ou outras vezes uma postura de passividade com o fito de evitar uma predisposição a novos conflitos, conduta essa que pode sofrer maiores danos, devido ao tratamento inadequado do

motivo determinante àquela desavença. Deve-se, portanto, agir com respeito ao próximo, sendo a maneira mais positiva de se lidar em tais situações, fazendo uso de uma comunicação não violenta.

A dificuldade ao uso da comunicação assertiva e não violenta, estaria vinculada a resistência em mudar a sua opinião, por receio de parecer fraco ou perdedor e ante a essa situação para a possibilidade para abertura de três caminhos: o ingresso no judiciário, entregando a incumbência dessa resolução ao Estado, abdicação dos direitos e não enfrentamento do conflito ou defesa por meios próprios.

Dessa forma, resta demonstrado que para prática de resolução de controvérsias há a possibilidade de utilização de métodos de negociação com caráter adversarial ou colaborativo, com uma escuta reflexiva, que possibilite a escuta do outro e considere os seus posicionamentos, defendendo que essa imersão nesse novo paradigma traz muitas oportunidades, abrindo espaços para a prática da mediação que é umas das formas de enfrentamento que mais se ajusta a busca pela raiz da problemática e ensina a lidar com as diferenças com legitimidade e naturalidade nas demandas.

2.2 Multiplicidade de conflitos no âmbito da saúde

A área saúde é um campo rico em atuações que pode envolver Estado e população, Estado e demais profissionais que atuam no âmbito sanitário, profissionais e pacientes, dentre outras possibilidades. Dessa forma, esse universo se modula com bastante interações que por sua vez, podem gerar desacomodações em diferentes espaços institucionais e não institucionais, sendo ou não externos ao serviço de saúde e com atores diversos.

Frente aos avanços da ciência médica, com uso de novas tecnologias, afeta-se as experiências entre usuários dos serviços de saúde no que se concerne a tratamentos novos, facilitações com uso de medicamentos, novos métodos de diagnósticos, além de problemas relativos a própria estrutura organizacional e normativos das instituições que envolve relações de poder e hierarquia, sabendo-se que deve persistir no incentivo constante para que o espaço sanitário seja o mais humanizado possível, tendo em vista ser um atenuante para o processo preventivo e curativo de doenças e assim se consiga também tornar um ambiente mais harmônico.

Como visto anteriormente, com a adoção do abrangente conceito de saúde que envolve o estado do completo bem-estar físico, mental e social do indivíduo, este não atua como mero

objeto da intervenção estatal, mas como ator corresponsável na ação em saúde, revelando um novo paradigma nesse campo com o entendimento sobre os cuidados que se deve ter com o paciente, apresentando uma sinergia favorável entre os envolvidos sabendo que os profissionais da saúde devem ter um forte cunho vocacional e humanístico portanto.

A reforma administrativa pública gerencial introduzida na década de 80, influenciada pelo neoliberalismo e pela globalização, incluiu o princípio da eficiência na Constituição, na qual exigia-se os serviços públicos fossem ofertados com presteza e redução de custos. Isso afeta diretamente a atividade desempenhada pelos profissionais da saúde que tem que lidar muitas vezes com escassos materiais e condições precárias de trabalho, mas devem apresentar resultados satisfatórios, o que acaba proporcionando um desgaste psicológico que pode refletir em seu trato com os pacientes.

Na lógica da eficiência de que quem não produz não é útil e, portanto, pode ser descartado, traduz uma pressão e esta por sua vez, resulta em insatisfação e uma competitividade exacerbada entre trabalhadores que ocupam as mesmas posições, levando a possibilidade de divergência de opiniões e condutas que podem acarretar conflitos, por esse ou por outros motivos, dentro da equipe, indo de encontro a premissa de que o ideal seria que profissionais estejam em sincronismo no propósito do seu trabalho.

Nessa ótica, o ambiente sanitário está propenso a ter situações de conflito relativo a estrutura, ética profissional, problemas de comunicação, disputa de ego e poder, mau entendimentos e escassez de recursos, portanto, vão muito além de conflitos meramente de consumo pois implicam em relações entre pacientes e os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde de forma geral, sob o viés interdisciplinar (Spagnol *et al*, 2010).

Os tipos de conflitos na área da saúde são de natureza complexa e dinâmica, apresentando-se por elevado grau de tecnicidade em múltiplas áreas que sofrem instabilidade e de cunho emotivo pelas peculiaridades de interações existentes que incluem todos os profissionais da organização, médicos, enfermeiros, obstetras e auxiliares, relações laborais e prestadores de serviços, acrescentando os fornecedores de medicamentos, relações nos contratos de concessão, parcerias público privado, planos assistenciais de saúde e todas entidades financiadoras e os estabelecidos pelo Sistema Nacional de Saúde pelo setor privado ou social.

Assim, no setor da saúde as decisões relativas à gestão, irão ter repercussão na proteção da saúde, assumindo, de um ponto de vista material, contornos muito diversos, no aspecto

subjetivo há uma infinidade de conflitos pois irá incluir no contexto os familiares dos pacientes que muitas vezes, sofrem mais do que os próprios usuários dos serviços de saúde.

Detecta-se, portanto, um grande desafio que é lidar com todos os fatores determinantes para o acometimento de conflitos presenciados no âmbito sanitário, levando em conta os aspectos relevantes para garantir a qualidade das atividades realizadas nas instituições hospitalares incutidas pelos fatores motivadores que são ambientes, plano de carreira e salário. (Chiavenato, 2014 p. 529).

Conforme aduz Correia (2015) o conflito pode assumir caráter público, quando é manifestado abertamente pelas partes, ocorre por exemplo quando há uma visível insatisfação de um paciente com um profissional da saúde e aquele reclama deste, ou de forma privada, assumindo uma natureza oculta. Há ainda que diferenciar os casos de conflitos organizacionais que ocorrem individualmente, quando se trata de uma pessoa reclamando acerca da instituição ou empregador ou litígios coletivos, geralmente ocorrido através de duas entidades, dois grupos insatisfeitos com alguma situação.

Buscando estabelecer as paridades de forças, a mudança comportamental só com um olhar mais atento para as diferenças e intento de melhorar as relações só é possível com a descoberta de quais casos estão mais propensos para a ocorrência de conflitos e a administração e resolução destes se dará com a utilização de mecanismos adequados, julgados em cada caso especificamente, já que não se podem generalizar relações em que se envolve uma gama de elementos subjetivos.

Nesse intento as circunstancias para a utilização de métodos adequados não se limitará aos aspectos normativos, somente, mas sobretudo através da participação solidária dos envolvidos no sistema de saúde.

A cultura organizacional alicerçada ao estereótipo do brasileiro que vai a luta induz a dilemas que priorizam um universo multivalorativo alcançando novos protocolos de atendimento que se não forem bem servidos resta à resignação combinada com a consciência de voz ativa na busca pela efetivação de seus direitos enquanto cidadão de um Estado Democrático. O nosso sistema hodiernamente traz um complexo de serviços variados com cuidados específicos e especializados para a promoção dos princípios da saúde, dentre eles o seu caráter universal. Porém, sabe-se que ainda resisti um sistema falho, inoperante, que além da adoção de políticas públicas, requer uma reestruturação das tarefas a serem desenvolvidas nos recintos onde são oferecidos serviços sanitários.

Os impactos ao nível da saúde ganham particular gravidade por estarem envolvidos com o principal direito do ser humano que é a vida e levantam muitas dificuldades para a sua resolução por estarem atrelados a diversos enfoques por ser considerado um direito fundamental e social, ainda havendo a possibilidade de sua judicialização, devido principalmente as falhas do Sistema Único de Saúde - SUS, a indústria farmacêutica com suas produções de alto custo com medicamentos, entre outros.

Em se tratando especificamente dos tipos de conflitos existentes nessa seara, passa-se a elucidar melhor, iniciando com o envolvimento dos médicos e administradores.

Percebe-se usualmente que há uma grande dificuldade de obediência dos médicos em acatar as regras e recomendações propostas por administradores hospitalares, por aqueles exercerem controle junto aos demais profissionais, inclusive aos gestores que ficam com sua autonomia afetada, dificultando a execução dos procedimentos administrativos da instituição o que pode recair negativamente na qualidade dos serviços prestados.

Há uma percepção de superioridade advinda da profissão de médico por deter um nível elevado de conhecimento técnico científico, onde dificulta a repartição de poder dentro de uma estrutura hospitalar, pois é incontestável que para um bom trabalho em equipe, faz-se necessário a divisão correta de atividades, mas com interdependência, devendo haver respeito e cooperação entre os envolvidos.

Culturalmente o médico adquiriu a idealização de principal responsável por uma organização hospitalar, contudo esse pensamento limita a atuação do restante dos profissionais, pois para que a instituição hospitalar funcione a contento, há a necessidade de se estabelecer uma organização com disciplina para realização de técnicas de atendimento eficaz, identificação correta do paciente, obediência a normas, protocolos e registros, o que não cabe ao médico desempenhar.

Dessa forma, denota-se que há pouca parceria entre médicos e administradores, pois paira uma disputa de interesses, com objetivos dissonantes e na instituição privada isso se agrava ainda mais. A visão de superioridade advinda dos médicos chegando ao nível de desautorizar as decisões que vem dos administradores, gera incredulidade para com o restante dos colaboradores.

Em relação a conflitos entre médicos e enfermeiros, também é notório a existência de disputa de poder, embora algumas vezes ocorra de forma velada e as atividades diárias estão

mais próximas, estreitando o vínculo de relacionamento e por esse motivo estando mais propensos a ocorrerem conflitos.

A questão socioeconômica e a elitização médica transbordam na configuração de relações conflituosas em relação principalmente a situação de assistência com pacientes, pois o médico possui a hegemonia do saber, onde o enfermeiro fica figurado como um intermediário e aparador de conflitos. Sendo assim, o enfermeiro pode sofrer por viver pressionado e responsabilizado pelo médico pela resolutividade da assistência.

É salutar frisar a importância do trabalho em equipe que conforme Campos (1992) se baliza na quebra da divisão do processo de trabalho; possibilidade de responsabilização de cada equipe por um conjunto de problemas bem delimitados e possibilidade de superação da inércia e da indiferença burocrática que caracterizam os serviços públicos de saúde atualmente.

A construção da relação dicotômica médico-enfermeiro deve ser encarada com muita cautela pois trata-se do grupo de maior representatividade para os serviços de saúde. A disputa por espaço profissional já é marcada antes mesmo da atuação, quando a opção pelo curso de enfermagem é secundária, rebaixando a profissão, porém sabe-se que a função do enfermeiro é essencial para os procedimentos médicos e atua com maior proximidade e vigilância ao paciente, portanto não deve prosperar a ideia de que a enfermagem é submissa à medicina, tendo em vista serem interdependentes.

Deve-se utilizar a comunicação como um instrumento facilitador na resolução desse tipo de conflito e os paradigmas com o passar do tempo estão se amenizando no sentido de não mais atribuir com tanta inferioridade o trabalho do enfermeiro.

A exemplo disso tem-se o discurso de uma enfermeira que se refere a esse novo olhar sobre sua profissão:

Hoje parece que a coisa mudou bastante; há um respeito muito maior pela enfermagem, mesmo porque eles estão reconhecendo o valor da enfermagem. A enfermagem é necessária. Então, mesmo os médicos não estão achando que é mais aquele negócio de subordinação, é mais companheirismo. Naquela época era maior o preconceito (Jesus et al., 2010, p.172).

Nesse aspecto, Ribeiro et al (2006) enfatiza que a enfermagem passou a ocupar cargos de liderança com funções de supervisão e gerência exigindo-se cuidados aos casos de doenças com maior complexidade.

Sobre esse estigma a ser combatido, Florentino preceitua:

A enfermagem, no campo da saúde, não é uma profissão inferior, mas que, por algum motivo, talvez cultural, ou pela perda progressiva do reconhecimento e do valor social

do seu saber e fazer, deixa-se subordinar, coloca-se como inferior, aceitando e cumprindo ordens, o que caracteriza uma relação assimétrica de poder e subordinação atrelada a divisão social do trabalho (Florentino, 2006, p. 95).

Assim, o foco deve ser na integralidade do indivíduo, devendo-se derrubar barreiras entre as subculturas médicas, que também tem viés na questão de gênero, onde pode-se destacar que há um maior número de enfermeiros do sexo feminino que sob a cultura patriarcal deve submissão ao homem, que se encontra em grande número na posição de médico. Cultua-se, portanto, que cabe a mulher servir, obedecer e não ocupar cargos de chefias (Chaves et al, 2012).

Portanto, a visão de que a profissão de enfermagem está estigmatizada a ser feminina não somente por contar com mais mulheres ocupando esse espaço, mas pelas atribuições a que são destinadas ao cuidar enquanto no exercício da medicina predispõe ao ato de curar, denotando assim um caráter de subserviência daquele a este o que pode gerar conflitos estruturais.

Além do mais não somente com a profissão da enfermagem se discute problemas relacionados a gênero, mas num contexto geral as profissionais do gênero feminino sofrem ainda com remunerações mais baixas e são desvalorizadas em sua instituição de trabalho, conforme aduz Bertolin

Considera-se 'inserção excluída' a maior concentração das mulheres em determinados setores ou postos de trabalho em condições mais precárias, com remunerações menores, pouco acesso à qualificação profissional e ao uso da tecnologia, tudo isso dificultando a sua ascensão e acentuando a divisão sexual do trabalho. (Bertolin, 2010, p.182).

Frente ao exposto, os conflitos entre os profissionais da saúde afetam o desempenho e motivação destes trabalhadores, de certo modo implicando na qualidade da assistência aos usuários, devendo se estabelecer estratégias para o seu gerenciamento.

Há que se discutir as relações interpessoais entre profissionais de saúde e pacientes que se devem sobretudo a questões de cunho emotivo. Os profissionais lidam com uma rotina hospitalar que diante da grande demanda e complexidade de casos e dificuldades estruturais e de recursos materiais, se desgastam ao ter que lidar com diferentes tipos de usuários de serviços de saúde, lidar com ofertas de variados tipos de medicamentos, diagnósticos e tratamentos, horários conturbados de plantões, dietas controladas, etc.

E sob a perspectiva do paciente, este se encontra em estado de vulnerabilidade, necessitando de apoio e motivação, pois há variadas formas de enfrentamento de doenças, a depender de sua gravidade que pode levá-lo a ter depressão, medo da morte, tristeza, angústia,

ansiedade, revolta, estresse, agressividade, insatisfação, além dos efeitos colaterais causados pelos medicamentos utilizados.

E ainda se tem o lado da família dos pacientes que devem aprender a lidar com a situação de doença dos seus entes queridos, muitas vezes necessitando se ausentar do seu trabalho para dedicar-se aos cuidados de seu parente, anulando aspectos pessoais.

A relação pessoal médico e paciente e o ato médico técnico visando um objetivo beneficente se interpõe em muitos aspectos de deficiências comunicacionais e o conflito de interesses na gestão pública em saúde e às operadoras de planos e seguros de saúde.

Quanto mais debilitada a saúde do indivíduo, maiores as chances de desentendimentos interpessoais, pois a fragilidade psicológica acomete de forma mais intensa esses pacientes que passam eles mesmos ou seus parentes a exigirem mais dos profissionais encarregados pela sua saúde, precisando ter cuidados nessa prestação de serviço.

No tocante à saúde pública o Sistema Único de Saúde – SUS do Brasil se apresenta como um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo e tem a mesma doutrina e princípios em todo território nacional. Abrange desde o simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para a população brasileira. Entende-se que dessa forma, o SUS traz uma nova concepção de saúde, ampliada, tendo em vista que considera diversos fatores que, direta ou indiretamente, estão associados à saúde e qualidade de vida de seus usuários.

Vale lembrar as palavras de Vasconcelos e Pasche (2006) ao dizerem que o SUS não se resume a um sistema de prestação de serviços assistenciais, mas um sistema complexo com responsabilidade de articular e coordenar ações promocionais e de prevenção. O SUS possui fundamentos legais explicitados no texto da Constituição Federal de 1988 e é também responsável pela oferta do conjunto de atenção à saúde que reúne, além de ações promocionais, ações preventivas e assistenciais.

Sobre a Regulação Assistencial de Acesso, esta é uma das ações que trata a Política Nacional de saúde art. 2º - Portaria 1559/2008, que assegura em seu § 3º:

III - Regulação do Acesso à Assistência: também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização (Brasil, 2008 – art. 2º).

A Regulação do acesso está focada na organização, no controle, gerenciamento e priorização do acesso à saúde. Assim sendo, a Regulação do Acesso garante de forma equânime o acesso da população aos serviços de saúde, pois busca alternativa assistencial adequada para as necessidades identificadas dos usuários do SUS. Trata-se, portanto, de um conjunto de relações e ações que respondem às necessidades e demandas dos usuários por serviços de saúde, que garante acesso equitativo e qualificado

Vale lembrar que, para construir a regulação do acesso à assistência, tomou-se como pressuposto a necessidade de criar espaços de diálogo entre os profissionais dos diferentes pontos da rede de atenção, tomando a educação permanente como ferramenta central para produção de uma atenção básica resolutiva. Pretendia-se ampliar a responsabilização e o vínculo dos profissionais em relação ao cuidado prestado e aos usuários, construindo modos para a atenção básica assumir coordenação da atenção à saúde e do fluxo dos usuários nos diversos pontos da rede de atenção. Dentre as estratégias utilizadas destaca-se a criação e instituição dos protocolos assistenciais, a gestão da clínica e o apoio à rede produzido pela equipe de assessores técnicos (Baduy, 2011).

De acordo com Baduy, acerca da regulação, assevera:

O trabalho da regulação assistencial iniciou-se tomando como objeto as filas de espera para acesso às consultas especializadas. Para melhor compreender as causas desse problema e envolver outros atores, os assessores analisavam em conjunto com as equipes de saúde da família, a fila de espera por especialidade. Foi escolhida a cardiologia por ser considerada crítica pela demora e pelos indicadores de morbimortalidade do município e região (Baduy, 2011 p.298).

Portanto, parte-se do pressuposto de que a regulação é um instrumento importante para a estruturação do sistema de organização da oferta e demanda em saúde, provocando assim grandes desafios para a gestão pública e seus prestadores dos serviços de saúde, evitando futuros conflitos nessa seara, prejudicando assim não só a qualidade da assistência especializada e a organização do serviço, como também a crescente escassez de recursos financeiros para manter serviço qualificado de alta tecnologia.

Com a fragmentação do sistema de saúde, com a fragilidade do sistema local e quase ausência de sistemas regionais, a regulação do sistema de saúde assume importante papel com potencial de produzir ganhos de eficiência e integralidade do cuidado. As centrais produzem dados que podem ser discutidos com as equipes de saúde da família, que por sua vez tem atuação que impactam na gestão do absenteísmo de consultas e procedimentos especializados.

Segundo Cavalcanti et al, 2013 o absenteísmo de consultas especializadas é um problema relevante e que acarreta aumento da fila de espera e custos, sendo um fenômeno multicausal, onde as relações de causa e efeito perpassam todos os atores envolvidos: trabalhador, gestão e usuário.

Diante de todo esse cenário sabe-se que o Sistema Único de Saúde tem desenvolvido diversas estratégias de racionalização do uso de seus recursos, pois já alertava Gabbardo, então ministro interino da saúde em 2019 sobre a fase crítica que o SUS atravessa e acrescenta não ter dúvidas de que este é o momento mais dramático que o sistema vive do ponto de vista financeiro. Cabe ressaltar ainda que a opinião de autoridades e especialistas ouvidos pelo CONASS e também os dados projetados pelo Grupo Técnico Institucional de Discussão do Financiamento do SUS apontam para um déficit de R\$ 433 bilhões para o orçamento da saúde nos próximos anos.

Apesar dos avanços na forma de operacionalização da regulação assistencial, o processo de regulação em saúde ocorre ainda de forma bastante incipiente requerendo aprimoramento em diversos aspectos.

Conforme Barbosa assevera:

É necessário assinalar que a falta ou a dificuldade de acesso a assistência nos serviços de atenção primária à baixa resolubilidade desse nível assistencial e a não viabilidade das contra-referências do paciente para o acompanhamento ambulatorial induzem os usuários com queixas crônicas e sociais a procurar os serviços de urgências como porta de entrada do sistema de saúde (Barbosa, 2012, p.50).

Mendes (2015) afirma ainda que não seja possível organizar a atenção especializada sem reestruturar a atenção primária à saúde. Logo, disseminando a obrigação estatal em cumprir a previsão constitucional do direito à saúde, torna-se um dos principais motivos de indignação da população a falta de resolutividade do Executivo sendo necessário em muitos momentos a judicialização, mas em determinadas situações o diálogo entre diversos atores, como sociedade civil, gestores públicos, médicos, defensores públicos, juízes, promotores de justiça e advogados públicos poderiam somar esforços para prevenir essa situação exigindo uma atuação estatal mais efetiva principalmente para a parcela mais desamparada da população.

Toaldo e Berghahn (2014), já esclarecia que o direito deve ser procurado na própria sociedade, construído através de uma mudança comportamental de relações interpessoais que envolvem os profissionais de saúde, as instituições de serviços correlatos e os usuários/pacientes, concretizando o direito à saúde que a gestão deixa de cumprir.

Outro ponto que origina descontentamento refere-se aos prescritores, que quando da rede SUS não observam o que já existe padronizado e assim acabam gerando demandas motivados pelo elevado custo dos remédios, o que mais afeta o orçamento, sendo que em alguns casos não há registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), ou seja, medicamentos que não podem ser vendidos no Brasil e distribuídos pelo SUS (Fabrini; Formenti, 2017).

No tocante aos conflitos relativos a todos os sujeitos da seara sanitária há que se perceber que estão envolvidos a questões pessoais e motivacionais ou a nível de organização. Os valores pessoais representam um fator determinante para o desempenho das funções, bem como fundamentam as suas percepções, questões de desempenho, trabalho com a coletividade, dentre outros. Enquanto a nível organizacional, estão associados aos valores da instituição, divisão e interação das tarefas em diferentes setores, equidade da distribuição dos recursos e por fim há que falar sobre a obediência às normas e regulamentos, produtividade e alcance dos objetivos preestabelecidos, a infraestrutura e ligações com as relações de hierarquia.

Os padrões de convivência vão se alterando com o tempo e há que se discernir o quanto os avanços tecnológicos influenciam as relações e promovem discussões em torno da proteção da vida humana com os experimentos efetuados para a descoberta de novos procedimentos, tratamento e afins relacionados à saúde.

Dallari sobre questões éticas na seara sanitária aduz que:

A consideração de critérios éticos torna-se absolutamente necessária, para que a saúde de todos os seres humanos esteja entre as prioridades na utilização dos recursos disponíveis, bem como para que os avanços da ciência e da tecnologia, quando verdadeiros, tenham como parâmetro de validade o benefício da pessoa humana (Dallari, 2003,p.64).

Deste modo, deve-se priorizar a pessoa humana e sua dignidade como forma de promoção da saúde e não apenas a desenfreada obtenção de vantagens econômicas e financeiras como fim, se desfazendo da ética, abusando da integridade humana. Podem ser citados casos de manipulação genética com a exploração da reprodução assistida que embora seja um avanço e oportunidade para muitas famílias, há velada uma comercialização utilizando artifícios diversos, se aproveitando dessa demanda para repercutir em jogos de mercado, impor preços exorbitantes pautados pelo liberalismo econômico.

Em sintonia a essa premissa Giovanni Berlinguer sobre a ética na saúde discorre:

Ela não pode ser concebida apenas da mesma forma que um sistema de regras profissionais, isto é, uma deontologia médica atualizada; e nem mesmo como um subproduto automático da reflexão -que é certamente necessária- a respeito das

fronteiras extremas da vida e da morte, sobre as quais o pensamento filosófico e o debate moral vão sendo cimentados de forma extensa e profunda. No entanto, perduram o silêncio e a incerteza sobre a macroética, isto é, em relação aos princípios diretivos que possam ser válidos para todos que se ocupam ou que se preocupam, por si ou pelos outros, da saúde cotidiana (Berlinguer, 1994, p. 20).

Importa observar, as práticas tendenciosas devem ser abolidas para não gerar abusos e conflitos maiores que envolve sentimentos e toda uma expectativa gerada em torno do direito à vida. Na seara da saúde pública ainda se torna mais latente, pois uma das grandes mazelas do Brasil é a prática da corrupção, que envolve dinheiro público e atos de impunidade, suprimindo garantias constitucionais.

A trajetória da saúde foi manipulada pela ignorância e tomada pelo medo, mas tivemos avanços consideráveis a ser mencionados como a Reforma Psiquiátrica e saúde mental, e a segurança da previsão de proteção ao direito à saúde e em termos de melhoramentos na infraestrutura física, organização do ambiente de trabalho e desenvolvimento de pessoal. Portanto, deve-se evitar a discriminação entre os modelos contratuais e implantar boas práticas de gestão de recursos humanos como treinamento para motivação do pessoal.

Deve-se, portanto, proceder o respeito permanente ao outro no contexto hospitalar ou não, harmonizando atividades, buscando conciliar interesses, mas sempre tendo como objetivo superior a pessoa humana e sua dignidade.

2.3 Cotidiano hospitalar e as relações organizacionais no entorno dos aspectos de humanização da saúde e comunicação corporativa

O termo cotidiano refere-se aquilo que é habitual ao ser humano e também pode significar sua relação espaço temporal. Dessa forma, trata-se de um fenômeno complexo e multifatorial que irá se desenrolar num tempo social, histórico e cultural mesmo estando inserido no ambiente hospitalar.

O cotidiano, por conseguinte, pode ser visto como um verdadeiro desafio ao ser humano, pois através da repetição das atividades diárias há a promoção de um espaço para aprendizagens diversas, variadas percepções e diferentes sensações que dão o sentido à vida.

Heller (1992) ressalta a importância da consciência, da autonomia e da liberdade para o enfrentamento da vida cotidiana, tendo em vista a necessidade do indivíduo em lidar com uma cotidianidade hierárquica e heterogênea e a prática de uma ação muitas vezes se repete pelo agir pelo provável, mas nem sempre é a correta. Deste modo, a avaliação constante das atitudes deve ser pensada no sentido de que práticas constantes do cotidiano não devem ser consideradas

absolutas, pois limita a ação do ser humano, tornando-o alienado. O hábito deve ser acompanhado pela produção consciente do indivíduo, por mais que suas atividades requeiram mecanicismo e isso é o que ocorre muitas vezes no ambiente hospitalar, entendendo como ela é organizada com relações de poder.

A realidade vivenciada com relação à estrutura física das dependências revela as necessidades específicas de cada classe profissional para que possa exercer com presteza suas atividades em condições adequadas e esse cotidiano se torne mais agradável e propício ao alcance dos objetivos da organização.

No caso do ambiente vivido em um hospital, os processos rotineiros são desconstituídos, sendo substituídos por novas rotinas e isso por si só já causa transtorno no psicológico da pessoa, somados por experiências não muito agradáveis e intensas, com perda da sua autonomia, necessitando de uma adaptação por quem está passando por esse processo crítico e transitório que envolve não somente o paciente, mas o acompanhante, familiares que ocupam posição importante na vida dessa pessoa e toda a equipe que sustenta o tratamento.

O cotidiano hospitalar irá influenciar crucialmente as relações em seus arredores, implicando na comunicação favorável para o favorecimento de um serviço mais eficiente e menos danoso oferecido pelo hospital que tem uma rotina a seguir formada por protocolos e regras.

Importante salientar que as pessoas que fazem parte desse cotidiano, sejam trabalhadores, paciente ou familiares, todos carregam uma vida paralela, no primeiro caso, ou anterior a situação de hospitalização, portanto seus comportamentos, crenças e ações serão constituídas pelos outros ambientes e cotidianos aos quais tem ou tinham vivência e no cotidiano hospitalar resta suprimido alguns desejos e singularidades formados por ordens, tratamentos às vezes invasivos, para os pacientes a sua privacidade fica um pouco abalada principalmente pela realidade da rede pública em que os leitos são divididos com outros pacientes e a relação com a equipe técnica de saúde também requer a realização de atividades que provocam um certo despudor, apesar do dever de profissionalismo marcado por procedimentos considerados banais na visão dos profissionais da saúde.

O território hospitalar demonstra uma dependência física e psicológica do paciente com o profissional da saúde relacionado a construção dualista da biomedicina entre o corpo e o humano, se estruturando numa ligação de poder. Sobre esse poder, Bonet (2004) destaca que

da posição do médico em relação ao paciente e sua interação com o mesmo, nasce a tensão estruturante da biomedicina, não podendo separá-los, incidindo em outras profissões da saúde.

Sendo assim o cotidiano hospitalar requer cuidados específicos, sem espaço para muita liberdade, com habilidades imprescindíveis para uma boa comunicação social, comunicação essa verbal e não verbal com papel humanizatório, no intuito de trazer mais conforto e confiança na persecução do bem-estar dos pacientes.

Os desafios e problemas existente nesse contexto são inúmeros, comprometendo todo o processo de adaptação, criação de vínculo, e a carga emocional, tanto dos pacientes como dos profissionais que vivem num ambiente estressante, deve ser levada em consideração nas relações interpessoais. De fato, o conflito por si não deve ser evitado, pois é natural que ocorra em qualquer lugar, porém a preparação para administrar é que vai resultar na harmonização do ambiente hospitalar.

A gestão dos hospitais deve incidir positivamente no trato não somente dos pacientes, mas baseados numa gestão participativa e colaborativa para a formação de uma equipe forte e capaz de enfrentar conflitos, promovendo troca de saberes e avaliando sempre novas possibilidades de confronto de divergências com novos modelos de cuidados e aprimoramento para o encontro entre administradores, profissionais e usuários do serviço de saúde, viabilizando um espaço de excelência nas decisões coletivas (Mazzoni et al, 2018).

Como visto, há necessidades singulares de cada indivíduo para poder ascender a uma vida produtiva e feliz, por isso pode-se afirmar que a implantação da gestão do cuidado necessário para o bem estar estão imergidas em cinco dimensões, além da individual, conforme afirma Silva et al (2018) são elas familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária. Sendo assim, o termo sadio está atrelado a autonomia e essa condição fica mitigada na situação de hospitalização.

É notório que a autonomia contemplada nesse aspecto, reflete em alguns pontos fundamentais como o individualismo que não pode ser negado, respeitando seus princípios éticos e morais desde que não confrontem a necessidade de intervenção contra a vida. Contudo, a escuta no ambiente hospitalar pela condição de fragilidade e vulnerabilidade é essencial para a boa condução do tratamento e vínculo estabelecido.

No tocante a dimensão familiar pode-se considerar forte influência para estabelecimento da personalidade de cada ser e suas concepções acerca de variados conceitos, em relação à profissional, esta se interpõe no caráter de tecnicismo, postura ética e habilidades de

afetividade. A dimensão organizacional abrange a divisão do trabalho em equipe, a dimensão sistêmica responsabiliza-se pela integralidade do cuidado, verificando todos os protocolos necessários e estratégias adotadas para o bom funcionamento do sistema de saúde. E finalmente a dimensão societária que se estabelece nas políticas públicas necessárias para o desenvolvimento do sistema de saúde, alcançando o preceito legal de universalização dos serviços de saúde, obedecendo o que dispõe a constituição sobre o direito à saúde, aplicando-se às minorias também. Trabalha-se então o papel do Estado em implementar essas políticas a fim de satisfazer essa dimensão que é a mais ampla.

Portanto a gestão do cuidado se perfaz na construção de novas práticas de saúde mecanismos de articulação entre as atividades da equipe de saúde e os demais setores envolvidos para que haja a garantia do cuidado aos usuários e assim evite-se transtornos desnecessários ou na ocorrência desses, a equipe esteja melhor preparada para a restauração da paz.

Uma organização fragmentada, vertical e autoritária, centrada na produtividade das ações e no controle e cumprimento de regras administrativas, promove a alienação do profissional. Dessa forma, o hospital congrega saberes, profissionais, tecnologia e infraestrutura diversificados e deve-se valer de estratégias específicas para o enfrentamento dos problemas em seu entorno.

O processo saúde-doença-cuidado deve ser apreciado à luz das conexões existentes entre profissionais de diferentes categorias, se valendo destituir do ambiente competitivo existente nas instituições de saúde, mas que assumem contornos empresariais, necessitando, portanto, de uma gestão profissional eficiente.

Mesmo que alguns estudiosos mais conservadores relutem em assumir o hospital como uma empresa nos moldes mais capitalista, essa é a realidade vivenciada, onde se molda as instituições de saúde com uma nova forma de gestão de qualidade que se preocupa em garantir um serviço de excelência ao seu cliente (paciente), quebrando paradigmas.

Essa visão que o capitalismo proporcionou, transformou não só o cenário das instituições privadas de saúde, mas afetou o Sistema Único de Saúde que teve incorporado o princípio da eficiência como forma de garantir um serviço de qualidade, reduzindo os custos.

Nessa construção, espera-se que para o ambiente hospitalar fornecer um tratamento propício é interessante que o grupo interaja nas partilhas de informações e decisões, mesmo que

cada profissional tenha a sua atribuição específica e programada para realização individual, mas é mister que necessita integrar-se em equipe em práticas colaborativas.

Nessa lógica, a Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece a construção da nova cultura organizacional de humanização como benéfica e eficaz, considerando a autonomia do indivíduo, valorizando-o enquanto ser, garantindo à sua dignidade.

O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) foi reconhecido através de um convênio entre o Ministério da Saúde e Secretaria de Assistência à Saúde, com duração de 2000 até 2002 e em 2003 esse programa tornou-se a Política Nacional da Humanização (PNH), devendo estar presente em todas as ações da saúde. O fato da parte teórica do PNHAH estar em sintonia com a política de humanização, como podemos perceber em um dos objetivos do programa que preconiza possibilitar, difundir e consolidar a criação de uma cultura de humanização democrática, solidária e crítica na rede hospitalar credenciada ao SUS é de extrema importância.

Antes do nascimento do PNHAH, ocorreu a 11ª Conferência Nacional de Saúde, em 2000, onde foram discutidos a efetivação do SUS através do melhor acesso à população, qualidade e humanização na atenção à saúde, com Controle Social, resultando no documento “Efetivação da Acessibilidade e Humanização da Atenção à Saúde no SUS” (Brasil/MS/CNS, 2002a).

Nessa perspectiva, a humanização do atendimento permite melhor relacionamento entre os envolvidos no contexto hospitalar, representando uma prática necessária, pois aproxima-se mais das necessidades reais de cada indivíduo, corroborando o entendimento de que tratamento não é simplesmente diagnosticar e medicar, mas sobretudo cuidar em amplo sentido, dialogando para poder entender o universo singular de cada paciente, buscando oferecer alternativas viáveis, diminuindo o sofrimento, pois na busca da identificação da dor, compreender as expectativas geradas por cada um e ter a percepção de que a dor não deve ser encarada isoladamente como uma questão técnica, mas observada as dimensões física, psíquica, social e espiritual, pois o tema dor é geralmente negligenciado pelos profissionais, influenciados pela própria formação com excesso de tecnicismo.

A sensação de impotência pelos pacientes unidos com o trabalho desgastante dos profissionais da saúde, sem equipamentos e materiais suficientes e adequados, produz um atendimento e comunicação de baixa qualidade e resolutividade, fazendo eclodir conflitos

interpessoais exacerbados ou reduzidos a depender das percepções que as pessoas têm da situação e do outro.

A gestão construtiva de conflitos dependerá da Comunicação Organizacional, que por sua vez é compreendida como um processo dinâmico e capaz de facilitar o entendimento e o comprometimento de todos com os valores organizacionais, trazendo contribuições para o mundo corporativo, seja de que esfera for.

Sendo a saúde fonte primária de preocupação humana, o fluxo da comunicação no contexto hospitalar deve ser planejado, mas ao mesmo tempo deve oferecer empatia para a manutenção de um ambiente harmonioso para todos os envolvidos na comunicação e quando se refere à comunicação organizacional, estão incluídos: funcionários, pacientes, fornecedores, governo e a sociedade em geral que pode necessitar a qualquer momento dos serviços de saúde.

Portanto, para que uma interação se realize a contento e com consistência, deve-se estabelecer uma boa comunicação interna em todos os setores e níveis hierárquicos, entendendo a confiança e vínculo como primordiais características no relacionamento da equipe.

Segundo Melo (2006), através da comunicação pode-se trazer um planejamento estratégico e ter eficácia em todo sentido dentro da organização. Contudo, para que isso ocorra deve-se compreender também que deve haver assentimento mútuo, já que a comunicação depende do *feedback* para que ela seja excelente. Logo, a busca pelo equilíbrio de interesses de todo o público envolvido na organização deve prevalecer.

É notável o poder que a comunicação exerce no mundo contemporâneo, tendo diversos princípios compondo esse processo essencial para a aprendizagem humana em qualquer seara. No contexto organizacional, deve-se compactuar o nível do processo de diagnóstico e intervenção de situações conflituosas para assim satisfazer as vontades expressas, contemplando uma aprendizagem coletiva e eficácia organizacional seguindo a ética (Rahim, 2002).

A Comunicação encara como poder no ponto de vista de Castells:

Poder é algo mais que comunicação e comunicação é algo mais que poder. Mas o poder depende do controle da comunicação. Igualmente o contrapoder depende de romper o dito controle. E a comunicação de massas, a comunicação que pode chegar a toda a sociedade, se conforma e é gerida mediante relações de poder enraizadas no negócio dos meios de comunicação e da política do Estado. O poder da comunicação está no centro da estrutura e da dinâmica da sociedade (Castells, 2009, p 23).

Destarte, discute-se se a transformação social pode modificar essas relações influenciando na mente coletiva. Rafael Alberto Pérez relaciona o poder da comunicação com

o poder da comunicação estratégica e sintetiza da seguinte forma: “a comunicação tem um poder muito superior do que costumamos conceder a ela” (Pérez, 2008, p. 445). Nesse sentido, para que de fato ocorra benefícios relacionados à comunicação, ela deve ser utilizada de forma estratégica, devendo assim domar esse poder.

Nesse diapasão, se estabelece para um processo comunicativo que as partes envolvidas estejam na mesma sintonia para se tornar eficiente essa interação social. Portanto, para um bom resultado é necessário que a informação seja democratizada e passada de uma forma que todos os envolvidos tomem as ideias para si, buscando os resultados esperados ou até superá-los e assim se forme um conceito positivo e uma boa imagem da organização, obtendo a simpatia dos públicos e estabelecendo boas redes de relacionamentos.

No entanto a comunicação organizacional não se refere apenas a sua imagem, mas ela se envolve com os vínculos existentes com o público; no caso dos hospitais com os próprios pacientes e familiares e funcionários, enfrentando muitos empecilhos.

Os obstáculos que a comunicação pode enfrentar são ruídos, no sentido de que não há clareza nas ideias devido um ambiente agitado e com barulho ou a audição seja seletiva, distúrbios, desinteresse, bloqueios emocionais e possíveis falhas na fidelidade da informação transmitida.

No ambiente hospitalar a comunicação é organizada através da mediação das relações interpessoais com o público devendo-se perceber os caminhos culturais estabelecidos pela instituição e os tipos de atendimentos oferecidos para compreender os perfis de usuários daquele local com suas conseqüentes necessidades específicas. A busca pela comunicação eficaz se reflete através da integração dos funcionários e dos públicos, para que consiga estabelecer as informações pertinentes, os profissionais se mostrem satisfeitos com suas atividades e funções, pois isso irá repercutir na visão e credibilidade do paciente e assim pode-se promover qualidade da prestação de serviços e com os relacionamentos estabelecidos.

Entende-se que os hospitais são um meio de desenvolver a política de humanização³, considerando que a humanização é para o Ministério da Saúde, estratégia de democratização da gestão e das práticas de saúde, e impõe a inclusão da diferença na ação política e

³ A Política de Humanização é prevista no Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) e tem como objetivo aprimorar as relações entre profissional de saúde e usuário, dos profissionais entre si e do hospital com a comunidade, requalificando hospitais públicos para que se tornem organizações mais modernas, dinâmicas e solidárias, em condições de atender às expectativas de seus gestores e da comunidade.

institucional. Assim, para esta instituição, compreende-se que humanizar é um processo ativo e sistemático de inclusão (Ministério da Saúde, 2015).

A atuação dos gestores de comunicação é fundamental para o entendimento dos fluxos e concretização das atividades necessárias. Conhecendo o público torna-se mais fácil alcançar os objetivos e traçar estratégias positivas para o impacto social efetivo.

O público interno das instituições hospitalares é multifacetado, ou seja, é formado por profissionais de diferentes áreas, surpreendendo com diversas visões de mundo e uma ramificação que intensifica a diversidade de relacionamentos que podem levar tanto a características positivas de diferentes opiniões que podem construir diferentes linhas de pensamentos, mas também se arrisca em ter pessoas nem sempre disponíveis no processo de escuta e discussão.

Outra característica a ser relevada são os avanços tecnológicos que se desencadeiam e formam novos posicionamentos e conseqüentemente novos tipos de relacionamentos. Torna-se pertinente referenciar que até os hospitais como qualquer outra organização passam por mudanças estruturais, de paradigma, avanços, retrocessos e nesse aspecto de desenvolvimento recai novamente a importância da humanização na saúde como bem leciona Marchiori:

As questões de humanização e das relações de trabalho ganham um novo sentido, evidenciando-se muito mais os aspectos subjetivos em relação aos objetivos, tornando as organizações em espaço dependente da ação e da interação do ser humano - e, portanto, de sua comunicação (Marchiori, 2010, p. 140).

Pela percepção da referida autora o lugar da comunicação é lugar da fala, da interação, da geração de conhecimento. Dessa forma há que se entender as mudanças significativas pelas quais todas as organizações estão enfrentando que repercutem em novos meios de comunicação, nutrindo e restaurando interações construtivos com a visão de que a resolução do conflito se baseia em aproveitar todos os processos de aprendizagem daquela situação crítica e sendo necessária a mudança de comportamento, que ela seja feita no intuito de eliminar ou reduzir aquele estado conflituoso.

Há muito potencial, portanto, no processo comunicativo para o melhoramento do ambiente no que se confere a instituição hospitalar como um lugar heterogêneo, com situações extremamente delicadas pois envolve a vida. Dessa forma, cumpre destacar que os departamentos de comunicação e recursos humanos dos hospitais tem grande relevância nesse contexto, devendo trabalhar de forma alinhada para o bom andamento interno e projetando-se externamente de forma assertiva.

Observando o cenário hospitalar, Teixeira discorre sobre a necessidade de uma gestão adequada pautada numa boa comunicação:

O hospital emprega grande número de profissionais especializados, oferecendo serviços com alto grau de especialização. Existe no hospital uma grande divisão de trabalho exigindo habilidades técnicas diversificadas. Em decorrência desses fatos, o hospital tem grande necessidade de coordenação de suas atividades e os sistemas administrativos estão em evolução constante. (...) O hospital moderno exhibe um conjunto de finalidades: a assistência ao doente, o ensino e a pesquisa. Desempenha ao mesmo tempo o papel de hotel, centro de tratamento, laboratório e universidade, onde, além de se aplicar os conhecimentos existentes para a cura dos enfermos, se transmite a experiência passada a novos elementos e se olha o futuro através da experimentação ativa ou da observação passiva, contribuindo para o progresso das ciências médicas (Teixeira, 1983 p.20).

Nesse sentido, um conjunto de iniciativas para a evolução da saúde no contexto institucional possibilitará uma maior democratização das relações que envolvem o atendimento, melhores diálogos e reconhecimento das necessidades dos pacientes e profissionais da saúde no trabalho de conscientização e transformação de hábitos para adequar-se às políticas de saúde no país.

O hospital representa uma organização com diversos recursos, quer sejam eles tecnológicos, financeiros, humano ou de conhecimento, então a comunicação em seu interior não constitui uma tarefa fácil e é primordial a resolução dessa problemática, tendo em vista ser uma organização essencial para toda sociedade, pelas atividades que desenvolve na prevenção, prestação de tratamentos e promoção da saúde.

É inquestionável que com a globalização o setor saúde vem assumindo a avaliação de qualidade como estratégia, iniciando pelos hospitais e expandindo para outros níveis assistenciais e apostando como grande diferencial o desempenho profissional das equipes para o estabelecimento de uma rede de comunicação efetiva e resolutiva diante das situações cotidianas, sabe-se que mesmo que se priorize a comunicação interna, sofre-se influência com as transformações e crises externas repercutindo no trabalho hospitalar.

A capacidade de ouvir é um elemento indispensável para uma comunicação efetiva, visto isso, é importante que as organizações ofereçam meios de interação, com estruturas e processos adequados para receber mensagens e depois analisar os contrapontos encontrados nesse canal de comunicação ofertado a seus clientes.

2.3.1 As Ouvidorias como ferramentas de participação social e controle social

Um interessante exemplo de canal que pode ser oferecido para as práticas de saúde são as Ouvidorias reconhecendo e acolhendo as reclamações e sugestões dos usuários sobre o

atendimento prestado à população, baseados na consignação da Constituição de 1988 que tem em seu eixo central a democratização dos serviços públicos mediante o controle social do sistema.

Como o sistema de saúde passou por várias reformas e hoje recebe não somente recursos públicos, mas há intervenções privadas e o crescimento dos serviços mesmo fora do âmbito público, é necessário que se estabeleça um elo entre o usuário e a gestão hospitalar no intuito de melhorar a gestão administrativa e os serviços ofertados.

As Ouvidorias são meios institucionais com interesse na escuta de seus clientes internos e externos de maneira imparcial e organizada. A partir dessa conjuntura entende-se a ouvidoria como forma de controle social, mesmo havendo a autonomia relativa a instituições em implantar suas próprias políticas.

A representação da voz popular pela ouvidoria permite adoção ou mudanças de estratégias não percebidas pela gestão e profissionais de outras áreas, administrando melhor os conflitos ocorridos no contexto hospitalar. Assim sendo, sua implantação permite um novo olhar sobre os problemas, unidas a ações relevantes para satisfazer as reivindicações propostas pela população.

Desse modo, a ouvidoria abriga a sociedade num espaço de participação, permitindo que o sistema se adeque cada vez mais às necessidades reais do povo dando espaço à escuta e necessita de maior valorização e até mesmo conhecimento dos usuários, pois constata-se que poucos fazem uso desse mecanismo.

A partir das manifestações dos clientes e respectivos familiares é possível verificar sua relação com a humanização do hospital e enfrentamento de diretrizes e políticas públicas voltadas à saúde. Sobre o sistema de ouvidoria em Hospitais Universitários, O Ministério da Saúde conceitua:

A missão da Ouvidoria dos Hospitais Universitários consiste no atendimento humanizado ao público interno e externo da instituição na perspectiva da ética e da cidadania, nas ações desenvolvidas, em busca de soluções efetivas para as demandas apresentadas. E têm como funções promover a justiça e defender os interesses do seu público-alvo; estabelecer canais de comunicação de forma aberta, honesta e objetiva, do cidadão com o complexo hospitalar, procurando agilizar as soluções para as dificuldades apresentadas; agir com transparência, integridade e respeito; preservar a dignidade do cidadão (identidade e sigilo das informações); agir com imparcialidade e ausência de preconceito; sugerir mudanças de processos visando a melhoria da prestação dos serviços dos Hospitais. (Ministério da Saúde, Cadernos HumanizaSUS, v. 3, 2011, p. 116).

As ouvidorias portanto, constituem-se como fator determinante no processo de comunicação e evidencia-se a necessidade de estabelecimento de estruturas e processos

adequados para receber e interpretar as mensagens enviadas para que esse canal funcione adequadamente, somando-se as intenções do Humaniza SUS⁴ que permeia-se numa gestão pública mais participativa, acolhedora, ágil e resolutiva, com maior proximidade junto ao usuário e ao profissional no processo de atendimento aos pacientes.

A humanização no ambiente hospitalar, como visto, melhora-o em diversos aspectos, proporcionando sobretudo o bem-estar geral dos pacientes e funcionários, promovendo integração e menos ausências dos membros das equipes de saúde e menor tempo de internação dos pacientes. Em virtude disso, a instituição hospitalar se beneficia economicamente também.

No Brasil, a ouvidoria surgiu ainda no período colonial quando foi nomeado o primeiro Ouvidor-Geral, para figurar como os "ouvidos do rei" e assim possibilitar maior atenção para o que se pensavam e propor medidas de proteção, estabelecimento da ordem e rigorosa aplicação das leis da metrópole, mas na verdade era utilizado em prol da Coroa Portuguesa e não para os brasileiros. Contudo, ao garantir o Brasil a sua independência, esse mecanismo foi extinto vindo a surgir novamente somente na década de 80 com o processo de redemocratização do Brasil, se configurando com um meio de acolher as expectativas sociais e tentar introduzi-las junto ao Estado.

Com relação a implementação de fato da primeira ouvidoria pública brasileira, esta se deu, no município de Curitiba em 1986. Nesse mesmo ano criou-se um instituto para a defesa de direitos do cidadão contra abusos, erros e omissões na administração federal: o chamado Conselho de Defesa e Informação do Cidadão através do Decreto nº. 93.714, porém não havia prerrogativas funcionais e administrativas para que a função fosse exequível.

Com a promulgação da constituição cidadã de 1988, as ouvidorias se expandiram, dando lugar a reivindicações populares no intuito de exercício da cidadania e promoção da participação da sociedade nas deliberações do Estado em diversas áreas de serviços prestados ao público de forma geral.

No ano de 2004 foi promulgada a Emenda Constitucional nº 45 que trouxe a determinação de obrigatoriedade da criação de Ouvidorias no Poder Judiciário e no Ministério Público no âmbito da União, Estados, Distrito Federal e Territórios. E em 2005 com o intuito

⁴ A Política Nacional de Humanização (PNH) – HumanizaSUS existe desde 2003 para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários

de fortalecimento dessas ouvidorias criou-se a Associação Nacional de Ouvidores Públicos (ANOP).

Através dessa ampliação a Ouvidoria se faz presente nos três poderes e todos os entes federativos, tendo se consolidado como uma instância de controle e participação social, destinada ao aprimoramento da gestão pública.

No que concerne à Ouvidoria em Saúde, a Lei 8080 e a 8142 de 1988, dispõe acerca da participação do cidadão nos Serviços Públicos de Saúde SUS, que será representada coletivamente pelo Conselho de Saúde e individualmente pela Ouvidoria dos Serviços de Saúde.

A discussão sobre a implantação de Ouvidorias no SUS, visando fortalecer os mecanismos de participação social veio a ocorrer através da sua inclusão no relatório final da 10ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília-DF, em 1996, destacando que os Conselhos e Gestores do SUS devem constituir e implementar novos mecanismos de participação. Além das Ouvidorias, foram propostos a implementação de serviços Disque-Saúde em todos os níveis do SUS, vinculados aos Conselhos de Saúde.

Em 1999 através da Lei 10.294 foram criadas as Ouvidorias da Saúde. O Ministério da Saúde deveria, então, desenvolver estratégias e ações para melhorar o atendimento do Sistema Único de Saúde – SUS, nesse intento foi criada a Ouvidoria Geral do SUS em 2003, através do Decreto nº 4.726 que acaba por ser articulada entre as três esferas de governo para melhorar a participação do cidadão e o fortalecimento da democracia e o Decreto 60.399 de 2014 estabeleceu diretrizes e competências para essas ouvidorias. As Ouvidorias do SUS surgem como um canal direto de comunicação dos usuários, contribuindo com o controle social (Ministério da Saúde, 2009).

As Ouvidorias do SUS apoiam-se nos princípios e diretrizes que determinam as ações e serviços em saúde, expressos nos artigos 196, 197 e 198 da Constituição Federal e na Lei nº 8.080/90 e para a sua implantação é necessário que haja inicialmente uma mobilização para a criação da Ouvidoria, a definição no organograma, clareza quanto aos objetivos de implantação da Ouvidoria, a estruturação da Ouvidoria que se refere a estrutura física, instrumento normativo, recursos humanos, fluxo de trabalho e por fim ampla divulgação do serviço para a comunidade.

O sistema nacional de Ouvidoria tem como parâmetro para sua atuação alguns programas do Ministério da Saúde, citando a Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência

(QUALISUS), que tem como premissa a implementação de Ouvidorias em todos os hospitais e postos de saúde do programa, a Política Nacional de Gestão Participativa (PARTICIPASUS), que busca incentivar a participação popular na gestão do SUS e assim o Departamento da Ouvidoria Geral do SUS vem estabelecendo convênios com outros órgãos, como o Instituto Nacional do Câncer (INCA), a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e a Secretaria Especial de Políticas para Mulheres, na perspectiva da ampla participação da sociedade civil no processo decisório da gestão pública da saúde (Ministério da Saúde, 2009).

O serviço de Ouvidoria se constituiu no setor da saúde, como um mecanismo de aproximação entre Governo e sociedade, gerando um espaço estratégico para assegurar aos cidadãos a sua participação na construção de decisões e o acompanhamento das atividades da administração pública e no tocante específico dos hospitais visa melhorar a qualidade e a assistência. Tem ainda objetivos de obtenção da Certificação Qualidade Total – ABNT NBR ISO 9001; Certificação de Controle de Qualidade Hospitalar; Selo da Organização Nacional de Acreditação Hospitalar, entre outros (Pereira, 2011).

Sob esse vetor, a ouvidoria representa uma ação do Estado Democrático de Direito que se consubstancia na valorização do cidadão ao assegurar-lhe o exercício dos direitos individuais e sociais, compreendendo-se na busca por uma gestão mais transparente e menos corrupta e funciona como meio de controle social.

Quando se trata a ouvidoria como instrumento de participação social, há que se esclarecer a pauta da democracia representativa ou hegemônica e participativa ou deliberativa. A primeira se coaduna através do exercício da cidadania política ao escolher representantes para o executivo e legislativo, e estes devem atender aos interesses da nação e não aos interesses particulares dos representados, enquanto na democracia participativa, a participação política pode se dar em variados lugares como através de associações, sindicatos, movimentos sociais e ONGs, descentralizando a tomada de decisões.

Sob esse prisma, percebe-se que a democracia representativa já não é mais suficiente para legitimar o processo de tomada de decisões em uma sociedade pluralista como a do Brasil, dessa forma, cada vez mais são implementados instrumentos como forma de mudança desse paradigma a fim de que sejam satisfeitos os direitos do povo, se exercendo um governo democrático.

A administração pública deve buscar servir aos cidadãos, de forma que seus serviços sejam oferecidos em prol do interesse público e não apenas como forma de controle da

sociedade. Dessa maneira, as políticas se tornam mais efetivas se forem utilizados esforços coletivos num processo colaborativo com o povo. Para isso, a gestão pública deve se ater a estabelecer portas de entrada para promoção de maior acessibilidade a seu público, criando novas oportunidades para a cidadania, valorizando as pessoas e atingindo o bem estar social.

A administração pública deve gerir o bem público e prestar os serviços públicos com eficiência, cabendo a população fiscalizar os agentes que desempenham essas funções. A essa fiscalização, dá-se a prática do controle social exercido pelo povo que por seu turno vem através de uma luta incessante averiguar as arbitrariedades e erros cometidos pelos gestores e servidores e se estabelece como um direito fundamental no que se concerne a prestação de contas.

Dessa forma, resta estabelecido que deve se ter como ponto principal do controle social a busca por uma administração pública eficiente que siga as normas legais, impedindo que os agentes públicos ajam contra a impessoalidade e moralidade e não privatizem o bem comum.

Isto posto, pode-se concluir que as ouvidorias se encaixam na denominação de instrumentos de controle social, já que proporcionam uma forma de prestação de contas e fiscalização do cidadão acerca do dinheiro público, bem como dos seus direitos conferidos legalmente.

A participação popular e o controle social estão inseridos na democracia participativa de maneira que ambas buscam a satisfação do bem comum e uma sociedade mais igualitária, portanto elas tem o mesmo objetivo, no entanto elas se diferem no aspecto resolutório, onde o controle social pode se concretizar na análise jurídica da norma estabelecida pela Administração Pública e fiscalização da execução da atuação dos agentes públicos nessas atividades previstas em lei, enquanto na participação popular há deliberação política de indivíduos conforme Siraque (2009).

A Constituição Federal de 1988 trouxe as previsões acerca da participação popular e do controle social, estando o primeiro instituto assegurado no parágrafo único do art. 1º, que diz: “Todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente nos termos desta Constituição”, contudo, compreende-se que esse modelo representativo e participativo deve ser complementado por participações mais incisivas da população em organizações em prol do bem comum.

Em relação ao controle social, o §3º do art. 37 da CF/88 dentre outros dispositivos traz a menção de que a lei disciplinará as formas de participação do usuário na administração pública direta e indireta, corroborando o entendimento que através da participação ativa seja ela

individual ou coletiva conseguirá alcançar uma educação política eficaz e controlar as ações administrativas do Estado.

As ouvidorias constituem um serviço especial de comunicação atrelada ao exercício da cidadania, ampliando as perspectivas de relacionamento entre governo e sociedade. Pode-se denotar que a ouvidoria é lugar onde conflitos são mediados, sendo o ouvidor considerado como porta-voz dos direitos dos cidadãos. Sobre esse aspecto Abud acentua.

Falar de Ouvidoria é falar de Estado democrático de direito e de Direitos Humanos, ou seja, um canal condutor de opiniões, reclamações e denúncias, garantindo aos cidadãos o princípio da ética, da eficiência e da transparência em suas relações para com a administração, com o objetivo de valorizar a cidadania, criando um canal de comunicação e possibilitando o direito à informação, viabilizando assim a inclusão social. Portanto, a Ouvidoria deve ser vigilante no tocante a fazer valer e assegurar a garantia constitucional pétrea do princípio da igualdade, ou seja, dar-se o devido tratamento desigual, aos casos desiguais, na medida em que estes se desigualem (Abud, 2011, p. 74).

Deste modo, ter a oportunidade de uso e intermediação via Ouvidoria para garantia de direitos e discussão da legitimidade das políticas públicas constitui-se primordialmente no estabelecimento de um instrumento democrático eficiente, desde que seja utilizado com os fins definidos para o processo de captação e desenvolvimento de ações pertinentes para sanar as problemáticas descritas ou requeridas pelo público.

A conscientização popular para afirmação de seus direitos representa a sua própria participação junto aos entes federativos e se situam como meio de controle social, como bem explica Abud.

Traduz-se a Ouvidoria em verdadeiro instrumento de controle social, constituindo-se em um indutor de mudança institucional no aperfeiçoamento da prestação do serviço público, mediador e solucionador de conflitos, contribuindo para o combate reflexivo à corrupção e auxiliando na diminuição dos desperdícios (Abud, 2011, p. 75).

O papel do ouvidor público, que atua geralmente como servidor beneficiário de cargo em comissão deve se pautar na ética, pois trata-se de um representante da sociedade na instituição com o compromisso de compartilhar informações e as colocar a serviço do interesse coletivo, ter prudência e habilidades como comunicação para um diálogo produtivo, compreendendo a complexidade das relações humanas, não devendo apurar responsabilidades, pois o intuito da ouvidoria não é punir, mas sobretudo buscar melhorias para os serviços prestados pela Administração pública à sociedade, incentivando assim a participação popular e desempenhando o controle social de forma preventiva e corretiva.

No tocante à Ouvidoria-Geral do SUS, há de se enaltecer que deve ser um local propício não somente às reclamações, mas reconhece-se com um ambiente ao acolhimento, tratamento

e ao encaminhamento de todo tipo de manifestação popular, sejam elas denúncias, solicitações, sugestões, elogios e pedidos de informações. Estas últimas referem-se a assuntos sobre gestão, orientações em saúde, sobre a rede do SUS, como o acesso aos serviços dos usuários, campanhas e programas ligados à saúde e demais tipos de esclarecimentos dessa área.

Evidencia-se que os gestores de saúde, fazendo uma escuta qualificada, deverão utilizar os dados dos serviços de ouvidoria do SUS como ferramenta de gestão para o estabelecimento de estratégias de melhoria das ações e dos serviços de saúde prestados pelo SUS (Brasil, 2014a).

A ouvidoria hospitalar surge como uma estratégia de humanização, no sentido que aborda a valorização dos sujeitos, prezando pela otimização dos serviços enfocando a qualidade como processo de melhoria contínua.

Logo, a partir da análise da satisfação dos usuários, opiniões críticas de profissionais, bem como os anseios da sociedade constata-se que a ouvidoria é uma importante fonte para o reconhecimento dos problemas da comunidade e da prestação dos serviços de saúde e dessa forma, tem-se um papel político na articulação da resolução das problemáticas, proporcionando impacto também aos profissionais da saúde, agentes transformadores na forma de cuidar, servindo de estímulo à prática de gestão de conflitos na seara sanitária.

2.4 Superação das injustiças na saúde como contributo à democracia brasileira

A complexidade do direito à saúde se insurge a movimentos sociais de ordem política com cerne em interesses individuais e transindividuais, pois se coaduna como um direito humano, fundamental, social e difuso que diz respeito a toda uma coletividade que luta por reconhecimento desse direito respaldado no regime democrático a que estamos submetidos, com entraves na realidade material a qual nos inserimos, sabendo que a essência da democracia é a pressuposição da igualdade.

Os debates acerca da justiça na seara sanitária se predispõem de aspectos de vulnerabilidade e hipossuficiência acometidas a grande parte da população, consubstanciado na atividade político-estatal inoperante ou ineficiente.

Cumprir assinalar que para efetivação do direito à saúde há o enfrentamento de muitas barreiras no que diz respeito a desobediência dos princípios e diretrizes do SUS, ausência de políticas públicas eficientes para garantir com qualidade os serviços de saúde que são prestações de relevância pública.

A Constituição Federal preceitua em seu preâmbulo e artigo 1º, o princípio da legalidade como forma de concretizar o princípio da igualdade, sendo este o núcleo-base para a definição de democracia e os direitos humanos fundamentais.

Contudo, importante frisar de que forma as desfavoráveis condições sócio econômicas impactam negativamente no desenvolvimento da sociedade na perpetuação dos direitos garantidos constitucionalmente, mesmo diante do cenário atual de acelerado processo de transformação social.

O raciocínio que se desenvolve a partir dessa visão é de que na medida em que a concentração de riqueza se estabelece nas mãos das minorias, a maioria se insurge contra o governo, buscando alternativas por meio dos mecanismos de representação democrática para reverter esse quadro. Contudo ainda reside pessoas que não são resilientes e ignoram esse problema, optando por não se manifestar contra abusos políticos administrativos.

O risco da má administração deve ser tratado como fenômeno da contingência advinda do modelo político social a qual se insere as justificativas de desigualdades atribuídas a corrupção política, criminalidade, baixa participação da sociedade nas tomadas de decisões, dentre outros aspectos. Sendo assim, algumas das saídas encontradas para superação das desigualdades é a promoção da igualdade de oportunidades, somados ao comprometimento e eficiência da gestão pública, aliando-se à participação da sociedade junto ao governo através dos instrumentos legais dispostos.

Quando se remete a definição de democracia,⁵ deve haver a reflexão dos ideais democráticos e práticas políticas institucionais, que nem sempre coincidem. A democracia é um modo de seleção e formação do corpo político, devendo-se salientar que direito e política são sistemas sociais autônomos e a participação política não é o elemento fundamental da democracia, como preceitua Weber (1980).

Nesse contexto, necessário equilibrar as tensões populares, relacionando a legitimidade de ação com a efetivação dos direitos, reconhecendo o governo como competente para garantia dos direitos, porém o Judiciário pode atuar como agente apaziguador para manter a ordem e restabelecer os direitos não concretizados. Ainda assim, resta a indagação se o Direito é

⁵ Aristóteles preceitua em sua obra *A Política*, que na democracia o povo é soberano mas existe uma restrição à liberdade. A noção de justiça se estabelece na soberania, onde o indivíduo pode participar da administração da justiça, mesmo que de forma restrita.

legítimo em que se estabelece a soberania popular, reafirmando a ciência de que se vive num Estado Democrático de Direito.

Acerca do tema, Tocqueville ressalta o declínio da aristocracia vivenciado por muito tempo e passa a focar na compreensão da liberdade e da igualdade de condições como necessárias a uma sociedade democrática. Ele estabelece que o desejo de igualdade sempre vai existir, tornando-se insaciável mesmo que se alcance algum nível de igualdade. O maior desafio das sociedades, no entanto, é não permitir que a igualdade de condições limite a liberdade dos cidadãos, advertindo-se para um retrocesso rumo a um Estado despótico (Tocqueville, 1992).

Nessa acepção, Tocqueville afirma que a humanidade passou por muitos momentos em que não exerceu sua vontade e muitas vezes também não escolhem representantes que tenham notório conhecimento por ambições humanas e por estarem submetidos a outros interesses de poder econômico e assim os representantes eleitos nem sempre são os mais aptos para esse papel que requer grandes responsabilidades.

Depreende-se ainda que o pensamento individualista do ser humano em buscar satisfação apenas de seus interesses em detrimento dos interesses coletivos enfraquece a democracia na medida que a falta de compromisso com o bem comum degrada a soberania popular e usurpa a liberdade política dos cidadãos (Reis, 2006).

Nesse intento, embora as práticas nem sempre acompanhem a teoria, é notório que a democracia pode ser realmente considerada igualitária na lei, cabendo a sociedade com uso de outros instrumentos de controle social fiscalizar a consecução das normas legais. Nessa acepção, a lei pode ser compreendida como um conjunto de expectativas institucionalizadas fundamentadas num comportamento ideal e local onde estão resguardados os direitos fundamentais do cidadão no que se concerne por exemplo o exercício da democracia.

Embora se encontrem muitos desafios para efetivação da democracia, deve-se valer do uso da representatividade política como forma de integrar os interesses sociais à gestão pública. No entanto, nota-se que o favorecimento e privilégios a elites são perceptíveis ao passo que a igualdade se torna cada vez mais difícil de ser alcançada.

No que se concerne aos interesses em torno da saúde, há de ser observado as limitações correspondentes as reais possibilidades, tendo em vista as constantes transformações em relação à medicina, seja no trato de doenças, ou a complexidade como todo do atendimento hospitalar que se insurge sempre com novos mecanismos, necessitando adoção de novas técnicas valendo-se do uso de equipamentos modernos e eficientes e também no que se refere a educação laboral

em saúde como forma apaziguadora que conseqüentemente vai impactar positivamente na sociedade.

Em consonância com o exposto, desponta-se que as ações da Administração Pública devem obediência irrestrita à lei e diante de um cenário de judicialização, acaba-se confrontando com alternativas nem sempre viáveis ao orçamento público, observando o financiamento necessário para cumprir com a referida decisão.

Nesse compasso, deve-se intervir com provocações organizacionais hospitalares de cunho interno, a fim de que se trabalhe os fluxos comunicativos de saúde para que se democratize esse serviço essencial a população e possibilite saídas para erradicação das desigualdades, pobreza e enfermidades que caminham juntas nesse aspecto.

O Estado é um lugar que se situa como centro de exercício do poder que deve obediência às normas legais, mas reconhece que há um enorme abismo entre a letra da lei e seu cumprimento e no tocante a área da saúde, o Brasil possui o maior sistema universal, onde deveria aproveitar como uma oportunidade de melhor desenvolvimento e não ser visto atualmente apenas como um mercado consumidor.

A democratização da saúde nas relações entre Estado e sociedade civil se dá através de instâncias políticas de participação e controle social nas três esferas de governo, principalmente por meio dos conselhos de saúde, que discutem e articulam ações que visam oferecer os serviços de saúde para a totalidade da população brasileira, que majoritariamente utiliza o serviço público de saúde.

Isto posto, pode-se constatar que lutar pela saúde é lutar pela Democracia, devendo a comunidade participar no planejamento e gestão da saúde, dando caráter legal às Conferências e aos Conselhos de Saúde, para permitir avanços nessa seara, consagrando o papel do Controle Social em relação a saúde. As Conferências de Saúde se apresentam como instrumento de extrema relevância para o aprimoramento desse processo democrático, construindo diretrizes para formulação de políticas públicas de saúde para o atendimento dos anseios da população.

A democracia sanitária, conforme Aith dispõe, pode ser entendida como:

Democracia sanitária é o regime de governo do povo, aplicado aos temas relacionados à saúde individual e coletiva, por meio do qual os cidadãos participam e influem ativamente, de forma deliberativa ou consultiva, nos processos de tomada de decisões estatais de saúde de competência dos Poderes Legislativo, Executivo e Judiciário. (Aith, 2015, p.86-87).

Nesse sentido, os indivíduos encontram-se respaldados pelos argumentos de liberdade e igualdade reconhecendo sua livre manifestação de modo que possam influenciar decisões estatais sobre temas que digam respeito ao direito à saúde.

Segundo o pensamento de Paterman (1992) a igualdade política a que se refere os preceitos democráticos, funciona apenas em relação ao sufrágio e a igual oportunidade de acesso aos canais do governo, portanto enfatiza-se que a proteção e participação fica restrita à democracia representativa.

Ainda assim, como já bastante debatido o povo pode governar no regime democrático agindo com esforços coletivos para garantia do cuidado e direito à saúde de forma integral, já que percebe-se que a maioria das decisões políticas são tomadas por uma minoria e dessa forma nem sempre são supridas as necessidades da maior parte que deixou de participar desse momento decisivo.

Importante frisar que as desigualdades não pairam apenas em questões econômicas. O nosso país apresenta uma grande diversidade individual e cultural, onde se deve discutir pressupostos éticos que orientam comportamentos variados que repercutem em sua participação ativa ou não das decisões políticas.

É necessário enfatizar que uma das preocupações maiores do governo deveria ser a diminuição das desigualdades, sobrepondo-se inclusive à questão da pobreza, pois por mais que seja um problema urgente, deve-se ter a consciência de trabalho a longo prazo, organizando a sociedade de forma que ela possa ter forças para se mobilizar contra injustiças e os conflitos sociais sejam impulsionadores para promover grandes transformações sociais principalmente para os mais desfavorecidos. Nesse teor, pode-se valer da política igualitária sob o aspecto moral.

Sobre igualitarismo, Cohen disciplina:

Igualitarismo, em meu título, denomina uma família de concepções de justiça que objetivam garantir tanto liberdade, quanto igualdade. Para simplificar a exposição, estipulei uma visão específica de justiça, que compreende liberdades civis e políticas e três tipos de princípios de igualdade: primeiro, um requerimento de igualdade política substantiva, garantindo que os cidadãos, independente de suas posições políticas, tenham oportunidades iguais de influenciar as decisões coletivas; segundo, um requerimento de igualdade de oportunidades real, condenando desigualdades de oportunidade ligadas a diferenças de origem e trajetória social; e terceiro, uma concepção de bem-estar geral que dê prioridade aos indivíduos em piores condições sociais. Muitos de vocês reconhecerão esta visão como uma forma rawlsiana de liberalismo igualitário (Cohen, 2000, p.162).

Logo, somente a regulação para fins de eliminação das desigualdades não são suficientes, tendo em vista que elas são plurais, marcadamente com manejos de relações de

poder, estratégias e decisões de minorias, devendo-se rever conceitos de que individualmente se consegue resolver os problemas estruturais de desigualdade a contento.

Somente através da força coletiva com a participação popular se poderá ter desenvolvido uma democracia que alcance os preceitos humanitários, já que segundo Paterman (1992), há resquícios de uma participação popular forçada pelo totalitarismo que não condiz com o regime democrático, pois partiu-se de um governo sem escrúpulos, mau intencionado, que por força só queria garantir a lealdade de seu povo para satisfação de interesses estritamente politíqueiros e não políticos, não reduzindo portanto as desigualdades e não se chegando a tão almejada democracia.

O papel da cultura política⁶ no funcionamento dos regimes democráticos se confere relevante, tendo em vista que se atribui o sucesso de um sistema político à compatibilidade entre as instituições e a cultura do povo (Almond e Verba, 1989).

Mudanças no contexto sociopolítico das sociedades estão ocorrendo à luz de novas ideias acerca da democracia e frente a essa questão, Inglehart e Welzel (2005) ao retratarem sobre modernização e cultura, identificam em seus estudos, pelo menos, três abordagens distintas sobre cultura política relacionadas à democracia.

A primeira enfatiza o tema da legitimidade ou do suporte à democracia. Quando se fala em legitimidade política, deve-se atentar a existência de crenças, normas e valores na função de dirigente de uma sociedade, bem como o reconhecimento da existência de uma estrutura de poder. Deste modo, é de extrema importância o estabelecimento da confiança depositada nas instituições, devendo prevalecer esse elo para se ter um governo verdadeiramente legítimo e hoje nota-se, muitas vezes, o desencanto expressivo em sociedades por não se sentirem bem representadas ou por terem frustradas às expectativas governamentais prejudicando o fortalecimento da democracia e provocando injustiças.

A segunda abordagem remonta-se a visão comunitária ou do capital social, enaltecendo a supremacia dos valores e crenças sociais enquanto munidos de união coletiva em dada sociedade sobre a própria instituição governamental. Entende-se que deve prosperar a participação voltada para a cooperação que se difere da participação expressiva, que é aquela

⁶ Entende-se cultura política como um conceito multidisciplinar, pois se relaciona a um conjunto de atitudes, normas, crenças e valores políticos partilhados pela maioria dos membros de uma determinada sociedade ou nação e tem como referência de estudo a obra *The civic culture: political attitudes and democracy in five nations*, na década de 60, dos autores Gabriel Almond e Sidney Gera, embora a primeira abordagem tenha sido em 1956 no artigo de Almond intitulado *Comparative Political Systems*.

vinculada ao discurso político e individualizada. Pode-se inferir, nesse sentido a importância dos Conselhos de Saúde e Conferências para discussão sobre o tema sanitário.

E a última abordagem refere-se à responsabilização do desenvolvimento humano ou emancipação na condução e amplitude da democracia, servindo de parâmetro para sociedades buscarem sempre de forma livre a sua melhor representatividade

Muitos instrumentos são utilizados para se aferir e alcançar o tão desejado extermínio das desigualdades sociais, sendo importante estabelecer o conceito de equidade, que diz respeito à igualdade de direito de cada um, que independe de leis positivas, mas está atrelado a um sentimento do que se considera justo, embora traga no seio uma complexidade enorme.

Tendo em vista a reflexão do conceito de cultura política voltada para a investigação e aproximação das temáticas: democracia e noções de representação e participação, Clara Araújo enfatiza que “A Representação é uma forma canalizada de legitimar a participação de representantes pelos seus representados. A democracia é mais complexa e diz respeito a muitas dimensões...” (Araújo, 2014, p.17).

Logo, o vislumbre da representatividade não é suficiente para almejar o reconhecimento de uma vivência num sistema democrático de direito. Durante muito tempo, a participação eleitoral foi vista como o elemento suficiente para garantir a cidadania e a legitimidade do cidadão como instrumento de controle externo, mas novas necessidades se configuraram e hoje se percebe que representar ou deixar ser representado faz parte unicamente de um tipo de cidadania, a política, e as demais, civil e social padecem de garantia para o estabelecimento da cidadania plena.

Numa concepção liberal da democracia, a participação do poder político é resolvida por meio de uma das muitas liberdades individuais que o cidadão reivindicou e conquistou contra o Estado absoluto. Os processos históricos demonstram que leis mudam, ou seja, a realidade moral varia historicamente e, com ela, mudam os seus princípios e as suas normas, mas a busca incessante pela afirmação da dignidade humana deve sempre prevalecer, seja qual for o regime adotado pelo país.

Vislumbra-se também como forma de enfrentamento às mazelas sociais, a criação de leis no ímpeto de maior controle da sociedade perante o Estado, contudo esbarra-se, muitas vezes, na cultura política conservadora presente, que não permite esse destaque pela ausência de vontade política do governo que prefere manter sua soberania sem nenhuma limitação.

Além do mais a participação social pode não ser bem recepcionada quando encontra óbices como a prática de políticas clientelistas que são subsistema de relação política promotoras de proteção em troca de apoio político e a democracia, ao contrário, deve ocupar lugar em espaços públicos, onde ambos os lados obtém benefícios, fortalecendo os mecanismos deliberativos de partilhamento das decisões.

Com o objetivo de prosperar uma cidadania ativa é necessário o estabelecimento de mecanismos capazes de suprir de forma continuada a participação popular, para que se tenha responsabilidade no desempenho dos deveres de cidadão perante o Estado e uma participação consciente de todos os aspectos da vida social.

A falta de acesso a direitos políticos e sociais para amplos segmentos da sociedade, o distanciamento com a Justiça às classes ou camadas de população mais fracas, empobrecidas e vítimas de uma estrutura brutalmente desigual, provoca a violência estrutural em diversos setores, inclusive no âmbito sanitário.

As desigualdades socioeconômicas conformam, nos dizeres de Souza (2012, p.178), uma hierarquia social organizada e atualizada de forma implícita e opaca, constituindo relações naturalizadas de desigualdade em várias dimensões.

O desafio principal na área da saúde é a injustiça no acesso aos serviços públicos de saúde e a precarização dos serviços ofertados na rede pública, muito embora os planos e hospitais privados também apresentem características negativas, onde restam infrutíferos pedidos de tratamentos ou um atendimento satisfatório, porém a dimensão problemática é bem menor comparada ao SUS.

Cumprе ressaltar que a melhor e eficaz arma para combater a desigualdade social é a postura política ativa, a fim de eliminar as barreiras impostas pelo governo que não prover as necessidades básicas a população, persistindo em assimetrias sociais que afetam a dignidade humana e a saúde, que se estabelece através de um conjunto de elementos essenciais a sobrevivência humana. Portanto, a inércia governamental no uso de normas e práticas institucionais previstas em lei desfavorece a legitimidade e produz falhas em nosso regime democrático.

Logo, se faz necessária uma mudança de mentalidade e ela está sendo construída gradativamente e a longo prazo, representando um desafio incontestável ao requerimento de novas posturas diante das possibilidades de ação relacionadas principalmente na reivindicação pela implementação da universalização e integralidade do direito à saúde.

A convocação para que todos se atentem a novas propostas de participação é de extrema importância para a selagem de um compromisso a ser pactuado na defesa de uma sociedade mais justa e igualitária. Define-se dessa forma a referida luta como uma construção social em busca de uma nova cultura através de novos rumos da forma de socialização para promoção da democracia e diminuição das injustiças na área da saúde.

2.4.1 O desencadeamento do fenômeno da judicialização da saúde

A efetiva implementação dos direitos fundamentais e sociais tem se mostrado um grande desafio para a gestão pública. Em que pese estarem assegurados por meio do texto constitucional, o plano fático ainda revela certo descompasso com o plano formal positivo.

Conforme aduz Canotilho (2003) os direitos fundamentais desempenham a defesa do cidadão no plano jurídico-político, quando os poderes públicos se posicionam com competência negativa, não podendo interferir na esfera individual de ninguém e no plano jurídico-objetivo, seu poder é exercido positivamente, agindo em prol do interesse público, com a devida atenção às liberdades individuais, para que a sociedade também possa exigir cumprimento das atividades administrativas diante das omissões dos poderes públicos.

Em face às prementes demandas sociais e à inércia do Estado, o Poder Judiciário tem sido o meio razoável ao suprimento destas necessidades, portanto o redentor dos que padecem à míngua dos gestores públicos, mesmo que por determinação constitucional, a responsabilidade da resolução dessa problemática pertença aos poderes executivo e legislativo.

Alguns autores relatam que o Brasil está vivendo uma Juristocracia, que corresponde a um sistema de governo, baseado em decisões de juízes, magistrados, geralmente não democráticos, pois dessa forma haveria a concentração de poder decisório nas mãos apenas do Judiciário que nessa órbita além de resolver conflitos normativos tem o condão de revisar decisão de um poder político.

A Judicialização das políticas, por sua vez, surge como forma de permitir a exigibilidade de direitos que não estão sendo devidamente efetivados, muito embora seja criticada por alguns autores como interferência indevida ou forma de onerar o Estado. Contudo, sabe-se que esse processo busca a concretização dos mais variados direitos, inclusive o que se refere à saúde e percebe-se que a cada dia esse fenômeno está mais proeminente e em defesa aos interesses individuais e coletivos vem o judiciário com o papel de salvaguardá-los.

Barroso (2012), disciplina acerca da judicialização, apontando como causas o processo de redemocratização do país, a constitucionalização abrangente e o modelo de controle de constitucionalidade adotado no Brasil, permitindo a transformação de política em direito.

Acerca do processo de judicialização depreende-se, conforme já discutido, que a democracia se conquista através da participação popular na consolidação dos direitos vigentes nos dispositivos legais, onde não se deve haver vestígios discriminatórios que promovam a exclusão social, pois nesse caso o conceito de justiça se fragilizará. Assim, o acesso à saúde exige permanentes ações políticas do Estado e em caso de inoperância, vê-se como saída a intervenção do Judiciário para a imposição da responsabilidade governamental na propagação dos preceitos acima citados.

Os métodos de efetivação da saúde, cujo tema traz muitos debates doutrinários e jurisprudenciais acerca da judicialização, deve se ater também aos preceitos teóricos frente aos conflitos relacionados à separação de poderes e as respectivas competências do poder executivo e judiciário.

Em que pese a temerária inversão dos papéis dos poderes do Estado e ferimento do princípio da tripartição dos poderes, hodiernamente esse princípio foi relativizado e segundo Bonavides (2010), é técnica em declínio, visto que se assenta em razões de formalismo na proteção de direitos individuais, conforme o teor clássico advindo do liberalismo. Portanto, em muitas situações não resta ao judiciário outra ação senão a compensação jurídica das omissões/falhas verificadas na implementação de políticas públicas sociais e enquanto houver o descompromisso do Poder Público com seus deveres constitucionais ou mesmo o não atingimento regular dos mesmos, o Poder Judiciário Brasileiro tem sido peça chave na consolidação da cidadania.

Outra questão a ser elucidada é a diferença entre Judicialização e Ativismo Judicial. O primeiro termo refere-se à atuação do Judiciário porque lhe foi instruída a função de decidir, havendo um respaldo constitucional para isso, enquanto o Ativismo judicial é uma alternativa que o Poder Judiciário faz ao interpretar a constituição e que, geralmente, expande quando a lei se mostra omissa, havendo possivelmente uma politização da justiça e por esse motivo é rechaçada por muitos autores já que os membros do poder judiciário não são eleitos pelo povo, não havendo portanto representatividade em relação a ele e pode se tornar uma ameaça para a democracia.

Sobre o conceito de ativismo judicial Carlos Alexandre de Azevedo Campos, preceitua:

Defino o ativismo judicial como o exercício expansivo, não necessariamente ilegítimo, de poderes políticos-normativos por parte de juízes e cortes em face dos demais autores políticos, que: deve ser identificado e avaliado segundo os desenhos institucionais estabelecidos pelas constituições e leis locais; responde aos mais variados fatores institucionais, políticos, sociais e jurídico-culturais presentes em contextos particulares e em momentos históricos distintos; se manifesta por meio de múltiplas dimensões de práticas decisórias (Campos, 2014, p. 349).

Logo, o ativismo judicial é tema bastante polêmico por ser uma atitude voluntária de interpretação e se revela ao tratar sobre direito à vida de forma muitas vezes divergente ao posicionamento da maioria dos doutrinadores, gerando inúmeras discussões e por provocar muitas vezes a desorganização da Administração Pública.

Nesse diapasão, cumpre ainda salientar o caráter de interdependência entre o ativismo judicial e a judicialização, conforme leciona Hennig Leal:

Apesar de interdependentes, ambos não se confundem, caracterizando-se, a judicialização, antes, como o resultado de um processo que possui múltiplas causas e que conduz a uma ampliação dos espaços de atuação da jurisdição constitucional em termos institucionais, decorrente, entretanto, de fatores em certa medida externos ao Poder Judiciário. Já o ativismo judicial possui uma dimensão e um caráter mais interno, podendo ser classificado, antes, como algo vinculado à postura do julgador ou do Tribunal no cumprimento de suas funções. Não se pode desconsiderar, porém, que, apesar dessa distinção, ambos se relacionam, pois o processo de judicialização, em virtude de suas características, favorece o aparecimento de condutas “ativistas” (ainda que, conforme aduzido no texto, os parâmetros do que seja uma decisão ativista não possam ser fixados de forma objetiva, deixando margem a interpretações). O ativismo pode se fazer presente mesmo em um contexto de competências reduzidas ou de restrição da atuação dos Tribunais; assim, uma decisão que em um determinado tempo e lugar poderia ser classificada de ativista pode ser recebida como absolutamente “normal” em outro, uma vez que estes conceitos são, conforme já dissemos, relativos (Leal, 2014, p.136).

Contudo, apesar da conotação negativa trazida pelos supramencionados autores, há corrente doutrinária que defende o instituto por possibilitar uma forma mais abrangente na concretização e fins constitucionais, sendo medidas muitas necessárias para efetivação de um direito.

O direito a saúde, se apresenta como direito fundamental, mas também é um direito social pertencente a segunda geração, posto que se configura como um direito a prestação, ou seja, um direito para ser efetivado que requer uma ação positiva do Estado

Desta forma, o Poder Judiciário tem o dever de zelar pela efetivação dos direitos fundamentais e sociais, mas se valendo de razoabilidade e responsabilidade. Deve compreender que resta superada a constituição do direito à saúde como norma programática de eficácia limitada, já que o atual entendimento doutrinário corrobora na possibilidade de intervenção do Judiciário para dar máxima efetividade ao direito à saúde em caso de inércia do Administrador, podendo alcançar deste modo eficácia plena.

Ainda há divergência relacionada ao posicionamento de que o direito à saúde é classificado como direito social e não alcançaria o disposto no art. 60, § 4º, IV, da Constituição Federal que constitui os direitos e garantias individuais como cláusula pétrea. Entretanto, se observarmos que o direito à saúde está diretamente relacionado ao direito à vida e à liberdade e estes direitos são invioláveis conforme o art. 5º, “caput” da Constituição, conclui-se que os direitos sociais possuem a mesma natureza dos direitos fundamentais e sendo assim estão inseridos também como cláusula pétrea e não podem ser violados pelo Estado, não permitindo que ele invoque o princípio da reserva do possível, por exemplo, para se eximir de prestações básicas, pois estaríamos diante de um retrocesso social.

Em discurso inaugural da quarta Audiência Pública do STF, o Ministro Gilmar Mendes bem asseverou:

...O fato é que a judicialização do direito à saúde ganhou tamanha importância teórica e prática que envolve não apenas os operadores do direito, mas também os gestores públicos, os profissionais da área da saúde e a sociedade civil como um todo. Se, por um lado, a atuação do Poder Judiciário é fundamental para o exercício efetivo da cidadania e para a realização do direito social à saúde, por outro, as decisões judiciais têm significado um forte ponto de tensão perante os elaboradores e executores das políticas públicas, que se vêem compelidos a garantir prestações de direitos sociais das mais diversas, muitas vezes contrastantes com a política estabelecida pelos governos para a área da saúde e além das possibilidades orçamentárias. A ampliação dos benefícios reconhecidos confronta-se continuamente com a higidez do sistema (STA 348, Relator(a): Min. PRESIDENTE, Presidente Min. GILMAR MENDES, julgado em 27/11/2009, publicado em DJe-227 DIVULG 02/12/2009 PUBLIC 03/12/2009)

Frise-se, desta forma, que o entendimento doutrinário e jurisprudencial atual é no sentido de conferir a máxima efetividade e alcance às normas constitucionais, ressaltando que o poder de atuação do Judiciário, nos termos do artigo 5º, inciso XXXV, da Constituição Federal de 1988 prevê que “a lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito.” (BRASIL, 1988), possibilitando então a revisão dos atos de todos os poderes pelo Judiciário, não ferindo, portanto, o princípio de Montesquieu referente a separação dos poderes, devendo prevalecer o entendimento de resguardar a dignidade da pessoa humana, através da observância do princípio do mínimo existencial.

Em relação ao princípio da razoabilidade (proporcionalidade) e princípio da reserva do possível, partindo da premissa da possibilidade da atuação positiva dos magistrados brasileiros para determinarem o cumprimento das obrigações constitucionais do Estado, é fundamental que sejam estabelecidos limites para tanto, sobretudo devido aos possíveis excessos e possibilidade de onerar em demasia o Estado.

A procura pelo poder Judiciário na perpetuação dos direitos sociais fundamentais implica a compensação das desigualdades sociais, no entanto, entende-se que a insuficiência financeira não exime o Estado na efetivação do direito à saúde, e as decisões judiciais devem ser contidas no sentido de ponderar a sua interferência no orçamento, pois dessa forma trataria de questão de política administrativa podendo trazer impactos negativos na economia do Estado.

Outra questão se refere às decisões pautadas em tratamentos experimentais que podem provocar riscos à segurança do paciente em razão de metodologias ainda não certificadas, prescrições inadequadas como novos medicamentos sem muitas evidências científicas, que muitas vezes sofrem sob o poder da influência da indústria farmacêutica que cresce substancialmente mas apresenta risco de qualquer forma.

O controle judicial das políticas de saúde mostra-se necessário quando a administração pública, por meio de seus gestores não trabalham com economicidade, razoabilidade e eficiência, ou ainda, não cumprem os dispositivos constitucionais. Todavia, embora legitimados a agir, os Tribunais têm formado uma jurisprudência do direito à saúde, muitas vezes, de forma equivocada, atrapalhando a governabilidade (Dallari, 2009).

Deste modo, a jurisprudência sobre a saúde pública, pode desequilibrar todo um sistema de prestação desses serviços, revelando certa arbitrariedade que contraria os postulados de certeza e segurança que o Direito procura realizar, dando garantia para poucos jurisdicionados que ingressaram no judiciário em detrimento de efetivar direitos a todos que merecem ter essa garantia. Outro agravante seria também o desconhecimento do Poder Judiciário sobre o funcionamento do Sistema de Saúde e outros aspectos técnicos, impossibilitando o cumprimento rápido das decisões prolatadas.

Estabelecendo a vertente positiva do direito fundamental em relação ao direito à saúde, é imperativo o papel do Estado no exercício das prestações e medidas que visam à prevenção e ao tratamento de doenças, traçando o seu cumprimento na promoção desse direito, destoando do debate acerca da judicialização da saúde em torno do enquadramento do direito à saúde como social, pois este em tese deveria ser exigido pela prestação estatal, assegurado constitucionalmente.

Nos seguintes dizeres, Fleury explica

A judicialização das políticas diz respeito ao uso do recurso judicial como forma de exigibilidade do direito, denegado na prática das instituições responsáveis. A tutela judicial pode ser tanto de caráter individual para acesso a bens e serviços (interposta por juízes ou defensoria pública) quanto por tutela coletiva, pelo Ministério Público,

dos direitos sociais não individualizáveis e da proibidade administrativa (Fleury, 2012, p. 159).

Não obstante, importante esclarecer que o fenômeno manifestado está associado ao aumento da democracia, a promoção da inclusão social, onde o que interessa é a efetividade do direito à saúde, mas muito se discute se tal medida é insuficiente ao tentar uma concretização igualitária na construção de um Estado de Bem-Estar Social.

Nesse sentido Guerra, 2008 enfatiza:

A acessibilidade dos espaços judiciais, em substituição à representação política tradicional, em que os eleitores demandam de seus governantes as providências necessárias para o bom funcionamento da sociedade. É a cidadania e a participação política por meio do direito. A cidadania pela via judiciária. (Guerra, 2008, p.13)

Contudo, o Judiciário ao ser provocado age perante a inércia do Legislativo ou inoperância do Executivo na busca da realização de prestações ligadas a direitos fundamentais que deveriam ter sido efetivadas mediante políticas públicas, já que o Poder Judiciário não tem o condão de criar novas políticas públicas, mas tão logo operacionalizar as já existentes.

Os sistemas públicos ineficientes à saúde, repercutem a recorrência, auxiliados pelas defensorias públicas, aos cidadãos levarem ao crivo do Judiciário efetivação de direitos específicos como fornecimento de medicamentos, exames não cobertos pelo sistema público e a própria cobertura de tratamento de doenças, passando a exigir do Estado ante a decisão concedendo tais pedidos uma reconfiguração do Estado das suas responsabilidades.

Porém, o direito não deve se reduzir a lei e além do mais por força do princípio da reserva do possível ou do financeiramente possível firma-se que o reconhecimento de um direito social é um dever jurídico facticamente dependente ao seu respectivo custo, concluindo que o pleito judicial envolve algumas condicionantes em determinados casos em função das disponibilidades econômicas do Estado.

Portanto, não pode haver a desvalorização ou subjetivação da dimensão jurídica dos direitos sociais, tendo em vista que acarretaria em frustração popular do exercício da democracia violando, por conseguinte o princípio da igualdade. Este argumento redundaria que a via judicial não pode ser óbice para efetivação de um direito.

A doutrina e o Judiciário adaptaram-se a essa nova realidade e este, através dos tribunais superiores vem buscando uniformizar critérios para decisões judiciais em matéria de saúde, buscando promover o assentamento de respostas que não restrinja a intervenção irrestrita em torno das políticas públicas com o intuito de combater a excessiva judicialização das políticas de saúde, reduzindo por sua vez, os impactos referentes ao planejamento econômico político.

Neste caso, o magistrado há de se valer das técnicas hermenêuticas de ponderação e para subsidiar as decisões em caráter individual deve seguir os seguintes procedimentos: Verificar se a ação trata de direito de vida ou morte; Caso a resposta seja positiva, conceder imediatamente, caso seja negativa, passa-se ao próximo passo; Certificar se houve omissão ou má prestação do serviço público pelos demais poderes do Estado; Analisar a indispensabilidade do tratamento ou medicamento pleiteado, bem como se existe no mercado um substituto de maior eficiência que garanta melhor relação de custo benefício; Examinar a razoabilidade da pretensão à luz dos recursos do ente potencialmente condenável, averiguando a existência de lastro financeiro para arcar/suportar a condenação judicial.

O espaço destinado a resolução das demandas judiciais relacionadas ao direito à saúde pode ser utilizado para resolução de casos urgentes, imprevisíveis mormente a não condições específicas de reparo por via política, travadas por tanto por demandas legítimas que por vezes precisam de proteção contra eventual abuso pelo sistema, mas em contrapartida, o excesso de judicialização da saúde, pode acarretar na desarticulação das políticas públicas, devido ao abstencionismo da Administração Pública que é encarregada das obrigações objetivas para a consecução de direitos.

A excessiva judicialização frente à implementação das políticas públicas, pode ocasionar despreocupação com o orçamento do Estado e o favorecimento de apenas uma parte da população. Por essa razão, o judiciário não pode negar acolhimento de pedidos, principalmente de vulneráveis, mas deve se basear em princípios de razoabilidade e ponderação na busca incessante de ampliação de oportunidades sociais tratando de alocação de recursos para questões sócio econômicas a fim de consolidar os objetivos do próprio sistema público de saúde adotado no Brasil, fazendo com que a liberdade de alguns se justifique por um bem maior partilhado por outros.

A prerrogativa do indivíduo na busca da satisfação do direito à saúde através do Judiciário decorre da legitimação da apreciação judicial, mas conclui-se que o fenômeno impacta diretamente na economia e nas políticas públicas oferecidas através dos sistemas públicos. Entende-se que o problema não é o fenômeno da judicialização em si, mas o excesso desta, devendo, portanto, ser efetivada de forma contida e ponderada com a utilização de diversas técnicas em conjunto com iniciativas do poder público que deve atuar numa gestão que promova maior participação popular, garantindo acesso de forma igualitária a todos aos serviços de saúde.

Importante destacar a ocorrência do I Encontro do Fórum Nacional do Judiciário para Saúde. Criado pela Resolução 107/2010 do CNJ que discutiu sobre as inúmeras demandas judiciais relativas à seara sanitária, visando diminuir esse número de casos que comprometem negativamente os orçamentos municipais e estaduais. Através desse Fórum realizado nos dias 18 e 19 de novembro de 2010, ficou estabelecido alguns Enunciados, reconhecendo que o Judiciário tem o dever de apreciar qualquer caso, relacionando o mister dos magistrados que devem servir como suporte à Administração pública no incentivo da implementação de políticas públicas direcionadas à área da saúde.

Destaca-se o Enunciado nº 5 e nº 6 para não haver comprometimento do Poder Judiciário de forma errônea:

ENUNCIADO N.º 5

Deve-se evitar o processamento, pelos juizados, dos processos nos quais se requer medicamentos não registrados pela Anvisa, off label e experimentais, ou ainda internação compulsória, quando, pela complexidade do assunto, o respectivo julgamento depender de dilação probatória incompatível com o rito do juizado.

ENUNCIADO N.º 6

A determinação judicial de fornecimento de fármacos deve evitar os medicamentos ainda não registrados na ANVISA, ou em fase experimental, ressalvadas as exceções expressamente previstas em lei.”

Logo, propõe-se a atuação do Judiciário de forma adequada e ponderada, pautada em decisões fundamentadas e justas, mas também, segundo as concepções de justiça, importante se ater a permissividade de uma atuação administrativa com concessões mais igualitárias para que não haja a desnecessária sobrecarga processual no Judiciário.

Dessa forma, a questão central não é se haveria falta de legitimidade nas decisões dos Magistrados e Tribunais, mas o impacto da extensão das atividades no judiciário que poderiam ser supridas muitas vezes através de diálogos entre entes públicos e privados, realizando ajustes no sistema de saúde e promovendo a efetividade dos mandamentos constitucionais.

É interessante a intensificação de alternativas ou adequação de saídas para resolução de demandas na área da saúde, principalmente às que podem ser solucionadas através do método de autocomposição de litígios para que se alcance de forma satisfatória a solução dos conflitos.

3 MEDIAÇÃO DE CONFLITOS NO AMBIENTE HOSPITALAR

Diante da diversidade de pacientes, profissionais e elementos que norteiam o ambiente hospitalar é importante investigar quais as melhores estratégias a serem utilizadas com a finalidade de tornar esse meio o mais humanizado e afável possível, partilhando saberes e técnicas para melhor desenvolvimento do cuidado e efetivação do direito à saúde, reconhecendo que o modelo hospitalar vem se dinamizando e assumindo contorno cada vez mais empresarial e que deve acompanhar a legislação que incentiva o uso de métodos autocompositivos, como é o caso da mediação que pode tramitar tanto na esfera judicial como ser praticada extrajudicialmente.

Assim, será explanado todo o mecanismo da mediação, desde a sua gênese, compartilhando objetivos e princípios, explicitando os modelos, demonstrando a importância da figura do mediador e como esse método é tratado em nosso ordenamento jurídico, para depois focar a prática na área organizacional de um hospital, percebendo os choques culturais idealizados, relacionados a poder, hierarquia, competitividade e demais componentes que podem ensejar controvérsias recomendando-se o uso da mediação para gerir essas situações conflitantes.

E por fim, para reforçar o estímulo do uso da mediação, foi realizado um estudo comparado entre alguns países, apontando significativos avanços e contribuições percebidas com a mediação, ratificando os benefícios que podem ser incluídos na instauração/institucionalização da mediação no ambiente hospitalar ou em termos mais abrangentes, nas instituições de saúde.

3.1 Mediação: Breve análise conceitual, histórica e apresentação de seus modelos

O termo mediação, segundo Bolzan e Spengler (2012, p. 145) procede do latim *mediare*, que significa mediar, intervir, dividir ao meio e remete a uma maneira pacífica e não adversarial de solução de disputas que surgiu no começo da humanidade, havendo registros do seu uso datado de mais de dois mil anos atrás, sendo aplicado nos mais variados grupos sociais

espalhados pelo mundo, em diversas culturas como a cristã, budista, judaica, indígena, buscando privilegiar a harmonia e facilitar as conexões interpessoais.

Para fins de demonstração, o autor Christopher Moore explana sobre a mediação na Idade Antiga, ressalta:

La mediación tiene una larga historia. La Biblia afirma que Jesús es un mediador entre Dios y el hombre: 'Por que hay un solo Dios, y un solo mediador entre Dios y los hombres, el hombre Cristo Jesús, que se dio a sí mismo como rescate para todos, de lo cual se dará testimonio a su debido tiempo' (I Timoteo, 2:5-6). Las iglesias y el clero a menudo han sido mediadores entre sus miembros o frente a otros litigantes. Hasta el Renacimiento, la Iglesia Católica fue probablemente la organización fundamental de mediación y administración de los conflictos en la sociedad occidental. El clero mediaba en las disputas de familia, los casos penales y las diferencias diplomáticas entre miembros de la nobleza. Al describir un caso mediado en la Edad Media, Bianchi (1978) detalla de qué modo la Iglesia y el clero suministraron el santuario en que el infractor permanecía durante la resolución de la disputa, y cómo aquélla representaba el papel de intermediario entre dos familias en un caso que implicaba un episodio de violación. Las familias aceptaron resolver el problema mediante la indemnización monetaria a la familia de la mujer y la promesa de ayudarla a encontrar marido. [...] Los tribunales rabínicos judíos y los rabinos europeos fueron decisivos en la mediación o la resolución de disputas entre miembros de esa fe. Estos tribunales eran fundamentales para la protección de la identidad cultural y aseguraban que los judíos contasen con un medio formalizado de resolución de las disputas. En muchos lugares los judíos se veían impedidos de acceder a otros medios de resolución de las disputas a causa de su religión. (Moore, 1995, p. 52)

Sendo assim, a mediação exerce um papel importante na filosofia antiga, e portanto, trata-se de um meio consensual de resolução de conflitos onde as próprias partes chegam a uma conclusão do que seria mais benéfico para ambas, necessitando de um terceiro, o mediador, que servirá na verdade como orientador na construção de um diálogo que seja capaz de evidenciar os pontos convergentes, fortalecendo a cultura de que o conflito é natural a vida de qualquer indivíduo e a forma de administrá-lo é que importará se ele vai se perpetuar ou não como empecilho permanente na vida pessoal.

Vale a pena reforçar essa ideia nos dizeres de Sales:

A mediação procurar evidenciar que o conflito é natural, inerente aos seres humanos. Sem o conflito seria impossível o progresso e provavelmente as relações sociais estariam estagnadas em algum momento da história. Se não houver insatisfação, as situações da vida permanecem iguais, constantes. (Sales, 2007, p.21)

Isso demonstra a relevância do restabelecimento do diálogo com a finalidade de retomar a autodeterminação dos indivíduos para que haja uma reparação não só material dos danos sofridos, mas uma reparação moral e uma administração mais duradoura do conflito, fortalecendo os vínculos, principalmente das relações continuadas.

A mediação se tornou conhecida na Grécia, na civilização romana e foi amplamente aplicada na China, que se fundava na tradição de harmonização entre o homem e a natureza para o estabelecimento da felicidade, com ideias do confucionismo⁷, onde Confúcio pregava a utilização desse método alternativo auto compositivo com o mediador representando um chefe de família e embora fosse utilizado em todos os âmbitos, fazia-se maior uso para solucionar conflitos familiares. Contudo, a consolidação desse método se deu apenas nos Estados Unidos, difundindo-se para o Canadá e alguns países da Europa.

Dessa forma, o instituto da mediação de conflitos surgiu nos Estados Unidos na década de 70, ganhando força e com uma aceitação rápida, logo se instituindo como norma legal, tornando-se obrigatória antes do processo judicial ser instaurado. Esse mecanismo se estendeu por toda a Europa, passando pela Inglaterra, onde se estabeleceu em 1980, surgindo a partir dela a primeira associação civil para solução alternativa de conflitos.

Já na França, o processo de mediação se estabeleceu primeiramente na intervenção entre o setor público e a sociedade, para somente depois ter sua atuação firmada no setor privado e isso ocorreu em meados da década de 70. E na Argentina instituiu-se a mediação como procedimento obrigatório a ser realizado antes do ajuizamento de uma ação, havendo a edição do Decreto nº 1480 em 1992 e em 1995 a Lei Argentina 24.575, dispondo sobre o mesmo assunto. (Caetano, 2006)

O Brasil trouxe a discussão da mediação tardiamente, apenas na década de 80 em São Paulo por meio do modelo francês e na década de 90 chegou ao sul do país, através do modelo já implementado nos Estados Unidos, se firmando no país, embora não fosse regulamentado em lei e assim como os demais países vem fazendo uso dessa técnica em consonância com as propostas da UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, amparada na certeza de que é um método eficiente no combate do conflito real, ou seja, procura-se o fator responsável pela insatisfação pessoal que ensejou o aparecimento do conflito, que por sua vez, diferencia-se do conflito aparente, já que esse é visível a todos e por muitas vezes não corresponde ao verdadeiro embate entre as partes. Adota-se, portanto, esse meio como instrumento de pacificação social devido a sua constante mudança de paradigmas.

⁷ O Confucionismo é uma ideologia religiosa e sociopolítica chinesa fundada por Kung Fou Tseu, conhecido como Confúcio e tem como princípios o *junchaio*, que são ensinamentos dos sábios, que definiam o *Tao* (caminho superior), uma maneira de ter uma vida equilibrada, satisfazendo as vontades do céu e da terra, e faziam uso de diversas obras orientadoras dessa doutrina.

Em 1994 foi criado o Instituto de Mediação e Arbitragem, pelo professor argentino Juan Carlos Vezzulla que morava Brasil e representou um grande avanço para os institutos de mediação e arbitragem, passando a se incentivar a capacitação de profissionais para atuarem nessas áreas. Em pouco tempo depois surgiu o Conselho Nacional das Instituições de Mediação e Arbitragem (CONIMA), no ano de 1997, e este atua representando essas instituições dando suporte técnico e garantindo maior credibilidade no mercado.

Seguindo a premissa de que o caminho para a cultura de paz se faz através do diálogo, em 1999, a Resolução 53/243 apresentou a Declaração e Programa de Ação sobre uma Cultura de Paz da Organização das Nações Unidas (ONU), documento que ganhou relevância ao reconhecer que a paz não é apenas a ausência de conflitos e para ela ser estabelecida precisa-se se incentivar o processo de escuta, compreensão do outro e dessa forma se baseia em processos positivos, dinâmicos e participativos com respeito e cooperação mútuos.

Importante frisar que no processo de resolução de conflitos, encontra-se grande resistência entre os mediados em assumir os verdadeiros motivos da desavença sofrida, cabendo ao mediador o papel de ajudar a superar esse obstáculo, fazendo transparecer todas as pretensões pessoais para que ambos saiam satisfeitos da lide, desvendando sentimentos que às vezes nem eles próprios conheciam e possibilitando aprenderem a lidar com outras situações de divergências que venham a ocorrer.

A mediação pode ser aplicada em diversos tipos de conflitos, como os de família, empresarial, saúde, ambiental, urbanos, vizinhança, consumidor, comunitário e etc., sendo ideal nas relações continuadas. Salienta-se conforme Haim Gruspum (2000) que os conflitos que tratam de sentimentos e situações frutos de relacionamentos – mágoas, frustrações, traições, amor, ódio, raiva, revelam-se adequados à mediação, sendo ela um dos instrumentos de pacificação de natureza autocompositiva e voluntária.

Ademais, a prática da mediação pode ser vista como um complexo de ciências, pois são imprescindíveis para sua aplicação auxílios de conhecimentos nas áreas de psicologia, sociologia, noções jurídicas, por isso o mediador frente ao seu papel deve passar por uma capacitação a fim de adquirir não só valores humanitários, mas conhecimentos específicos para que melhor se possa entender os conflitos intrapsíquicos e interpessoais.

Verifica-se, assim, que a proposta da mediação de conflitos acarreta uma mudança nas relações sociais ao possibilitar uma nova forma de administração do conflito, tendo, por

consequente, uma conscientização dos direitos e deveres, fomentando também a teoria do ganha-ganha, já que se trata de um procedimento não adversarial, tendo restaurados os laços afetivos desgastados, observa-se que é um fator que propicia a inclusão social, proporcionando um ambiente harmônico e como alude Boaventura de Souza Santos (2000), a mediação é um movimento em prol do direito emancipador em contraposição ao direito regulador.

A mediação possui técnicas que podem ou não serem utilizadas numa sequência, mas ressalte-se que há tipos de modelos de execução, baseado em escolas da mediação. São eles o de Harvard, o transformativo de Bush e Folger, o Circular-Narrativo de Sara Cobb e por fim o Modelo Hedonista - Cidadão. (Caetano, 2006)

O primeiro, o tradicional de Harvard, local do nascimento da mediação, adota uma comunicação no sentido linear, ou seja, as partes explicam uma por vez os seus argumentos de angústias para o outro e o mediador auxilia no desfecho da problemática. Trata-se, portanto, de uma mediação avaliativa, reconhecida como modelo negocial, centrando-se na psicanálise e linguística.

O segundo, o transformativo de Bush e Folger se preocupa com a mudança de visão dos mediados para que assim eles percebam que é através da mudança comportamental que se alcança êxito, utilizando enfaticamente técnicas de comunicação e visando, portanto, uma transformação qualitativa da relação. É um dos modelos mais utilizados para as relações duradouras e que se perpetuam no tempo.

Em relação ao modelo Circular-Narrativo de Sara Cobb, este trabalha de forma mais dinâmica e sistêmica, no sentido de expor aos mediados a necessidade que eles têm de exteriorizar seus sentimentos sem agredir o outro, buscando um acordo diplomático, sendo assim uma junção das técnicas utilizadas nos dois modelos anteriores. Ainda segundo Parkinson (cit. in Cunha e Leitão 2011), esse modelo traz essa proposta alternativa, onde rejeita completamente os outros meios, menos convencionais, para resolver as controvérsias.

Por fim, tem-se o Modelo Hedonista-Cidadão, uma proposta waratiana, também designada de terapia do amor, onde se busca reconstruir os vínculos que foram afetados por desgastados convívios ou má interpretações e a mediação é vista sob a ótica da alteridade. Nessa abordagem, exclui-se o confronto e valoriza-se a diversidade, como abertura ao outro.

Baseando-se nessa análise, considera-se ainda que a Mediação também pode diferir em relação à atuação do mediador a depender do contexto social que o conflito está inserido, sabendo que ela pode se manifestar de forma ativa, quando o mediador indica planos de atuação

estratégicas ao mediandos e de forma passiva, nesta o mediador atua de forma mais limitada, apenas auxiliando o processo de negociação entre as partes. Sobre a mediação ativa, ela pode ter como foco a orientação direta no processo, no conteúdo, na estruturação de tarefas ou ainda centrada nas relações pessoais, contudo em todas elas, o mediador deve se abster do poder de decisão, cabendo às partes a finalização desse procedimento.

À vista de todo exposto, é notável que a sociedade brasileira passa por uma transformação no tocante à incorporação da cultura do consenso utilizando a mediação quando adequada à controvérsia, preferindo, portanto, métodos diversos, abrangendo novas metodologias para se alcançar a justiça e paz social.

3.1.1 Objetivos, Princípios e Procedimentos da Mediação de Conflitos

A mediação possui múltiplos objetivos conforme teoriza Juan Carlos Vezzulla (2001), dos quais se encontram em maior evidência a solução de conflitos, bem como a prevenção da má-administração de conflitos, inclusão social e paz social.

A solução de conflitos encontra-se motivada pelo anseio primordial da procura dos indivíduos por esse mecanismo, restando evidente que a expectativa em alcançar êxito na resolução da lide é o que propulsiona essa técnica que promove o diálogo fundamentado na cooperação entre as partes e a participação do mediador como facilitador dessa comunicação, corroborando a afirmação de Adolfo Braga Neto (2003) de que o conflito é necessário e a sua boa ou má administração é que resultará em desfecho positivo ou negativo.

É importante ressaltar que a prevenção da má administração de conflitos consiste em moldar o pensamento e as atitudes, a fim de que sejam resgatadas noções de justiça no sentido mais autêntico e genuíno, servindo não apenas para um caso concreto discutido, mas para todos os conflitos que porventura vierem e que com certeza irão vir, já que estamos sujeitos a sempre nos entrelaçarmos com visões diversas da nossa, atraindo o sentimento de insegurança e ocasionando o conflito em si. A princípio pode-se considerar a solução do conflito o principal objetivo da mediação, mas é uma interpretação equivocada, visto que esse é de fato um objetivo, mas não significa que é o mais importante, já que a transformação da visão negativa para a visão positiva do conflito torna-se a lição mais contundente para ser realizada a mediação com sucesso pautando-se na contribuição do mediador e segundo preceitua Juan Carlos Vezzulla (1998, p.21) "O conhecimento de todos os pensamentos e emoções é fundamental. Se o mediador não possui a técnica para utilizá-los, deve então neutralizá-lo para que não incidam em demasia no seu trabalho".

No tocante à inclusão social, essa será uma consequência obtida através do processo de reflexão enfrentado pelas partes que terão sua autonomia destacada e valorizada, se tornando protagonistas da situação, resultando num melhor controle de sua própria vida e se inserindo melhor na vida em sociedade tendo como fim a paz social.

Esse incentivo ao diálogo, onde se exige a participação ativa das partes, faz com que elas reflitam sobre seus atos, como estes podem influenciar no comportamento daquele com quem se convive e as responsabilidades sobre as atitudes impensadas, despertando dessa maneira instintos relacionados ao seu papel na sociedade, descobrindo então, esse objetivo da mediação que é a inclusão social, já que se tem o amadurecimento pessoal e ciência da importância do indivíduo em uma coletividade.

A mediação em sua essência procura construir um modelo de diálogo franco e pacífico, enaltecendo a figura das duas partes de forma igualitária e não como oponentes, promovendo a comunhão de propósitos com o intuito de estabelecer a paz social que transcende a violência física ou moral. Essa paz está relacionada com a paz de espírito com enfoque na valorização do ser humano obtido no processo de mediação que revela por fim um bem-estar geral de dever cumprido entre as partes envolvidas.

Deste modo, prima-se pelo fortalecimento do diálogo para o alcance da solução do conflito, baseado na cooperação de todos os envolvidos nesse caminho, evidenciando o papel de escuta do mediador, possibilitando a confiança das partes para que essas se sintam a vontade e cheguem de forma harmoniosa a um desfecho positivo para ambos e dessa forma aprendam a lidar com seus problemas, utilizando a comunicação pacífica como forma de prevenir a má-administração de controvérsias.

Com relação aos seus princípios, estes fazem parte dos valores atribuídos a todo processo, sabendo-se que há uma variação destes nas diferentes práticas de mediação nos países, contudo os mais seguidos, conforme autora Lilia Sales (2007) são a liberdade das partes, não-competividade, poder de decisão das partes, participação de terceiro imparcial, competência do mediador, informalidade do processo e confidencialidade no processo. Embora já tenhamos tratado de algum desses aspectos, reforçaremos seus ideais para que não parem dúvidas sobre o tema em estudo.

A liberdade das partes fundamenta-se na prerrogativa de que elas são livres para escolher esse procedimento, devendo ser informadas do teor do seu processo, não podendo

sofrer ameaça ou coação, nem ser obrigadas a assinar qualquer documento, pois elas devem buscar esse mecanismo visando alcançar resultados satisfatórios para os seus conflitos.

A não-competividade consiste no esclarecimento de que a mediação é uma técnica apaziguadora desde a sua formação por não incentivar a rivalidade e trata os envolvidos no mesmo patamar, sem incluí-los no pólo passivo ou ativo como nas demandas do poder judiciário, embora possa de fato ocorrer que a pretensão de um direito se sobressaía a de outro, o essencial é que haja a percepção de que aquela escolha foi justa e assim há ganhos para ambas as partes, mesmo que de forma imaterial.

No que se concerne ao poder de decisão das partes, o que reafirma a autonomia delas, fica explícito que caberá aos envolvidos a responsabilidade de escolher o que é melhor para eles, buscando na presença do mediador um apoio moral e técnico para construção do raciocínio para tomada de decisão. Deste modo, o acordo celebrado entre as partes tem maiores chances de ser cumprido.

Como discutido, a participação de terceiro imparcial é um fator de extrema importância devido a sua relevância no andamento do processo de mediação. A imparcialidade requer sensatez em tratar de igual modo, dar as mesmas oportunidades de discussão e de escuta às partes, promovendo um trabalho justo e honesto, sem beneficiar uma parte somente.

Quanto à competência do mediador, este deve passar por uma capacitação para que esteja bem preparado para lidar com situações diversas, controlando suas reações e conduzindo de forma harmônica o processo de mediação. Em síntese, o mediador deve se portar de acordo com as diretrizes do Código de Ética do Instituto de Mediação e Arbitragem, que se constitui num conjunto de normas que disciplinam o desempenho adequado para esse profissional, além de seguir princípios do CONIMA que se resumem nos ideais de imparcialidade, credibilidade, competência, confidencialidade e diligência e por fim adquirir conhecimentos específicos através de cursos de aprendizado teórico e prático, com um mínimo de 60 e 50 horas respectivamente.

No que tange a informalidade do processo, esse não obedece a formas predeterminadas e regras rígidas. Cabe ao mediador a análise de qual a melhor forma de condução do procedimento para assegurar a qualidade do processo e a obtenção de um bom resultado, portanto não há um padrão a ser seguido, sendo facultado ao mediador as fases que ele considera necessárias para efetivação da mediação. Sendo os ensinamentos de Vezzulla (2001) um dos mais utilizados, para quem o processo é dividido em seis etapas.

Dentre as etapas escolhidas ficará a encargo do mediador explicar o processo de mediação, que se denomina pré-mediação, considerando que os envolvidos precisam estar cientes do funcionamento desse mecanismo, logo após passa-se o mediador a escutar as partes, onde cada um relatará o caso conforme suas percepções individuais e aspirações. Nesse momento o mediando deverá tomar nota dos anseios particulares para melhor orientar na próxima fase que se refere a promoção de um diálogo direto e pacífico entre as mesmas para finalmente elaborar o acordo estabelecido entre ambas, para que elas tenham a ciência do que as próprias escolheram como resolução, chegando assim na última etapa da mediação, encerrando-se o processo.

A confidencialidade no processo significa que o mediador não pode revelar o que está sendo abordado no processo de mediação a pessoas alheias ao conflito em questão, isso reforça a confiança das partes na figura do mediador e permite que o processo ocorra de forma íntegra, pautada nos valores éticos. Deve-se garantir que esse princípio seja obedecido sob pena de ter comprometido a eficiência dessa técnica.

A boa-fé dos envolvidos também é um fator a ser observado, visto que é necessário para que haja lisura no processo, senão afasta a possibilidade de se promover um diálogo franco e pacífico. O equilíbrio da discussão entre as partes é um traço marcante e decisivo para correta aplicação desse mecanismo, evitando fraudes como manipulações, subornos, fragilizando o acordo que se torna menos apto de ser cumprido de forma consciente.

Como vantagens obtidas por esse procedimento, destaca-se Tartuce:

As vantagens da adoção de tais mecanismos são várias: obtenção de resultados rápidos, confiáveis, econômicos e ajustados às mudanças tecnológicas em curso; ampliação de opções ao cidadão, que teria diversas oportunidades de tratamento do conflito; aperfeiçoamento do sistema de justiça estatal, tendo em vista a redução do número de processos em curso. Além disso, tais técnicas, se administradas de maneira eficiente, podem ensejar o estabelecimento de uma relação saudável entre os indivíduos, compondo aquela controvérsia já instalada e prevenindo a verificação de outras demandas (Tartuce, 2008, p. 201-202).

O procedimento de mediação é considerado simples em comparação com o modelo judicial, pois não é tão rígido já que as regras estão embutidas no desenvolver do processo e se adaptam às necessidades das pessoas envolvidas, com autonomia para moldar o acordo, sem mencionar que a decisão não será imposta por terceiros, mas construída em conjunto.

3.1.2 Considerações acerca do Marco Regulatório

O Brasil trouxe no bojo da Constituição Federal de 1988 princípios de igualdade de direitos, merecendo tratamento igualitário todos os cidadãos. Juntamente com esse princípio

tem-se o da celeridade, ambos focados no desempenho satisfatório e eficaz que uma resolução de conflito pode fornecer. Com o intuito de melhorar as soluções de litígios, promovendo um escape para o desafogamento do poder Judiciário, foram criadas as Resoluções Alternativas de Litígios (RAL's) apresentando-se como importantes colaboradoras do Estado e da sociedade. Por se tratar de um meio acessível à população a crescente busca por esses métodos fez com que o Estado utilizasse também de seus instrumentos como auxiliares no processo judicial e respeitasse o princípio da celeridade garantido pela constituição federal em seu art.5º, LXXVIII.

Dessa forma, embora se prevaleça a cultura do litígio, utilizando o Judiciário como meio de solução dos conflitos, a inclusão da mediação não só como meio extrajudicial, mas incorporado no diploma processual brasileiro, veio a possibilitar respostas mais efetivas e adequadas às necessidades das partes, desburocratizando os Tribunais de Justiça e diminuindo a morosidade destes.

Seguindo esse raciocínio, pode-se concluir que o acesso à Justiça não se restringe somente ao acesso ao Judiciário, mas a todos os meios que permitam a defesa e garantia de ter seus direitos adquiridos de forma coerente, estando a mediação inserida nesse panorama, já que proporciona a ampla defesa construída em pilares de diálogos francos e cooperativos.

No Brasil, em 2010, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), criou a Resolução N°125 instituindo a Política Judiciária Nacional de tratamentos adequados de conflitos, classificando a mediação e a conciliação como meios consensuais de resolução de conflitos e determinando a criação Núcleos Permanentes de Métodos Consensuais de Solução de Conflitos, os quais teriam como uma de suas atribuições o incentivo e a promoção de capacitação, treinamento e atualização permanente de magistrados, servidores, conciliadores e mediadores nos métodos consensuais de soluções de conflitos.

No tocante à lei específica sobre a mediação, esta iniciou-se através do projeto de lei, apresentado pela então deputada Zulaiê Cobra no qual estabelecia que a mediação deveria ser incorporada ao processo judicial como mecanismo eficaz para finalizar o processo, podendo ser realizado antes da instauração da ação, ou no próprio curso do processo, ressaltando-se que antes mesmo da aprovação, alguns aplicadores do direito já faziam uso desse artifício mesmo que informalmente.

A aprovação dessa lei também trouxe a perspectiva do emprego do mediador, sendo mais um campo de atuação profissional, visto que seu trabalho pode ser feito de forma voluntária em Instituições de mediação, geralmente ligadas à arbitragem também. Deste modo,

a mediação ganhou novos adeptos que expandiram seus ideais por todo Brasil e em 2015 foi finalmente publicada a Lei de Mediação, sob o nº 13.140/2015, dispondo sobre a mediação como meio de solução de controvérsias entre particulares e sobre a autocomposição de conflitos no âmbito da administração pública.

A adoção da mediação por parte da Administração Pública traz inúmeras vantagens no tocante a obtenção de um posicionamento menos litigioso e enfrentamento mais célere das controvérsias entre usuários e agente público, promovendo assim uma maior satisfação popular e incremento da democracia. Assim, enfatiza Beatriz de Castro Rosa (2007)

Nota-se que é inviável chegar a uma maior participação democrática sem uma mudança prévia na desigualdade e na consciência social. Por outro lado, somente serão possíveis alterações na desigualdade e na consciência social se houver um aumento da participação democrática.(...) Para que a crise da democracia representativa possa ser superada, é necessária a abertura do sistema representativo e da estrutura político-administrativa à efetiva participativa. (Rosa, 2007, p.63)

Deste modo, fica claro que a mediação se instala como um meio de exercício da democracia, sabendo-se que o Estado Democrático de Direito está vinculado à instituição do estado de paz.

A mediação, como já explanado anteriormente, pode ser utilizada em diferentes âmbitos de relações que apresentem convivência contínua e onde exista afeto, tais como relações familiares envolvendo diversas questões entre pais e filhos, marido e mulher, entre irmãos, devendo ser homologado pelo juiz para poder ter validade jurídica, conflitos escolares entre professores, alunos, direção coordenação e etc., vizinhança, relações de amigos, questões cíveis, comerciais, ambientais, laborais, consumeristas entre outras.

Neste seguimento, pode-se indagar quais as experiências vividas em torno desse mecanismo e como vem sendo tratado no Brasil. Primeiramente deve ser visto se com a adoção de um programa de mediação as partes procuraram solucionar a lide com esse mecanismo ou se ao buscarem qualquer outro meio, foram transferidas para esse, por ser mais viável ao caso. Ressalta-se que o número de conflitos resolvidos pela via do acordo e com o auxílio de mediador tem crescido paulatinamente e isso ocorre tanto nos órgãos públicos vinculados a Justiça quanto nas câmaras particulares como é o caso das Casas de Mediação que já ganharam destaque no Brasil.

Na Lei de Mediação existem disposições comuns à mediação extrajudicial e à judicial (art. 14 a 20), sendo a judicial incorporada ao novo Código de Processo Civil, Lei nº 13.105/2015, que enfatiza os meios consensuais de pacificação dos conflitos sociais, reduzindo

o tempo de trâmite de uma ação no Judiciário, devendo ser estimulada por juízes, advogados, defensores públicos e membros do Ministério Público.

As universidades e faculdades de Direito também se sujeitam a essa nova realidade, onde devem obrigatoriedade em todo território nacional ministrar a disciplina de conciliação, mediação e arbitragem de acordo com a resolução CNE/CES 5/18, oriunda do parecer 635/18, homologado pela portaria 1.351/18 do MEC, visando a formação técnica, jurídica e prática de futuros advogados e operadores do direito para que saibam atuar nessas áreas, desmistificando alguns conceitos errôneos e ultrapassados em relação aos métodos autocompositivos.

Conforme preceitua Petrônio R. G. Muniz (1999) acerca da mediação, a sociedade vem tomando consciência das vantagens do uso desse método, que tem como álibi o código de ética que assegura ainda mais a segurança e eficácia na solução de seu litígio e o Conselho Nacional das Instituições de Mediação e Arbitragem- CONIMA veio complementar a confiança às partes envolvidas.

Uma das particularidades do atual processo judicial brasileiro traduz-se na circunstância da obrigatoriedade da primeira etapa da mediação, salvo se ambas as partes manifestarem expressamente, desinteresse na composição consensual, nos termos do artigo 334 do novo Código de Processo Civil Brasileiro.

Diante desses fatos a tendência é cada vez mais ampliar a quantidade dos adeptos do mecanismo de mediação, visto que até mesmo a procura pela capacitação de mediadores e pós-graduação nessa matéria estão aumentando, o que significa um acréscimo não só quantitativo, mas qualificativo nas relações sociais.

A mediação irá trabalhar diante da instabilidade emocional dos protagonistas, pois como já dito, nesse processo não há pólos antagônicos e sim pessoas que buscam o mesmo objetivo: dirimir conflitos de forma pacífica e eficaz. E assim como assevera Battaglia (2004) sobre mediação, a implementação de programas de gerenciamento de conflitos desenvolverá uma comunicação mais aberta, trabalhando tabus e preconceitos de forma mais consciente, desenvolvimento da autoconfiança e a administração do conflito que deve ser encarado como algo natural, mas transitório, servindo de oportunidade para o crescimento pessoal.

Sua aplicação é bastante abrangente, sendo possíveis em diversas relações, onde há ligação entre pessoas, assim como histórico de convivência nem sempre harmoniosa entre as mesmas, sempre experimentando o valor construtivo da reflexão nas diversas inter-relações e

propicia melhor desestruturação de relações de poder que se estabelece entre posições hierárquicas dissonantes.

O primeiro contato das partes com o procedimento na via extrajudicial como já explicado é denominado de pré-mediação, onde deverá ser conversado individualmente ou em conjunto, a depender das circunstâncias, sobre o processo em si, indicando os objetivos e alcance da mediação, asseverando ser um instrumento colaborativo em busca do consenso e deve ser informado sobre a possibilidade de homologação judicial, caso seja necessário. Dessa forma, será esclarecido pontos importantes inclusive do próprio conflito, observando a pertinência do caso para uso do procedimento da mediação.

Somente após esse momento de esclarecimentos iniciais será formalizada a abertura, onde de fato se realizará todo o procedimento, onde serão escutados os relatos do caso por ambas as partes, será feito o resumo com linguagem neutra e imparcial do mediador, serão esclarecidas as controvérsias e assim buscar-se-á a resolução de questões para por fim da demanda.

A importância desse mecanismo é intensificada pela ampliação dos recursos de comunicação, pois abre espaço para o envolvido falar, ouvir e ser ouvido sem discriminação de cor, raça, religião, nível social, sendo a responsabilidade de cada um na solução do problema fator de extrema importância, já que se busca uma cooperação mútua na identificação da melhor solução que satisfaça não um interesse individual, mas o interesse coletivo, desaparecendo a vontade de competição, conforme argumenta. (Battaglia, 2004)

Depreende-se, dessa forma, que, o privilégio da prevenção de conflitos está visivelmente presente nesse mecanismo, já que o entendimento de que a solução parte da própria autoria, o acordo tem maiores chances de ser cumprido e o contorno de novos conflitos será mais facilmente desenvolvido.

3.1.3 O papel do mediador

O mediador ocupa uma função essencial para o desenrolar do processo de resolução de conflitos, pois caberá a ele realizar uma mediação transformativa, procurando fazer com que as partes enxerguem nesse mecanismo um espaço de reconstrução e por dar essa autonomia aos envolvidos, já que ele não tem poder de coação ou coerção. Deste modo, a mediação pode ser encarada como uma prática pedagógica, onde o mediador é incumbido de servir-se como ponte entre as partes.

Como forma de enaltecer a importância do mediador, Warat afirma que:

O mediador deve entender a diferença entre intervir no conflito e nos sentimentos das partes. O mediador deve ajudar as partes, fazer com que olhem a si mesmas e não ao conflito, como se ele fosse alguma coisa absolutamente exterior a elas mesmas. (Warat, 2001, p.22)

Assim o mediador exerce o papel de facilitador da comunicação entre as partes atuando de forma diversa dos profissionais de outros métodos de resolução de conflitos por não julgar e decidir pelas partes, já que na mediação, o mediador será um aliado das partes, respeitando seus posicionamentos e as incentivando na busca de uma solução em que ambas sintam-se satisfeitas, cumprindo deste modo, o objetivo a que ela se propõe. Deve o mediador firmar-se como um terceiro neutro, que auxiliará as partes a enxergarem o conflito como algo inerente ao ser humano e devendo ser encarado como transitório. Compete-lhe ainda, agir de maneira ética, a fim de que a mediação transcorra de modo eficiente.

A função do mediador pode ser exercida por qualquer pessoa, independente de formação acadêmica e nível de escolaridade, que transmita confiança às partes e seja capaz, capacidade esta que deve ser adquirida através de cursos de aprendizado teórico e prático, como já tratado. (CONIMA- dados sobre a capacitação dos mediadores)

A mediação por ser um procedimento informal não está vinculada a regras específicas, sendo, portanto, facultado ao mediador a escolha das fases que ele considera necessárias para a efetivação da mediação. Ademais ele necessita conhecer técnicas próprias desse mecanismo, daí a importância de se passar pelo processo de capacitação, entender os tipos de conflitos e ter boas habilidades de comunicação, principalmente no desenvolvimento da escuta, pois a identificação dos interesses das partes se faz fundamental na condução da mediação e só assim pode auxiliar de forma eficaz os envolvidos no conflito.

Segundo o CONIMA (Conselho Nacional das Instituições de Mediação e Arbitragem- 2015) os mediadores devem reunir as seguintes características: imparcialidade, competência, diligência, credibilidade e compromisso com o sigilo.

A princípio trataremos da impessoalidade do mediador, já que a mediação extrajudicial vem sofrendo algumas críticas no que diz respeito a esse assunto. Isso pode ser mais visível nas Casas de Mediação Comunitárias, onde os mediadores são membros da própria comunidade, gerando dúvidas acerca do referido princípio.

O envolvimento do mediador se faz de forma imparcial, sem intervenção direta, pois sua missão é facilitar a comunicação para que os mediados esclareçam suas angústias e anseios, expressando seus sentimentos sem, contudo, ferir o sentimento do outro para que de forma

pacífica se chegue a um desfecho positivo. Por isso, o mediador é uma peça fundamental para esse procedimento, visto que as pessoas quando estão abaladas emocionalmente dificilmente conseguem enxergar pontos convergentes com aquele que julga ser responsável pela situação desconfortável que se encontra. E como afirma Petrônio Calmon (2007, p.126), sobre a mediação “não resolve somente a pretensão resistida, fixada em posições objetivas, mas pode proporcionar uma compatibilização de interesses, em um resultado ganha- ganha, salutar para os envolvidos e para a sociedade”, incentivando deste modo, a construção de diálogos cada vez mais efetivos entre os indivíduos.

O mediador, dessa forma, deve pautar-se de acordo com alguns princípios fundamentais, não podendo existir qualquer conflito de interesses ou relacionamento capaz de afetar sua imparcialidade, devendo procurar compreender a realidade dos mediados, sem que nenhum preconceito ou valores pessoais venham a interferir no seu trabalho. Concluindo-se, dessa forma, que a impessoalidade é uma garantia assegurada no processo de mediação.

Em relação à competência do mediador, essa se refere a efetiva capacidade para mediar a controvérsia existente, tendo dentre outras vertentes o bom manejo de compreensão obtida no processo de escuta, o zelo pelo respeito mútuo entre as partes, intervindo de forma indireta quando necessário para apaziguar o ambiente, ser empático e valorizar os vínculos existentes entre os envolvidos, não promover juízos de valores, motivar e incentivar a fala de ambas as partes, ser organizado e esclarecedor, auxiliar o diálogo colaborativo, propor ferramentas adequadas, promover o equilíbrio, dentre outras.

Coadunando-se a esse entendimento, a diligência do desempenho das funções do mediador compete numa atuação prudente, analisando cada caso concreto, permitindo a qualidade e credibilidade do procedimento de mediação, além do respeito aos princípios éticos estabelecidos na sua conduta.

O mediador deve transmitir confiança, devendo agir, portanto, com cautela, respeito e ética em relação aos envolvidos e pode fazer uso das etapas da mediação da forma que mais achar conveniente, avaliando cada caso, mas basicamente deve-se proceder com a fase da escuta do conflito vivenciado por cada parte, partindo para descoberta de interesses ocultos para que finalmente os envolvidos resgatem os pontos de união e cheguem a um acordo.

Outrossim, o procedimento da mediação é confidencial, obrigando a todos os participantes, inclusive o mediador, a manterem sigilo das informações, relatos e documentos

expostos durante a realização de todo o procedimento, prezando por boas práticas e lisura para que seja exitoso.

No Brasil ainda há dificuldades de implementação da mediação e desvalorização dos mediadores que podem atuar judicialmente ou extrajudicialmente. No último caso, os mediadores são escolhidos pelas partes e para que eles possam cumprir o princípio da imparcialidade, não podem ter envolvimento com os envolvidos no caso conflituoso, incidindo as mesmas normas de impedimento ou suspeição que são atribuídas aos casos de processos analisados por juízes, previstas no art. 145, do novo CPC.

Dessa forma, esclarecemos que uma das partes pode voluntariamente recorrer ao mecanismo de mediação e a outra receberá convite para comparecer em hora e dia marcado a sessão de mediação. Nesse processo ainda é possível o acompanhamento, se for por ambas as partes, de advogado, já na mediação judicial será designado um mediador indicado pelo tribunal, que tem como requisito essencial para atuação a prática de pelo menos 3 (três) anos de efetivo exercício de atividade jurídica, capacitação em cursos sobre mediação e seleção e inscrição no Registro de Mediadores, enquanto no caso dos mediadores extrajudiciais, estes não necessitam da prática por serem independentes, apesar de poderem gozar das mesmas prerrogativas dos citados anteriormente.

Nesse diapasão, os artigos 9º e 11 da Lei da Mediação esclarecem os requisitos para atuar como mediador nas duas esferas:

Poderá funcionar como mediador extrajudicial qualquer pessoa capaz que tenha a confiança das partes e seja capacitada para fazer mediação, independentemente de integrar qualquer tipo de conselho, entidade de classe ou associação, ou nele inscrever-se.

Poderá atuar como mediador judicial a pessoa capaz, graduada há pelo menos dois anos em curso de ensino superior de instituição reconhecida pelo Ministério da Educação e que tenha obtido capacitação em escola ou instituição de formação de mediadores, reconhecida pela Escola Nacional de Formação e Aperfeiçoamento de Magistrados – ENFAM ou pelos tribunais, observados os requisitos mínimos estabelecidos pelo Conselho Nacional de Justiça em conjunto com o Ministério da Justiça.

Dessa forma, se faz primordial a vocação e formação necessária para o desenvolvimento desse mister imperioso no tratamento dos conflitos em busca da justiça e paz que traz inúmeras vantagens no que se concerne a celeridade, menos custos, empoderamento das partes, dentre outras.

A profissionalização do mediador vem crescendo, tendo em vista a regulamentação da Lei 13.140/2015, que possibilitou abrangência dessa metodologia com a normatização da mediação paraprocessual, que é dividida entre prévia ou espontânea e incidental que se pretende

ser obrigatória na maior parte das ações apresentadas a justiça comum, permitindo novos olhares para a formação profissional de cunho mais humanista, flexível e dinâmico, interagindo de forma não só técnica, mas sensibilizada para buscar soluções mais justas.

Importante frisar que o mediador não pode prestar esclarecimentos técnicos às partes sob pena de estar descumprindo os princípios éticos, devendo apenas fornecer informações necessárias, podendo recomendar a procura por especialistas na área que os mediados necessitam. Ademais, pode ser comum que a prática da mediação seja exercida em conjunto, denominada comediação, sendo assim o trabalho exercido por duplas de mediadores que trabalharão de forma colaborativa para o desenrolar desse procedimento, ampliando os horizontes e possibilitando novas formas de atuação.

A postura do mediador deve-se pautar como protetor dos direitos dos indivíduos, sem intervir diretamente na proposta da comunicação partilhada, mas participando como intermediário humanizador que com recursos de comunicação conduzirá o alcance do objetivo da solução do feito. É salutar frisar que o mediador pode trabalhar de forma integrada com profissionais da área social ou detentores de melhor conhecimento da área conflituosa em questão para tornar o diálogo mais construtivo e as explicações se tornarem mais claras com a produção de uma linguagem mais adequada a situação.

A relevância do papel de fomento do diálogo com uma solução mutuamente aceitável é apontada como essencial para a humanidade, segundo ensinamentos de Tânia Almeida:

A tendência mundial de privilegiar a atitude preventiva e a celeridade na solução de desacordos contribui para que ratifiquemos como negativa e indesejável a experiência da resolução de divergências por meio da litigância. Em seu lugar, o diálogo ganha importância na composição de diferenças. O lugar de destaque dos diálogos somente pôde advir depois que o homem precisou abandonar a ideia de certeza e necessitou tornar tênues as fronteiras entre as culturas. Ele não pôde mais deixar de olhar o mundo global e sistemicamente e, portanto, não pôde mais abrir mão de soluções e ações cooperativas, sob pena de ameaçar a própria sobrevivência (Almeida, 2006, p. 9).

Sendo assim, a utilização desse mecanismo reduz a animosidade entre as partes que depende da forma de condução do conflito e parte disso é decorrente da atuação coerente do mediador que fazendo uso de suas competências, deve saber lidar com variados tipos de situações conflituosas, ressignificando as mensagens transmitidas e até mesmo restaurando as interações interpessoais, exercendo um papel importante no desenvolvimento da cidadania.

Cada sessão de mediação é única, seja no tribunal, seja na instituição de mediação, o ambiente deve ser propício para acolher e dar atenção aos mediados, de forma que se sintam confortáveis e tranquilos e sejam capazes oferecer o melhor de si em diálogos francos e

verdadeiros. Além disso, é imprescindível o esclarecimento quanto às regras do processo de mediação, bem como o papel do mediador.

Analisando o papel do mediador, pode-se depreender, segundo os ensinamentos do Professor Waldo Wanderley, que: “ O mediador (ou mediadores, se mais de um), quando atua utilizando as técnicas da mediação transformativa, tem a função de aproximar as partes para que elas negociem diretamente a solução desejada de sua divergência.” (Wanderley, 2004, p.19)

Dessa maneira, fica claro que o mediador deve transformar o conflito, favorecendo a troca de informações, pois deve haver o estímulo do aprofundamento dos conflitos, a fim de que as partes se responsabilizem por eles. Uma das ferramentas e formas de coordenação da mediação, que se baseia em um processo de escuta e formulação de perguntas, é o recurso da maiêutica socrática ou método socrático que se caracteriza como prática filosófica desenvolvida por Sócrates que utilizou esse nome em homenagem a profissão da mãe que era parteira.

O termo maiêutica advém de *maieutike que* que significa "arte de partejar" usado analogicamente para se referir a um parto intelectual, seguindo a premissa de que a verdade está latente em todo ser humano. Esse método se baseia na utilização de perguntas simples e abertas para estimular os mediandos a introspecção e reflexão de seus problemas e produção de respostas mais complexas para melhor conduzir a um término bem sucedido. Lembrando que não pode haver indução a respostas para que transpareça o real conflito e assim as respostas possam ser paridas. Conclui-se, portanto, que é um método relevante para estudo das relações sociais e seus conflitos.

A positivação da mediação em nosso ordenamento jurídico e seu viés transformador, reproduzido pela valorização do outro dentro da situação de conflito trouxe algumas discussões sobre a sua eficácia no meio judicial, tendo em vista que o tramite diverge do praticado extrajudicialmente.

A desconstrução do conflito auxiliada pela figura do mediador é possível desde que haja colaboração das partes e é notável que quando uma ou ambas as partes buscam essa forma para resolução de suas problemáticas, elas se mostram voluntariamente abertas para o diálogo, embora ainda exista óbice para enfrentamento do mesmo. Diferentemente ocorre na via judicial, onde há preponderância da cultura do litígio e a fase da mediação vem como uma obrigatoriedade de tentativa, sob esse prisma já afasta o caráter de aceitação da modalidade para

alguns que podem se sentir pressionados para de pronto resolverem as discórdias, não atingindo o real objetivo a que se dispõe o método da mediação, além da penalidade pelo não comparecimento à sessão, pode promover o fechamento para qualquer tipo de diálogo.

Outra questão a ser enfrentada diz respeito à limitação dos pedidos. Quando se inicia uma ação judicial, deve-se conter na petição todos os pedidos a serem discutidos e analisados posteriormente pelo juiz. No procedimento puro de mediação há maior liberdade para alteração dos pedidos e muitas vezes se revela algo totalmente alheio do que o motivo aparente que levou a procura do mecanismo de solução de conflitos. Com tudo isso, o mediador analisará todos esses pontos e para isso precisa ser conhecedor do tema em discussão, o que mais uma vez resta prejudicado na mediação judicial, pois as partes não tem liberdade e autonomia para a escolha específica do mediador, o que pode gerar desconforto e desconfiança prejudicando a interação das partes com o mesmo.

Nesse prisma, a escolha correta do mediador irá repercutir no resultado final da mediação e isso se vale não só de competências relativas à formação e boa comunicação, mas da especialização que envolve determinados tipos de conflitos que podem se revelar nas áreas de família, vizinhança, escolas, hospitais, dentre outras. Nesse ínterim, muito tem se discutido sobre um perfil ideal a depender do nicho de especialização, ou seja, um mediador que conhece o conteúdo material da disputa. Dessa forma, o mediador que detém conhecimentos específicos da área em que está atuando poderá contribuir de modo mais enfático na qualidade do procedimento.

Conforme informado, O Conselho Nacional de Justiça, através da Resolução nº 125 do CNJ enaltece a necessidade de promoção de cursos para mediadores, com o intuito de melhor prepará-los, inclusive com a capacitação prática e a fim de harmonizar as técnicas e ficou instituído o Cadastro Nacional de Mediadores Judiciais e Conciliadores (CCMJ) para o atendimento do artigo 167 da Lei n. 13.105/2015(Código de Processo Civil) e do artigo 6º, IX, da Resolução CNJ n. 125/2010, para contribuírem diretamente com os Núcleos Permanentes de Métodos Consensuais de Solução de Conflitos (NUPEMECs) dos tribunais selecionados.

Sendo assim, o ofício do mediador vem ganhando destaque, a medida que o procedimento da mediação é reconhecido como um método eficiente e a profissionalização exige empenho, dedicação e muito cuidado no trato com pessoas que se encontram fragilizadas ou estarecidas, com dificuldades de enxergar os seus reais interesses na controvérsia, bem como interesses convergentes entre as partes, gerando a mudança da visão das pessoas sobre o conflito.

3.2 Mediação como instrumento de pacificação nos conflitos na área da saúde

A mediação, como visto, pode tratar de diversos temas, dentre eles, a saúde, para isso buscaremos relembrar conceitos relacionados à efetivação do direito à saúde e acesso à justiça, bem como suas implicações acerca da judicialização e a institucionalização de mecanismos que sejam capazes de solucionar controvérsias no enfoque sanitário.

A afirmação do direito à saúde, legitima o Estado à implementação do referido direito que se liga ao direito da igualdade, sendo importante destacar o envolvimento universal acerca do tema quando a Organização Mundial de Saúde define o termo saúde sendo além de enfermidade física. Contudo, às expectativas acerca da concretização desse direito muitas vezes são frustradas diante da realidade observada na área da saúde que envolve uma diversidade de possibilidades de arranjos e conflitos que geram insatisfação pela não garantia desse direito positivado e dificuldades externas que acabam repercutindo negativamente nas relações entre os sujeitos envolvidos nos atendimentos e tratamentos de saúde.

Ademais, nessa busca por soluções, destaca-se que as respostas ou propostas podem estar atreladas à disponibilização de aparatos institucionais que não se limitam à vias judiciais, sendo esta última uma alternativa onde as partes não podem intervir, apenas recorrer da decisão e o juiz tem capacidade de absorver e possui autoridade de decidir o litígio, todavia pesquisas apontam que tem se avançado na aplicação da mediação como meio para resolução de conflitos na área de saúde, permitindo menos estresse dos litigantes, economia de tempo e mais eficiência nos resultados, provocando o processo contrário à judicialização da saúde, pois este nem sempre é viável à demanda. (Ribeiro, 2018)

Machado, Cotta e Soares (2015), asseveram que o Movimento de Reforma Sanitária, ocorrido em meados da década de 1970, possibilitou mudanças e transformações necessárias na área da saúde, a fim de que o serviço de saúde possibilitasse melhor acesso à população, no entanto, apesar do avanço, ainda sofre-se com limitações na área das políticas sociais o que gera transtornos e insatisfação da sociedade no tocante à efetivação desse direito.

Estudo recente elaborado pelo Instituto de Ensino e Pesquisa (Insper) para o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) revela que as demandas judiciais relativas à saúde cresceram em 130% entre os anos de 2008 e 2017, identificando assim a necessidade de trazer ações específicas que desmonte o expressivo valor refletivo no orçamento do Ministério da Saúde, bem como garanta presteza e efetividade no trato de ações com essa temática recorrente, analisando esse cenário que tem entre os principais assuntos problemas relacionados aos planos

de saúde. Além disso, a pesquisa também aponta grande incidência nos temas seguro, saúde, tratamento hospitalar e fornecimento de medicamentos⁸.

Sendo assim, a judicialização da saúde no plano fático vem sendo confrontada através de boas práticas instituídas em alguns governos, coordenando os pedidos realizados e levando-os para uma resolução administrativa, através do diálogo e por meio de intermediações junto às instituições de saúde, já que a concretização do direito à saúde não significa apenas a aplicação do direito positivo, mas envolve questões urgentes ligadas aos desafios do exercício da medicina e de outras ciências e políticas públicas sanitárias.

Para ilustrar um pouco mais a questão da judicialização da saúde no Brasil, passa-se a discorrer sucintamente sobre o tratamento jurisprudencial dado às demandas relacionadas a saúde, que segundo o Ministério da Saúde, representa alguns entraves para o funcionamento do SUS, por uma série de questões, dentre elas podemos citar ao atendimento apenas de parte dos usuários dos serviços de saúde, as determinações para fornecimento de medicamento a longo prazo, o que requer uma análise prescritiva médica para avaliar a necessidade do uso por esse período, questões que não levam em consideração aspectos relativos à implementação de políticas públicas e integralização da saúde, dentre outros. Assim sendo, passa-se por algumas fases cujos entendimentos dos tribunais superiores nem sempre convergiram em suas decisões.

O estopim da grande demanda de processos judiciais pleiteando direitos relativos à saúde se deu na década de 90 e a jurisprudência da época firmou entendimento majoritário no sentido de que o Poder Judiciário não poderia interferir nas políticas públicas sanitárias, negando, portanto, os pedidos que eram feitos nessa seara. Posteriormente, já nos anos 2000, o posicionamento modificou-se, identificando o direito à saúde como essencial para a manutenção da dignidade da pessoa humana, acatando os pedidos que estavam intrinsecamente ligados à vida e garantindo a efetivação do direito fundamental da saúde. Por fim, pode-se situar uma terceira fase em meados da década de 2000, onde os tribunais começaram a se orientar de acordo com cada caso concreto, observando que nem sempre poderia se conceder todos os pedidos formulados sob a alegação do cumprimento do princípio da integralidade.

Em 2009, por meio de uma audiência pública convocada pelo então presidente do Supremo Tribunal Federal, o ministro Gilmar Mendes, foram estipulados parâmetros para o julgamento de processos que versem sobre saúde contribuindo para a pacificação de

⁸ Dados disponíveis em <https://www.cnj.jus.br/>

entendimentos e garantindo maior segurança jurídica para solucionar determinados serviços e prestações materiais em saúde.

Dessa forma, é possível afirmar que hoje a efetivação dos direitos fundamentais e sociais em que a saúde está inserida alcançou um patamar de certa estabilidade nos tribunais, de modo que está superado o obsoleto entendimento de que o artigo 196 da Carta Suprema se trata de norma de caráter meramente programático, isto é, sem eficácia imediata, porém nem sempre a via judicial é a mais viável para dirimir controvérsias na referida seara discutida.

A mediação sanitária é uma proposta que se estabelece num processo transparente que visa tratar conflitos referentes tanto dos problemas coletivos de saúde, no âmbito micro ou macrorregional, seja por negativas judiciais, dificuldades orçamentárias do poder público, falta de organização das ações do serviço de saúde público ou assuntos de natureza suplementar e problemas individuais, sejam conflitos internos, assistenciais, de insatisfação de tratamentos de patologias, conflitos interpessoais, conflitos externos ao sistema, que envolve diretamente atores que podem estar inseridos em diversos ambientes que lidam com questões de saúde, podendo ser nos centros de saúde, hospitais, instituições de saúde, asilos e demais estabelecimentos propensos a ocorrência de conflitos que envolvam essa temática.

Mediante à necessidade humana de constituir comunicação e sendo as instituições hospitalares, locais que devido às suas circunstâncias são marcadas por convívios continuados relevantes, onde a latente fragilização é presente devido o envolvimento do fator morte, essa conjuntura se torna propícia a adoção de um mecanismo que tenha um alcance adequado para dirimir as desavenças ocorridas nesse cenário tão nebuloso.

A Mediação na área da saúde, portanto procura atuar nos estabelecimentos citados, de modo que além de compreender os aspectos curativo, protetivo e promocional da saúde, se propõe a manter uma convivência pacífica e interação democrática entre os profissionais de saúde, usuários e demais pessoas no entorno dos serviços de cuidado com a saúde, aproximando os saberes, experiências, utilizando comunicação assertiva e não violenta, buscando meios para o equilíbrio entre a garantia de direitos na legislação e assim reestruturar as relações sociais.

Nesse prisma, Kekkers (2006) enfatiza que a mediação pode ser utilizada ainda para solucionar questões conflituosas com seguradoras, casos de negligência médica; problemas enfrentados com parcerias comerciais; relacionados à questões éticas, financeiras, com fornecedores; e questões de disputas no local de trabalho, quer entre colegas de trabalho, quer em assuntos relativos à relação entre família de paciente e hospital.

A saúde e a vida são direitos complexos ligados à dignidade da pessoa humana e merece ser tratada com cautela, tendo em vista que elas coexistem e ocupam o mesmo espaço se constituindo numa relação complexa por estar associada a conhecimentos específicos técnicos, com tentativas de sobreposição de saberes que se alinham à disputa de poder e a mediação surge como método de gestão pacífica de conflitos, que tem o intuito muito além de apenas prevenir a abertura de processos judiciais ou finalizar os que estão em curso, mas sobretudo gerenciar as problemáticas e trabalhar com prevenção, norteadando e mapeando os conflitos recorrentes, seja para poder exigir melhorias na implementação de políticas públicas e seus orçamentos respectivos ou para gerar uma cultura prática de gestão interna de conflitos com a finalidade de melhor tratamento desses.

Como visto, a saúde envolve diversos aspectos, compreendendo a noção de cuidado como norte basilar para a manutenção com completo bem-estar da pessoa e sobre esse tema Ayres assinala que:

Alguns aspectos que podem fazer de um encontro terapêutico uma relação de Cuidado, desde uma perspectiva que busque ativamente relacionar o aspecto técnico, aos aspectos humanistas da atenção à saúde.[...] Cuidado como designação de uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde. (AYRES, 2006, p. 18 -22)

Deste modo, para as boas práticas de saúde é necessário reconstruir os seus espaços de atuação eivado de julgamentos éticos e morais, unindo esforços coletivos, e muitas vezes as organizações e seus fluxos normatizados impedem a fluidez dos contatos entre os envolvidos nesse cuidado gerando desestabilização nas relações profissionais e com pacientes que podem limitar a prática da mediação.

A mediação ocorrida no seio das instituições de saúde podem ser realizadas através de profissionais do próprio ambiente que após serem devidamente capacitados atuarão como mediadores, dessa forma os profissionais de saúde podem ser considerados mediadores internos ou através de mediadores externos, alheios ao cotidiano, que são contratados para o exercício desse mister, mas que deverão passar pelo período de observação e escuta para entender o universo dos envolvidos e assim melhor conduzir os diálogos e ainda há a possibilidade da condução da chamada mediação mista, onde a mediação é realizada por mediadores do prestador de serviço ou através de contrato de profissionais externos, podendo ser prestadas por associações, câmaras e demais organizações com profissionais devidamente capacitados para esse fim. Ressalte-se, contudo, que o mediador não pode ser mandatário de liderança, chefia,

gerência, ou cargo hierárquico que comprometa sua imparcialidade e independência em relação aos casos a serem suscitados para sua devida resolutividade.

Com efeito, a propagação da mediação no caso do Brasil se estabelece enquanto alternativa pré-processual ou norteada para o não enfrentamento da judicialização da saúde, o que demonstra ser um grande benefício para o sistema judicial que tem suas lides resolvidas de forma mais célere ou diminuindo os números de casos a ser analisados. Nesse contendo, verifica que a maior parte das iniciativas de implementação da mediação na área da saúde estão ligadas ao compartilhamento de gestão entre Executivo e Judiciário, ou seja, Secretária de Saúde e Ministério Público e Defensorias atuando estrategicamente para a efetivação do direito à saúde, porém essa visão ampla de abarcamento do instrumento de mediação deve contemplar possibilidades de conflitos internalizados nas instituições, melhorando as relações interpessoais, impactando na efetivação da saúde vista de forma global, de acordo com o conceito concebido pela OMS.

A mediação estabelecida na própria instituição pode-se tornar um processo mais simples, acessível e propício, tendo em vista a multiplicidade de conflitos e rodízio de pessoas que fazem parte do entorno hospitalar, considerando as limitações dos próprios pacientes e familiares. Além do mais, há que se relevar ainda situações conflituosas entre menores e incapazes que geram maior cautela, necessitando de adaptação dos espaços institucionais aprimorando o tratamento do conflito e promovendo mudanças comportamentais.

Importante esclarecer que nem todos os conflitos existentes no ambiente hospitalar ou de instituições de saúde são passíveis de serem resolvidos através do processo de mediação. É necessário análise prévia de cada caso concreto, e em sendo adequado, parte-se para adoção desse mecanismo ou para novas tentativas, não rejeitando a via judiciária.

Adverte-se que o trabalho exercido pelo mediador difere-se do executado por algumas pessoas que podem atuar como colaboradores da boa comunicação nas instituições de saúde que se iniciam desde a abordagem inicial do porteiro, guarda ou segurança que diante do descumprimento de regras instituídas, devem manter o zelo e saber conduzir da melhor forma àquelas pessoas que se queixam ou se recusam a obedecer as normas estabelecidas. Tem-se também os demais integrantes nessa sistemática de trato direto com os pacientes a saber como são os técnicos de enfermagem e enfermeiros que lidam com as enfermidades e diariamente observam literalmente as dores particulares de cada um, os assistentes sociais têm um trabalho árduo no sentido de fazer a ligação das comunicações diversas com a família e, portanto, há que se acautelar para que não haja confusão do trabalho de todos esses profissionais com o

exercido pelo mediador que facilitará a comunicação entre as partes que estão em conflito, não havendo óbice para que outros profissionais nas situações rotineiras, até pela sua formação, contribuam na prevenção ou abordagem de problemáticas, impedindo o agravamento de determinadas situações.

Remonta-se, portanto, que a mediação sanitária é uma prática a ser aplicada de forma colaborativa com a equipe de saúde, muito embora a participação do processo em si diga respeito apenas às partes que divergem sobre determinado ponto e o terceiro imparcial que será o mediador. Todavia, a mediação provocará uma oportunidade para reconhecimento dos desentendimentos ou erros cometidos e a possibilidade de empoderamento e mais autoestima viabilizada pela igualdade remetida nesse processo que erroneamente é nomeado como método alternativo e deve ser encarado como uma ocorrência vantajosa para a instituição, assim leciona Guillaume-Hofnung (2018, p. 54) “torna-se urgente que a mediação seja libertada dos textos que a reduzem a um procedimento alternativo e seja reconhecida pelo que é: um processo de comunicação ética que promove o *know-how* em conjunto”. Assim, o reconhecimento das similaridades e diferenças de cada parte com a outra provoca melhores condições para o restabelecimento da paz e promove vínculos mais fortes e susceptíveis a trazer uma solução benéfica para ambas as partes, podendo criar canais de diálogo efetivos.

A postura do mediador é essencial para o desenrolar do processo de mediação no âmbito da saúde e constitui-se de um grande desafio, tendo em vista a pouca oferta de profissionais capacitados, por ser um mecanismo ainda pouco difundido. Há confusão que o mediador se assemelha a um psicólogo ou psicanalista, porém equivocada constatação, visto que além da formação específica não ser condizente com a de tais profissionais, o mediador não pode influenciar, orientar de forma tendenciosa, dirigir, ou opinar sobre resolutividade, mas sim estimular a conversação, não substituindo a atuação dos demais profissionais ou assumindo autoridade no lugar de gestores ou líderes natos da instituição.

Em face do exposto, desafia-se que a implantação da mediação no contexto organizacional hospitalar dependerá dos fatores que norteiam a instituição, de acordo com as necessidades reais de cada local, para poder ser utilizada como instrumento de gestão de conflitos. Nesse condão, a mediação poderá buscar as qualidades inerentes ao ambiente e pessoas que o circundam, adaptando e definindo os melhores procedimentos de acordo com as particularidades, investindo na designação correta do mediador que terá papel fundamental em todo processo.

3.2.1 Desafios e perspectivas da utilização da mediação na seara sanitária

Os desafios para efetivação da mediação corresponde as circunscrições instituídas pelo poder hegemônico vinculadas a pressupostos universais firmados e evidenciando lacunas e assimetrias na formação de identidades e compreensão do outro, por isso importante vislumbrar a antropologia evolucionista, que muito embora corrobore com políticas igualitárias, caminha ainda sobre o dilema de práticas hierarquizantes que necessitam ser rompidas nas organizações e instituições de saúde.

Elenca-se alguns obstáculos que podem surgir na viabilização desse mecanismo que se relaciona a dificuldade de verbalização das problemáticas enfrentadas, o que impedirá a identificação correta dos transtornos ocorridos, principalmente, entre os profissionais de saúde. É notório que se visualiza mais facilmente reclamações realizadas por pacientes em relação aos atendentes, funcionários e demais profissionais que atuam na instituição, devido a sua ligação ser mais longínqua e “fria” no sentido de independência ao local em que está, que deve ser passageira. Situações diferenciadas vivem os profissionais que estão alocados numa organização que seguem padrões e normas, havendo subordinação e divisão de tarefas, e dessa forma as reclamações nem sempre são bem interpretadas e podem gerar problemas maiores como despedidas, retaliações dos dirigentes e chefes. Contudo, isso só reforça a necessidade de incluir como prática rotineira a construção de um diálogo franco que seja capaz de dirimir essas divergências e trazer melhorias para todo o grupo de trabalho.

Outra implicação importante que se relata refere-se às tensões rotineiras e suposta falta de tempo para reflexão sobre as possíveis mudanças para melhoria da instituição e isso imobiliza o ambiente impedindo de progredir no sentido de ter relações mais saudáveis e poderem compartilhar as responsabilidades, pois a união gera melhor aproveitamento das dores e alegrias, incentivando uma mudança de cultura hospitalar.

Dessa forma, importante retratar que os conflitos inseridos na área da saúde ultrapassam a bilateralidade da relação entre médico e paciente, visto que a dinâmica no sistema de saúde integra diversos atores co-responsáveis para o atendimento e tratamento de pacientes, bem como dos familiares e todas as pessoas adjacentes a essa relação, podendo gerar atrito em qualquer circunstância.

Frise-se que a mediação sanitária deve ser considerada uma ferramenta instrutiva que gera a oportunidade de debates entre instituições, operadoras de saúde e usuários e consumidores dos serviços contratados que além de buscar uma relação pautada em discursos

harmônicos e efetivos, incrementa o serviço público no sentido que o Brasil atualmente sofre pelo aumento desordenado do fenômeno da judicialização da saúde que acarreta em decisões judiciais que interferem nas políticas de saúde, prejudicando o sentido do princípio da universalidade pregado pelo SUS e custando muito ao orçamento público.

Sob a perspectiva da implementação da mediação em instituições de saúde, observa-se o avanço já alcançado quando aplicado como meio alternativo através da Agência reguladora responsável pela fiscalização do mercado, a Agência Nacional de Saúde. Além disso, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) orientou aos Tribunais a adoção da mediação para os casos específicos que envolvam operadoras de planos de saúde e seus usuários, estimulando o desenvolvimento da melhoria contínua da qualidade de serviços para os consumidores que se inserem no contexto da discussão de um direito fundamental que é a saúde e a vida. E em relação a outros tipos de confrontos, visando a ausência de vencedores ou vencidos, a mediação vem sendo seguida através de iniciativas de juízes, membros do Ministério Público, defensores públicos e advogados da União e procuradores, fortalecendo as ameaçadas relações no contexto clínico hospitalar, analisando cada caso concreto, sob o ponto de vista de pedidos individuais, evitando uma demanda judicial.

Destarte, tem-se a perspectiva de que a mediação atua como forma de resgate da capacidade de análise crítica sobre uma situação difícil de ser esclarecida ou resolvida no segmento da saúde, auxiliando a contorná-la com a finalidade de se chegar a um ponto no qual os envolvidos consigam enxergar que há uma solução plausível e benéfica para ambos. Logo, mais do que uma proposta para solucionar impasses entre indivíduos, este método pode trazer uma coletividade de ganhos em prol da disseminação de uma cultura de paz, trazendo a reflexão de que não se deve negar a existência de conflitos, mas o sistema de cooperação estando presente torna-se mais fácil a implicação multidimensional, fazendo despertar-se para uma transformação cultural, preservando os valores éticos, respeitando as diferenças e valorizando os atos de escuta do outro e o direito da livre expressão, para que dessa forma a saúde tome melhores rumos.

Assim sendo, a mediação na seara da saúde funciona como forma garantidora de um direito fundamental do ser humano para que ele seja utilizado como política pública, já que se percebe que é de total relevância os resultados que se almejam alcançar com a concretização desse instrumento de pacificação social, possibilitando a criação de um compromisso social de exercício da cidadania, sendo essencialmente um mecanismo de valorização do ser humano, ganhando relevância nas palavras de Miguel Reale sobre esse mecanismo: “no fundo, estamos

cada vez mais inclinados a viver segundo o predomínio do Social sobre o Estatal, preferindo sempre que possível, resolver nossas questões por nós mesmos”. E essa é a melhor forma de afirmação de nossas conquistas com o passar dos tempos, aprender a lidar com os constantes problemas que nos vêm à tona. (Reale, 1996, p.2)

Vale ressaltar que seguindo o diagnóstico situacional da instituição, poderá haver avanços com os envolvidos em casos conflitantes de modo que se tentará apaziguar e contornar comportamentos de confrontos, permitindo que as parte experimentem o sentimento de autorrealização através de uma resolução bem-sucedida ainda que novas inquietudes surjam posteriormente, mas elas terão melhores condições de conterem a situação se passarem por essa metodologia de resolução de conflitos.

O instituto da mediação na seara da saúde fomenta a transformação dos aspectos relativos além da saúde e da concretização do direito positivado, ao exercício da cidadania contribuindo assim para o Sistema de Saúde e Sistema Judicial através de sua institucionalização, que conforme Ribeiro (2018) tem muitas práticas voltadas aos tribunais, mas também em Câmaras de Mediação em Saúde, em parceria com Secretarias de Saúde e Defensoria Pública mesmo antes da publicação da Lei nº 13.140/15 que garantiu a utilização da mediação como fase pre-processual. Nem sempre haverá a necessidade de haver uma execução do acordo.

Destarte, sabendo-se que a finalidade da mediação é fazer com que as partes se conscientizem acerca do seu comportamento e do seu conflito, utilizando esse instrumento, seja em qualquer modalidade, extra ou judicialmente, relata-se a maior facilidade de cumprimento espontâneo das obrigações daí advindas.

Para exemplificar a sistemática da mediação, trataremos de um caso ocorrido em Belo Horizonte em 2001, onde foi implementado a mediação no Sistema de Saúde desse local, através do acompanhamento de empregados da Secretaria Municipal de Saúde observando os conflitos de maior incidência e sua problemática. Foram identificados através de documentos como relatórios, registro de reuniões, documentos da Gerência de Perícia Médica, comunicados da Corregedoria Geral do Município, conversas por e-mail e transcrição de depoimentos de trabalhadores e depois dessa triagem foram encaminhados para a intervenção através do uso do mecanismo de mediação. Dessa forma, os mediadores marcaram então as reuniões para explicar a adoção do procedimento com os trabalhadores e gestores e as sessões foram realizadas com o mediador em posição de neutralidade, buscando motivar a busca coletiva da solução pelos participantes e responsáveis pelo conflito. Isto posto, houve a valorização de cada percepção e

opinião e foi concebido o momento de fala de cada um, tal como deve ocorrer nesse processo, onde a escuta e questões foram elaboradas cuidadosamente para que facilitasse a consecução de um desfecho tranquilo e confortável para ambos.⁹

Dando continuidade a esse procedimento, foi percebido que no percurso do processo de mediação, as partes envolvidas conseguiram enxergar melhor seus dilemas e tiveram novas perspectivas em relação ao trabalho e gerência, exercitando assim a comunicação, a capacidade construtiva, criatividade e abertura para novas possibilidades de execução de atividades e isso decorreu da singularidade dos envolvidos e do contexto atual de cada situação que é única e deve ser enfrentada de maneira responsável, equilibrando poderes e motivando o constante diálogo entre os trabalhadores e entre trabalhadores e gestores, servindo-se também como método de resistência em defesa de valores inclusivos, democráticos, de solidariedade e de equidade.

Além das experiências exitosas de Belo Horizonte, a Mediação Sanitária como metodologia da gestão associada já foi aplicada em Minas Gerais, Distrito Federal, Mato Grosso, Rio Grande do Norte, com termos de cooperação entre os entes públicos e o poder Judiciário e demais entes para obtenção de resolução administrativa das questões de saúde em sua abrangência, garantindo a efetivação material do direito à saúde e com o advento da lei 13.140/15, cresceu essa abertura já que o artigo 33 do referido dispositivo legal, traz expressamente a possibilidade da implantação da mediação no setor público, se tornando um caminho eficiente para garantir a solução de muitas problemáticas e as questões relacionadas à saúde pública, muito embora de responsabilidade precípua da administração pública. Sendo assim, é passível e permitido a discussão no âmbito do Judiciário sobre a resolução de conflitos envolvidos com o direito à saúde, pois se trata de um direito constitucional e qualquer cidadão deve ter acesso à justiça e poder recorrer ao judiciário para salvaguardar um direito, mesmo este podendo ser solucionado por outros meios.

Destaca-se assim que os resultados satisfatórios obtidos garantem uma excelente expectativa da aplicação da mediação no setor da saúde, possibilitando o incentivo de iniciativas semelhantes em todo território brasileiro a fim de socorrer muitas instituições e segmentos governamentais com a atuação participativa dos diversos atores da saúde.

⁹ Informações colhidas em pesquisa de campo realizada e descritas no artigo: PARISI, Luciana and SILVA, Jandira Maciel da. **Mediação de conflitos no SUS como ação política transformadora**. Saúde debate [online]. 2018, vol.42, n.spe4 [cited 2020-05-19], pp.30-42. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000800030&lng=en&nrm=iso>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s402>.

Outrossim, a mediação precisa ser amplamente divulgada entre pessoas leigas, já que para os operadores do direito, os seus ideais já fazem parte da grade curricular da graduação, difundindo-os mais facilmente, pois o desconhecimento gera desconfiança e falta de credibilidade, visto que as pessoas procuram o que for de mais fácil acesso e alcance e essa metodologia ainda aparece de forma distante da maioria das pessoas. Assim, por desconhecimento do usuário ou pelas circunstâncias relacionadas ao seu primeiro amparo profissional, as plataformas extrajudiciais podem parecer distantes ou pouco efetivas para se pleitear um determinado direito. Contudo, ainda assim, a mediação por ser construída por um diálogo qualificado as vezes não consegue solucionar todo tipo de conflito.

É cediço a necessidade do trabalho em conjunto e permanente de mediadores, operadores do direito, juízes e servidores que devem, além de estar aptos e devidamente capacitados para tal prática, propagar o instituto da mediação de maneira clara e sem distorções.

Nesse prisma, é importante pactuar que a mediação desenvolvida no ramo da saúde tem uma função transformadora, fortalecendo a autonomia dos agentes, podendo oferecer uma resposta mais rápida e satisfatória, visto que as suas decisões tem sido peça chave na consolidação da cidadania, por agir na busca de efetivar os direitos constitucionais, estando assim em conformidade com o princípio da dignidade humana nesse processo de diálogo entre os poderes, ampliando a visão dos operadores executivos no oferecimento de políticas públicas mais justas.

3.2.2 A prática da mediação como agente transformador nas organizações

Na mediação, como visto, é exercitada a comunicação não violenta, de forma que se enalteça as falas das partes e essas aprendam a lidar com seus sentimentos e sejam acolhidas as suas diferenças, com novas maneiras de percepção conflito, já que em toda e qualquer organização a convivência com pessoas diferentes torna-se um dos pontos de dificuldade na manutenção de uma boa comunicação. Águida Barbosa enfatiza a utilização da mediação com caráter pedagógico, e alguns autores defendem que a mediação é um tipo de princípio, como assim segue:

A mediação, como princípio, contém carga pedagógica, pois depende de aprendizado de um comportamento, portanto, humano, capaz de estabelecer a comunicação entre pessoas. Ela se concretiza pelo emprego de um conjunto de técnicas de comunicação, adequada para garantir uma escuta qualificada prestando-se, com muita eficácia, a dar vida ao princípio constitucional de proteção à dignidade da pessoa humana e de proteção do Estado. [...] a mediação é um método fundamentado, teórica e tecnicamente, por meio do qual uma terceira pessoa, neutra e especialmente treinada, ensina os mediandos a despertarem seus recursos pessoais para que consigam, por

eles próprios, com evidente mudança de comportamento, transformar o conflito. (Barbosa, 2015, p. 36-37).

Neste cenário, as técnicas utilizadas na mediação para a prevenção e resolução de conflitos em muito contribuirá no relacionamento entre gestores e colaboradores, em todas as instancias horizontalmente ou verticalmente e pode-se dar por meio do treinamento, na criação de um serviço de mediação no seio da organização ou pelo uso de serviços externos.

Outrossim, importante esclarecer como se dá cada tipo de incorporação do processo de mediação no interior de uma organização, podendo ela ser empresarial ou não. Na primeira forma, onde os colaboradores, sócios e demais interessados serão capacitados, a organização ofertará cursos que permitam ir além do entendimento do mecanismo e ajudará na abordagem dos conflitos internos e ocorridos entre os seus parceiros e os consumidores dos produtos e/ou serviços ofertados pela organização, facilitando o trabalho em equipe, frisando que pode ser utilizado até mesmo o RH (Setor de Recursos Humanos) de uma organização para gerenciar essas situações conflitantes.

Em relação à criação de um serviço de mediação, esta é indicada quando há um número expressivo de conflitos dentro da organização tornando-se uma alternativa viável, visto que os custos de sua implementação compensarão os custos que seriam para os casos levados ao poder Judiciário, diminuindo substancialmente estes e prevenindo futuros casos.

E finalmente o uso de serviços de mediação providos por terceiros, podendo ser através de mediadores privados ou câmaras de mediação, sendo exercida portanto por profissionais devidamente capacitados externos e independentes da organização, garantindo a sua imparcialidade e neutralidade diante dos fatos conflituosos.

Dessa forma, a mediação está cada vez mais presente nas empresas, no setor público, nas agências reguladoras e em todos os meios passíveis de ter concentração de pessoas que se relacionam entre si e estão propensas ao acometimento de desavenças. A facilitação do diálogo exploradas nesse procedimento pode então ser administrada pelos Centros e Câmaras de Mediação e Arbitragem espalhados pelo Brasil ou de forma *ad hoc*, ou ainda como fase pré-processual, mas todos visando a manutenção da harmonia no ambiente e aperfeiçoando as boas práticas nas organizações com auxílio dos mediadores que de maneira eficiente irão conduzir o problema a ser enfrentado. A experiência brasileira, segue influências internacionais, resultando no desenvolvimento de organizações que se redesenham de forma mais dinâmica e harmônica, com relações mais integrativas.

Numa organização deve esclarecer que todos exercem relevantes papéis e deve-se compreender que a prosperidade individual recairá sobre todos que estão inseridos no local e não somente os envolvidos no contexto conflituoso. Nessa conjuntura a liderança é primordial para prospecção de possíveis situações que necessitam de reparo no que tange a uma melhor interação, fortalecendo a identidade e autoestima pessoal, se autorrealizando não somente na vida profissional, mas sobretudo levando ensinamentos para melhorar a saúde mental, pois o procedimento da mediação nas organizações atingem processos de aprendizagem individual e coletiva, repercutindo positivamente a longo prazo.

O método de negociação utilizado também para resolução de conflitos, que foi desenvolvido antes mesmo da mediação tratava-se de acordos obtidos entre as partes, sem a presença de um terceiro, porém essa metodologia nem sempre é vantajosa, estando uma parte em desvantagem ou havendo exacerbado sentimento de competição e se torna mais adequado para situações em que não se sabe se as partes manterão ou se voltarão a repetir o padrão anterior. (Suares, 2008, p. 59-60)

As disputas de poder interferem drasticamente no fluxo contínuo de pessoas numa organização, onde elas que se encontram em lados distantes em relação a posição institucional podem construir narrativas de acusação, de reprovação e até mesmo negação como meio de se esquivar de suas responsabilidades e sendo as organizações sistemas abertos, as interações são permanentes e necessárias as trocas de conteúdos, verbais ou não.

Sendo assim, Aldenucci já enfatizava que: A aprendizagem organizacional implica na aquisição do conhecimento, distribuição, interpretação das informações e construção da memória organizacional. (Aldenucci, 2001 p.87-88) A prospecção de novas oportunidades para o equilíbrio das relações no meio organizacional pode se dar dessa forma, através da mediação de aprendizagens por meio de atividades e ações permitindo maior desenvolvimento para esses ambientes que estão cada vez mais dinâmicos e globalizados.

Outrossim, Folberg e Taylor assinala que competições internas em organizações não promovem crescimento e prejudicam a harmonia do ambiente, provocando desgastes emocionais e podem causar perdas de produtividade, provocando perda de sinergia organizacional.

A mediação transformadora desenvolvida por Robert Baruch Bush e Joseph Folger busca a transformação do conflito para um processo cooperativo, primando pela autonomia e empoderamento das partes, onde se aprende a controlar seus impulsos e perceber o que é melhor

para ambas sem seguir um rito pré-constituído, pois o mais importante é o contorno que se dá ao conflito, alterando a sua qualidade para que sirva de aprendizado e o papel do mediador permanece sendo essencial, tendo em vista que ele irá facilitar a comunicação, conferindo independência às partes para decidirem o que for mais conveniente para elas. Ressalte-se a dificuldade de imposição dos limites do mediador nesse caso para que não intervenha com sugestões de acordos, de modo a não atrapalhar o processo cognitivo e reflexivo que só diz respeito às partes alcançar e ainda o mediador não pode tecer valores, impressões, convicções e princípios para não influenciar o caráter decisório inerente às partes, devendo ter um desempenho neutro, que inclui o dever de se abster.

Deste modo, Bush e Folger (2008, p. 156) esclarecem que nessa metodologia os mediadores inicialmente aplicam um “micro enfoque” para exposição do conflito e logo após abrem espaço para discussões conscientes, ouvindo as perspectivas de cada indivíduo envolvido e assim pode-se promover o reenquadramento da questão controversa existente que é tão natural no ambiente de trabalho no que diz respeito às atividades cotidianas.

O encorajamento para tomada de decisões dentro do ambiente de trabalho, seja qual for o cargo que a pessoa ocupa, nem sempre é priorizado pela liderança, ensejando na desvalorização profissional, devido a resquícios de paternalismo e clientelismo ocorridos em nossa sociedade que supervaloriza status, condições financeiras e troca de favores. Contudo, bem se sabe que todos numa organização são protagonistas e recaem sobre si a responsabilidade de superação de obstáculos para a busca de sua autorrealização enquanto ser humano e na construção de seus apontamentos, opiniões que refletirão na atuação de seu labor. A mediação transformativa se insere nesse contexto de reconhecimento de esforços comuns para a chega de acordo, sobretudo legitimando as partes para a exploração de todos os pontos conflitantes, encontrando novas oportunidades de reconhecimento de empoderamento pessoal dos participantes.

Através desse empoderamento e adaptação, pode-se consubstanciar a promoção da autonomia centrada na integridade, conforme Ronald Dworkin enfatiza que as pessoas devem se encontrar em iguais condições para que se sintam bem e consigam raciocinar perfeitamente sem intervenção de terceiros e os princípios estariam integrados nos objetivos do direito implicando a observância das razões de justiça, de equidade e de moralidade, frisando que a liberdade deve vir primeiro ao princípio da igualdade tendo em vista a concepção de tomadas das próprias decisões.

Em outras palavras, deve-se enfraquecer a competição dentro de uma organização, embora não se deva negligenciar o conflito, pois ele muitas vezes é até motivado principalmente em empresas como forma de revelar insatisfações e oportunidade de melhorar muitos aspectos relacionados ao convívio corporativo. Enfatiza-se assim, que a mediação organizacional promove estímulos positivos de concentração de tarefas e habilidades interpessoais necessárias às atividades de cunho organizacional, já que profissionais precisam ter flexibilidade e estar abertos sempre a novos conceitos, eliminando julgamentos e possuindo uma visão holística de todos os recursos à sua disposição.

Nesse sentido, a mediação de conflitos praticada em organizações é vantajosa a medida que trabalha com relações continuadas, já que o normal é que o ambiente de trabalho conte com equipes permanentes seguindo o padrão de contratos de trabalho por tempo indeterminado, salvo exceções. Seguindo esse raciocínio, muitas pessoas atribuem ao seu trabalho como segundo lar, criando vínculos com os colegas de trabalho pelo dia a dia atribulado, principalmente quando se conta com uma rotina desgastante presente em muitos tipos de labor e por esse mesmo motivo, os vínculos podem se fragilizar por inúmeros fatores, já discutidos outrora, que acabam não restando outra saída sendo a mais saudável e acertada de buscar mediar os conflitos existentes.

Os membros da organização devem compartilhar dos mesmos valores da empresa, observadas a cultura organizacional, porém pela variedade de personalidades, bem como as inter-relações diversas existentes no campo laboral, é evidente que as expectativas e perspectivas sejam divergentes contribuindo para a perda de sinergia ambiental.

Gize-se que a natureza não vinculativa da mediação também é fator importante, pois a voluntariedade em participar desse mecanismo permite que em caso de não se alcançar o objetivo a que se propõe que se remete a solução do conflito e promoção da paz, não irá ter óbice de se buscar outros meios de resolução de controvérsias, podendo eleger a via judicial como método resolutivo mais adequado. O importante é que haja transparência em todo mecanismo associado a liberdade das partes envolvidas em mudarem, caso percebam que não prosperará fazendo uso da mediação.

É mister frisar que o comportamento humano é determinado por características inatas, mas também adquiridas pelo meio em que está inserido, sendo influenciadas, portanto, pelo contexto cultural e diversidade sociocultural do mundo e das instituições a quais se está submetida.

Leonardo Boff fala sobre a relação essencial entre os seres humanos e entre estes e o meio onde vivem, traçando o fenômeno do cuidado, perceptível nas organizações, onde todos do grupo devem ter consciência de seu papel no ambiente de trabalho e participar de forma colaborativa para o seu ambiente prosperar.

Nesse contexto, os grupos sociais estão cada vez mais voláteis e instáveis, propagando-se para a desintegração das identidades e muitos ao verem seus propósitos não alcançados ou diante de conflito com pessoas no ambiente de trabalho se vêm forçados a deixarem seu emprego como melhor forma de saída, sem ao menos tentar dirimir a problemática. A diversidade cultural é benéfica para toda sociedade desde que ela não extermine as existentes, persistindo as tradições relevantes, pois as minorias excluídas socialmente acabam por formar indivíduos isolados que não formam memórias, ou não conseguem sustentá-las por muito tempo. Contudo, é notório que essa realidade esteja em declínio tendo em vista as diversas formas e estilos de vida trazidas pela modernidade e o temor latente pela perda da memória irá repercutir negativamente na formação da cidadania.

Apesar das identidades não se limitarem ao espaço geográfico pelo avanço dos recursos tecnológicos e existenciais de muitos meios de comunicação, é preciso discernimento principalmente dos líderes para selecionarem e utilizarem esses recursos para propagação e cultivo das culturas identificadas em seu entorno a fim de serem resistentes não ao novo, mas a perda de sua identidade, permitindo suas transições e compreendendo os valores de seu povo para melhor trilhar os caminhos do saber. Para as grandes mudanças é suscitado reformulações dos paradigmas proporcionando uma nova concepção sobre o real significado dos termos integração e inclusão que a mediação promove sabendo-se que a cultura é dinâmica e se adequa de acordo com o momento e fenômenos que ocorrem em um determinado local, sofrendo interferências externas.

As interações e conhecimentos sobre administração de conflitos precisam ser estimulados no contexto da organização, para que o indivíduo desperte o seu interesse sobre o mundo e perceba a importância de se integralizar ao seu habitat. Visto isso, reconhece mais uma vez a importância do procedimento da mediação, para cativar novos adeptos permitindo, por conseguinte o crescimento enquanto cidadão.

Compreende-se que a mediação restabelece o diálogo entre as partes apostando no conflito como oportunidade de uma melhor convivência, sendo esta pacífica em meio às diferenças reconhecendo que toda organização precisa ter foco e possuir uma visão holística para atingir metas e bons resultados, sendo que estes princípios devem estar bem expostos a

todos os colaboradores responsáveis, pois quando não há exibição clara desses fatores o colaborador acaba ficando sem foco e muitas vezes sem motivos para a realização do trabalho e com isso, aumenta a possibilidade deste se posicionar em uma chamada zona de conforto, interferindo diretamente nos seus rendimentos.

Assevera-se a necessidade da organização manter uma consciência organizacional em um clima positivo, pois se os colaboradores sentirem que a empresa em que trabalham tem respeito por seus valores, essa empresa tem potencial para o crescimento por acreditar que ela necessita de seu capital humano.

Incumbe esclarecer, segundo preceitua Sousa (2013) que “a satisfação do cliente interno está relacionada ao suprimento de suas necessidades, desejos e expectativas.” Se o indivíduo é tratado da maneira que considera um bom tratamento em seu trabalho, muito provavelmente ele se sentirá satisfeito e terá um desempenho satisfatório. Sabe-se que o ambiente da organização influencia no comportamento dos colaboradores com relação ao crescimento, reconhecimento ou sentimento de auto realização no exercício de sua função e a mediação é uma ferramenta para o cumprimento do alcance dessa satisfação em possibilitar a resolução de problemáticas em seu entorno.

Salienta-se que qualquer organização, seja ela representada por empresa ou não, é formada por um conjunto de pessoas que deve ter um ou mais líderes que caminhando junto, devem buscar os mesmos objetivos, possuindo assim, papel fundamental quanto à motivação na obtenção de tais objetivos. “A motivação deve ser feita de forma planejada e contínua” (Freire et al., 2016). Logo, se firma o entendimento de que a motivação não necessariamente deve ser feita em atitudes planejadas, mas deve haver o reconhecimento e sensibilidade do trabalho do outro, gerando empatia nas relações, e isso servirá de alento e satisfação no grupo, proporcionando melhores saídas para se atingir os objetivos finais da organização. Nesse sentido, a comunicação também faz parte do processo de motivação, estando aptos e mais dispostos a ouvir críticas, sugestões e elogios, pois a comunicação interna será eficiente.

Rahim (2002) preconiza que ter conflitos numa organização poderá ser benéfico por oportunizar a execução de uma gestão efetiva, portanto importa mais o gerenciamento do que a própria extinção do conflito, que nem sempre é garantida de forma eficaz.

Em 2013 foi realizado um estudo pela Forbes (revista estadunidense de negócios e economia) na qual foi elencado as habilidades de pensamento crítico e de resolução de problemas como indispensáveis em qualquer organização. Nesse aspecto, esclarece-se que

qualquer que seja a realidade, sabe-se que sempre haverão conflitos, não importando se eles são pequenos ou grandes, mas o foco deverá ser na gestão construtiva e eficiente que se dará através da competência de identificação através do pensamento crítico e solução do conflito, tomando decisões assertivas.

Hodiernamente, as referidas habilidades são as mais requisitadas no campo de trabalho, tendo em vista a procura das organizações por pessoas comprometidas, que saibam se adaptar de acordo com as necessidades atuais e tenham resiliência, com a capacidade de se reinventar em meio a possíveis turbulências e dificuldades enfrentadas. O fundamento então para a resolução de problemas complexos está diretamente relacionado à capacidade de pensar criticamente e a mediação deve reavivar esses conceitos buscando uma comunicação e convivência harmônica, fazendo uso da cooperação entre as partes conflitantes e colaboração de toda a equipe de trabalho.

O ser humano é complexo e multidimensional, sujeito às influências de diversas variáveis e na mediação de conflitos o mediador deve saber lidar e incentivar as partes a discutir reconhecendo as diferenças de forma diplomática, identificando as características de cada indivíduo para melhor persuadir, incentivar e estimular suas atitudes.

No ambiente organizacional, as pessoas são fundamentais para que se consiga a excelência no atingimento dos objetivos, sendo assim, a empresa tem responsabilidade em entender e responder aos anseios de seus colaboradores. Então, a mediação também pode ser utilizada como ferramenta de gestão estratégica, para desenvolver o comprometimento do colaborador perante a empresa, fazendo com que ele tenha responsabilidade em sua função e a desenvolva com eficiência para que o resultado de suas ações seja a lucratividade da empresa.

O trabalho eficiente acontece quando os colaboradores conhecem a empresa no sentido de missão, visão e valores, assim eles estarão comprometidos e não apenas envolvidos, fazendo com que haja engajamento e valorização pela atividade que desempenham. Como consequência, a empresa não contará com “funcionários” mas sim com “parceiros” que se dedicarão ao melhor resultado que se almeja.

Com efeito, abstrai-se a reflexão que no ambiente de trabalho é necessário que esteja tudo alinhado, senão permeia-se a necessidade de um instrumento pacificado a essas relações laborais e levando em consideração uma Justiça sobrecarregada, muitos conflitos podem ser solucionados fora da esfera do judiciário e a mediação pode cumprir esse papel de dirimir conflitos de cunho trabalhista de menor complexidade, representando a mediação um exercício

da cidadania.

A Mediação, assim, trata-se de um direito fundamental pela possibilidade de gerar uma cultura de paz nas organizações, garantindo menos lesões aos direitos individuais e coletivos, conforme preconiza (Cantini1, 2010, p.72). Observa-se que a Mediação deve funcionar para resolução de situações conflitantes em relação a contratos individuais ou instrumentos de negociação coletiva, principalmente quando se trata de proteção dos direitos sociais indisponíveis, trazendo novos conceitos na prática do direito, uma vez que não tem caráter adversarial, mudando a cultura da sentença para uma cultura da pacificação.

Em suma, o ambiente organizacional mostra-se propício ao desenvolvimento da mediação e há a valorização de seus conceitos, uma vez que a organização deve ter o anseio por crescer, sabendo que para isso, é necessário contar com o apoio de seus colaboradores para superação dos entraves comunicacionais nas relações internas.

3.2.3 Possibilidade de utilização da mediação nas instituições de saúde

O setor da saúde é compreendido como um conjunto de valores, normas, ações e serviços de saúde, além de necessitar da criação de instituições e atores que executem atividades visando a promoção da saúde de indivíduos ou grupos, como o objetivo de controle e investigação de doenças, além de capacitação profissional para o devido atendimento de todas essas funções.

Deve-se acentuar que compõe-se à instituições de saúde, que trata-se de gestão da informação aplicada à saúde e aos cuidados dela, as áreas clínica, médica e hospitalar que prestam serviços de cura, tratamento, reabilitação e reintegração, além de contar com hospitais escolares e de pesquisa e investigação biomédica para a cura de doenças raras, aglutinando-se portando instituições públicas e privadas, da sociedade civil, de educação em saúde e de pesquisa em saúde, assim como entidades prestadoras de serviços de água e saneamento.

As noções de cuidados, saúde e tecnologia cresceram exponencialmente e o compartilhamento de conhecimentos em todas as áreas nem sempre são fecundas, necessitando ser melhor compreendido num espaço que requer muito zelo e cuidado por se tratar de um conceito frágil como é o caso da saúde.

O processo de mediação, visa acalantar as relações destruídas emocionalmente e algumas vezes materialmente, e as instituições médicas são locais onde há múltiplas condições de trato e relações construídas que dependem além dos conhecimentos técnicos, de recursos

tecnológicos e aspectos inter-relacionais que devem se empenhar ao máximo para uma construção comunicativa eficiente entre todos esses atores, que dependem de bom acompanhamento, sendo um meio legítimo de pacificação social.

Através do recurso da mediação é possível buscar construir ferramentas de coletas de informações e análise de dados, para assim mapear os riscos aos quais as instituições estão sujeitas, aplicando outros mecanismos preventivos como o *compliance*¹⁰ com a finalidade de ter respaldo à legislação já consolidada e respeito aos protocolos e diretrizes na área da saúde e para a criação de normas internas e códigos de conduta e ética, além das profissionais já existentes, de forma que os colaboradores da instituição tenham conhecimento sobre as regras que estão sujeitos e isso afetará diretamente na redução de número de processos da empresa.

Andrade (2007) enfatiza que as instituições de saúde necessitam especificamente de um trabalho coletivo, estando por isso susceptível a ocorrência de diversos conflitos e amparadas pela possibilidade de utilização do procedimento de mediação como forma de solucionar esses conflitos que ocorrem na saúde, aduzindo que os cuidados de saúde se relacionam diretamente com questões que transcendem as enfermidades físicas.

A mediação de conflitos aplicada nos hospitais, instituições de saúde e demais estabelecimentos de saúde podem reparar oscilações de poder, tensões individuais e em grupos, principalmente de problemas recorrentes, ou até mesmo evitar determinados problemas, reduzindo o risco de ocorrências escaladas de conflitos e os custos a ela associados.

Para o alcance de uma gestão construtiva na área hospitalar, deve ser observada a regulamentação dos mecanismos que se pretenda implantar e em tratando-se da mediação, há regras específicas desse procedimento, bem como regras disciplinadoras na área da saúde e levando-se em consideração as situações de riscos evidenciadas nesse ambiente, além de ter-se consciência que os ditames legais são bem longínquos da realidade prática, fazendo-se necessário a interpelação como meio de averiguar saídas estratégicas.

O ambiente hospitalar é repleto de fontes ensejadoras de situações conflituosas, conforme demonstrado anteriormente, podendo ocorrer a nível pessoal e organizacional, sendo, portanto, propício a prática da mediação de conflitos. Pode-se afirmar que a utilização da mediação em meio hospitalar, de forma geral, é desenvolvida a partir de diferentes perspectivas, incorporando métodos transdisciplinares dialógicos e tem sido potencialmente positiva,

¹⁰ O termo *compliance* refere-se a agir de acordo com uma regra, uma instrução interna e em conformidade com leis e regulamentos, observando as atividades desenvolvidas pela empresa, bem como seus regulamentos internos, principalmente aqueles inerentes ao seu controle interno, atenta aos riscos operacionais.

restaurando a confiança necessária entre as pessoas envolvidas nesse âmbito, por conferir um cunho mais amistoso à estas relações, onde o conflito se faz presente em todas especificidades da relação médico-paciente e afins.

Nas relações estabelecidas nas instituições hospitalares há uma grande carga emocional que evoca a necessidade de melhor tratamento a fim de evitar ou dirimir desavenças que possam surgir nesse percurso, como se percebe nas palavras de Moreira:

[...] porque a presença ou a possibilidade da enfermidade empresta-lhe características especiais, dificilmente encontráveis em outras situações interhumanas. O espectro do sofrimento, da invalidez e da morte colorem-na com ansiedade, temor e, não raro, pânico. Não há ocasião em que o homem se sinta tão radicalmente inseguro e atemorizado quanto durante a enfermidade, e é nessa situação que o médico aparece como único ser capaz de livrá-lo dessa condição desconfortável. (Moreira, 1979, p.20).

O espaço criado então entre os sujeitos envolvidos na relação necessita ser intermediado, pois muitas vezes são silenciados os anseios ou não compreendidos corretamente as informações e recomendações médicas, por exemplo, gerando impasses que podem transpor as barreiras de bons relacionamentos.

Six (2001) assevera que o ambiente hospitalar é notadamente um ambiente que gera ansiedade, medo, mesmo sem a ocorrência de uma enfermidade e muitas respostas não são corretamente absorvidas pelo paciente por estar acometido por sentimentos angustiantes e aflitivos que atrapalham a efetivação da comunicação estabelecida. Logo, a possibilidade de ter a mediação nesse lugar é um entendimento acertado, tendo em vista o incentivo para a exposição de motivos e interação entre pessoas, promovendo uma discussão harmônica.

Importante observar que nem sempre será o paciente que estará pleiteando uma intervenção para facilitar a comunicação. Profissionais de saúde sofrem por diversos motivos que dizem respeito ao próprio exercício de suas profissões ou por motivos pessoais que incidem nas suas relações de trabalho, estando assim a mediação apta para catalisar as partes a alcançarem um espaço de diálogo e melhorarem a qualidade de suas relações.

Corroborando esse entendimento, Sales e Andrade enfatizam que:

A mediação se apresenta pois como um instrumento de auxílio nesta prática da saúde, que prioriza o indivíduo e a qualidade das relações, estimulando e desenvolvendo nas pessoas a participação ativa, a consciência da realidade, a ponderação das dificuldades do outro e o respeito pelas diferenças. A mediação é capaz de incluir esses atores cada vez mais no meio em que estão inseridos, a partir de sua própria iniciativa, a fim de que percebam que são os responsáveis pela boa resolução de suas dificuldades e pela manutenção da qualidade de suas relações. (Sales; Andrade, 2013, p.11)

A mediação tem papel revitalizador, compreendendo os aspectos que assolam o conflito e o hospital é definido como ambiente ideal para essa interposição nas discórdias resultantes

das relações encontradas em atividades profissionais ou não, que necessitam de equilíbrio e sensibilidade, dando possibilidades de aprendizado para saber justificar suas escolhas e decisões perante o outro, atendendo às necessidades e respeito às particularidades sociais e culturais de cada indivíduo ou grupo.

Conhecendo os modelos de gestão de cada instituição de saúde pode-se aprimorar a constituição de melhores formas de comunicação, nesse ínterim destacam-se dois modelos de gestão, quais sejam: o vertical e o matricial. O modelo de gestão vertical se refere ao tipo tradicional de estrutura organizacional que adota uma organização hierárquica e autoritária com organograma fixo, já o modelo matricial se desenvolve com relações subordinadas a uma estrutura de matriz, ou seja, os trabalhadores estão afetos a uma subordinação dupla procurando garantir o bem-estar de todos.

Reforça-se que a mediação é um processo vocacionado para trabalhar conflitos onde exista interesse de manter, melhorar, não prejudicar ou iniciar relacionamentos ou relações, em que a negociação direta não deu certo, independentemente do grau de proximidade ou intimidade.

No entanto, como já explicado a mediação não será sempre o mecanismo ideal para todas as demandas que surgem no interior das instituições médicas, pois as que estão relacionadas com os serviços públicos, por exemplo, irão depender de uma análise minuciosa por corresponderem a direitos que deveriam ser garantido pelo Estado e, portanto, haverá limitações de ordem jurídica e administrativa.

Nesse compasso, a criação de um movimento pródesjudicialização, fazendo uso da mediação pode representar uma mudança comportamental de relações interpessoais no contexto institucional, trazendo amplos benefícios e aperfeiçoamento ao sistema de saúde, configurando-se na facilitação de diálogos, suprimindo falhas no sistema e apresentando resultados satisfatórios.

A mediação é capaz de incluir os atores da saúde cada vez mais no meio em que estão inseridos, a partir de sua própria iniciativa, a fim de que percebam que são os responsáveis pela boa resolução de suas dificuldades e pela manutenção da qualidade de suas relações. É neste sentido que se reafirma que o direito à saúde deixou de ser a mera prestação de assistência médica e de prescrição de medicamentos, exigindo-se dos envolvidos nas relações médico-hospitalares posturas ativas, solidárias, colaborativas e independentes.

Logo, podem ser citados como fatores para a implementação da mediação no setor da saúde, a dificuldade de administração de todo sistema de saúde, o que pode ser viabilizado com

gestões de conflitos existentes nessa seara, o fato do financiamento público ser insuficiente para abarcar todos os pedidos de demandas levadas a via judiciária, podendo a mediação contornar esses impasses por outros métodos, o controle social deficiente e a inexistência de uma cidadania ativa coletiva, dentre outros fatores.

Dessa forma, a mediação na área da saúde pode se dar por ofício ou ser provocada para solucionar as múltiplas tensões ocorridas nessa esfera, sendo considerada proposta reformadora, moderna, democrática, solidária e de necessidade evidente na construção do direito à saúde, de forma integral, universal, igualitária e humanizada

4 O PAPEL DA OUVIDORIA NAS EXPERIÊNCIAS DE APLICAÇÃO DA MEDIAÇÃO EM MEIO HOSPITALAR

Devido as dimensões geográficas brasileiras serem extremamente extensas, conforme assevera Cordeiro (2001), para a garantia do direito à saúde faz-se necessário a descentralização de políticas públicas para obtenção de maior eficácia das ações governamentais, contudo, ainda assim, a crise financeira que assola o momento atual em que vivemos demonstra que o repasse de recursos públicos ao SUS são insuficientes para cumprimento de toda demanda existente, o que acaba repercutindo num sistema de saúde defasado, implicando numa mudança de comportamento no setor sanitário que privilegia cada vez mais o modelo médico-assistencial-privatista e com ele surge novos dilemas e por isso se faz necessário reformas para melhorar a qualidade e satisfação dos usuários

Ademais, a avaliação das instituições, sejam elas de qualquer seara, constitui-se num mecanismo essencial na construção de políticas públicas, pela possibilidade de verificação dos erros cometidos e sua conseqüente correção de rumos, proporcionando mais qualidade nos serviços de saúde ofertados e a ouvidoria acaba se prestando a esse papel primordial de fortalecimento institucional.

Mezomo (1995) aduz que as instituições hospitalares apresentam uma burocracia profissional que necessita ser analisada, com base na rotina enfrentada, nas características pessoais de profissionais em seu entorno e pacientes socioculturalmente diversificados que tem anseios e problemas diferenciados, e dessa maneira, devem contar com um sistema que busque compreender a clientela, dando oportunidade de voz como forma de resolução dos seus conflitos.

Observa-se que durante muito tempo o serviço de ouvidoria foi um recurso pouco utilizado, tendo em vista o seu não incentivo ou não utilização correta das manifestações expostas junto às unidades de saúde, todavia essa realidade vem ganhando novos contornos, onde as instituições estão mais atentas na exploração dessa fonte de dados, podendo

conscientemente tomar medidas efetivas para solução de conflitos fazendo uso do mecanismo da mediação já demonstrado anteriormente como eficaz para relações continuadas conflituosas.

A vida cotidiana hospitalar apresenta uma gama de problemas que prejudicam e influenciam direta ou indiretamente a essencialidade do conceito de saúde que abrange o bem estar físico e mental do indivíduos, e de acordo com o Portal da Saúde (2013, p.1) a meta do Sistema Único de Saúde é tornar-se um importante mecanismo de promoção da equidade no atendimento das necessidades de saúde da população, ofertando serviços com qualidade adequadas às necessidades, independente do poder aquisitivo do cidadão. Senso assim, é necessário que todas as pessoas tenham acesso à saúde e ferramentas de gestão sejam utilizadas para garantir a qualidade dos serviços ofertados.

Acrescenta-se ainda que:

O SUS se propõe a promover a saúde, priorizando as ações preventivas, democratizando as informações relevantes para que a população conheça seus direitos e os riscos à sua saúde. O controle da ocorrência de doenças, seu aumento e propagação - Vigilância Epidemiológica são algumas das responsabilidades de atenção do SUS, assim como o controle da qualidade de remédios, de exames, de alimentos, higiene e adequação de instalações que atendem ao público, onde atua a Vigilância Sanitária (Portal da Saúde, 2013, p.1).

Entende-se dessa forma, que o SUS traz uma nova concepção de saúde, ampliada, tendo em vista que considera diversos fatores que, estão associados à saúde e qualidade de vida de seus usuários e por isso devem ser bem geridas. Vale lembrar as palavras de Vasconcelos e Pasche (2006) ao dizerem que o SUS não se resume a um sistema de prestação de serviços assistenciais, mas é considerado um sistema complexo com responsabilidade de articular e coordenar ações promocionais e de prevenção. O SUS possui ainda fundamentos legais explicitados no texto da Constituição Federal de 1988 e é também responsável pela oferta do conjunto de atenção à saúde que reúne, além de ações promocionais, ações preventivas e assistenciais que precisam estar em consonância com os objetivos e metas das instituições hospitalares que abrange também o sistema suplementar de saúde.

Como assevera Mezomo (1995, p. 17):

Os serviços de saúde, tanto individuais quanto comunitários, são planejados e prestados de formas muito variadas, englobando desde complexas organizações, como universidades e centros médicos até pequenas organizações operadas por poucos profissionais. Por isso a complexidade da tarefa administrativa está relacionada com o tamanho da organização e com sua missão.

A partir dessas observações devido a complexidade organizacional, há necessidade de um mecanismo que garanta a harmonização do ambiente para aplicar corretamente as habilidades técnicas e administrativas de profissionais e a observação dessa prática *in loco* nos

remete a maior confiabilidade dos mecanismos em discussão, estando em pauta a ouvidoria e a mediação. (Trevizan; Mendes, 1978).

Campos consubstancia, alertando que:

[...] a cultura administrativa do hospital é, portanto, muito peculiar. [...] há um razoável grau de autonomia do corpo clínico e mais recentemente, mesmo de outros profissionais com formação universitária. Em decorrência, pode-se afirmar que na maioria dos hospitais públicos e privados os processos de gestão e de planejamento são ainda muito primitivos, predominando um estilo de administração voltado para o atendimento daquela parcela da demanda que interesse ao corpo clínico ou as direções, selecionada centralmente segundo critérios de retorno financeiro para as instituições [...] historicamente há uma ligação umbilical entre prática clínica curativa e mercado (Campos, 1997, p. 88-89).

Logo, destaca-se a importância dos processos de gestão e planejamento, tanto dos hospitais públicos como privados e a intervenção do mecanismo da ouvidoria, utilizando técnicas de mediação, corrobora a ideia de que essa estratégia é uma forma de praticar a cidadania e consolidar espaços institucionais de participação, fortalecendo a democracia.

Será tratado, portanto, a relação da administração dos conflitos nas instituições hospitalares no âmbito extrajudicial, destacando as ouvidorias como forma de mediar os casos para a melhoria dos procedimentos utilizados nesses espaços de saúde.

4.1 Mediação e ouvidoria: diálogo eficaz

Para que o conflito possa ser bem gerido, deve se fazer uso de técnicas de comunicação eficientes que conduzam de forma transparente e harmônica as partes que estão em fase de desentendimento, principalmente quando se trata de vida cotidiana das organizações onde predominam paradoxos dos discursos e das linguagens, conforme preceitua Lewis (1992).

Shein pondera a importância e os frutos trazidos pela boa comunicação, tendo em vista as funções que constituem uma organização:

[...] as várias funções que constituem uma organização são sempre permeadas pela interação de pessoas, de forma que a organização nunca pode escapar dos procedimentos humanos nela existentes. Enquanto as organizações forem como redes, formadas por pessoas, haverá procedimentos humanos entre elas. Por isso é óbvio que, quanto melhor esses procedimentos são diagnosticados e compreendidos, maiores são as oportunidades de se encontrar soluções para os problemas técnicos, que serão aplicadas pelos membros da organização (Shein, 1982, p. 9).

Nessa realidade organizacional, os atores sociais devem buscar alternativas e soluções para as situações, analisar as relações entre interesses, conflitos e poder, pois há nuances previsíveis e imprevisíveis com paradigmas culturais que precisam receber o correto diagnóstico e seu devido tratamento.

A mediação tem o condão de oportunizar múltiplas habilidades no supracitado quesito e o ouvidor diante de situações emergentes e principalmente recorrentes, precisa de um mecanismo de credibilidade que garanta a solução eficaz, extraindo o máximo de proveito para ambas as partes, fortalecendo a pacificação da instituição.

A ouvidoria como relatado, amplia a cidadania como instrumento de gestão para busca da excelência dos serviços das organizações e vem se fortalecendo desde a constituição de 1988, que incrementou a participação democrática do cidadão enquanto consumidor de variados tipos de serviços, tanto públicos, quanto privados. Deve-se ressaltar que a utilização da ouvidoria permite o exercício da crítica, e esta deve ser bem-vinda pois amadurece os indivíduos e suas respectivas relações e propõe um modelo mais próximo e transparente de relacionamento condizente com o tratamento correto do conflito que é considerado inevitável, mas o dever de sua boa administração deve prevalecer para que se tenha êxito em sua resolução.

Sendo assim, pode-se preceituar que as ouvidorias são agentes potencializadores da mediação se forem bem executados e utilizarem os recursos corretos para aplicação das medidas cabíveis, servindo de local de escuta ativa e defesa dos direitos dos cidadãos, atuando na intermediação das relações estabelecidas nas organizações onde são implementadas e atualmente são diversas as formas de manifestação para que se possa fazer uso desse mecanismo, podendo ser citadas as cartas, telefone, e-mails ou recursos semelhantes que fiquem disponíveis aos usuários dos serviços da instituição.

O ouvidor, atuando como mediador, poderá intervir numa situação difícil, procurando o restabelecimento da comunicação da relação, valorizando os indivíduos envolvidos, possibilitando um diálogo franco e pacífico, o qual objetiva encontrar um consenso entre as partes, servindo-se de poderoso instrumento para a transformação institucional, já que permite que o hospital ou instituição de saúde possibilite uma oportunidade de reflexão através das informações colhidas nos mecanismos de ouvidoria e caso necessário faça os devidos ajustes e alteração da sua cultura organizacional.

A mediação, nesse contexto, é viável, quando a insatisfação do cidadão/paciente demanda ao sistema adotado pela organização seu descontentamento diante de alguma situação ocorrida no entorno da instituição hospitalar, e esta como detentora dessa informação deverá dar tratamento adequado, esclarecendo os direitos e deveres do usuário, bem como deve tentar superar as dificuldades enfrentadas. Assim a ouvidoria media as relações entre as pessoas que tiveram ou tem envolvimento com as organizações, favorecendo as positivas

mudanças porque atrai opiniões acerca dos seus serviços podendo surgir avaliações e sugestões pertinentes a serem desenvolvidas, contribuindo para a melhoria contínua institucional.

A Ouvidoria, deste modo, se configura como um espaço propício para o restabelecimento do diálogo, transmitindo um formato mais igualitário de relações sociais, tornando-se possível a reconfiguração de uma dimensão ética da vida social, criando uma sintonia com as demandas da sociedade (Dagnino, 2004).

O ouvidor, no âmbito interno, é legítimo para representar os interesses dos indivíduos que o procuram e que estejam em dissonância com a organização em que está instalada. Sendo assim, a ouvidoria e a mediação caminham juntas nas propostas e objetivos de manutenção da interlocução entre os cidadãos e instituição, com o fim precípuo de produzir um diálogo efetivo e harmônico e para tanto o ouvidor deve se apropriar das ferramentas de comunicação utilizadas no mecanismo de mediação, agindo como facilitador do diálogo, conduzindo as partes para o melhor desfecho possível.

Dessa maneira, a ouvidoria não irá trabalhar apreciando somente o mérito do caso, mas deverá descobrir os interesses divergentes e convergentes para que as partes encontrem as melhores saídas. Assim, o ouvidor enquanto mediador deve ter um perfil coerente com sua função a fim de que possa desempenhar a contento o seu papel como administrador dos casos conflitantes da instituição.

Sobre a instituição das ouvidorias, Sales, acentua:

É cada vez mais frequente a instalação de ouvidorias em órgãos públicos, assim como é crescente, também, o surgimento da figura do *Ombudsman* em empresas privadas, no intuito de estreitar as relações que se estabelecem entre quem presta o serviço e aquele que o requisita, de tal forma que a figura do Ouvidor tem contribuído sobremaneira para minorar os níveis de insatisfação dos usuários (Sales, 2006, p.156).

Nesse contexto, pode-se perceber alguns tipos de ouvidores, podendo ser citado o ouvidor Educador, o Estatístico e o ouvidor Informativo, entre outros que devem receber capacitação específica para assumir essa função, contribuindo para a consolidação da mediação (Barreiro et al, 2011).

Destaca-se que em relação aos tipos de ouvidores mencionados, deve-se prevalecer a atuação do ouvidor educador, devendo ser estabelecido o contato com os usuários o mais humano possível, acolhendo-os de forma cautelosa e empática, respeitando à dignidade e à autonomia do cidadão e rejeitando todos os tipos de preconceito e discriminação, contemplando, assim, alguns pilares da educação, já que é um exercício diário a sensibilização

da escuta passando, imparcialidade, confidencialidade e integridade indo ao encontro do papel transformador dos mediados através desse processo.

Edson Vismona, presidente da Associação Brasileira de Ouvidores (ABO), aborda acerca dos atributos que o ouvidor deve possuir, elencando a ética, imparcialidade, confiabilidade, autonomia e atitudes propositivas. Ademais, o ouvidor deve garantir o zelo e bom trato com o público, pois deve se estabelecer um elo de confiança e colaboração com as pessoas que recorrem à ouvidoria, que muitas vezes se sentem desmotivadas, negligenciadas, enganadas ou com outro sentimento semelhante que desgastou sua relação com a instituição. Deve ainda ter conhecimento dos serviços da organização e ter equilíbrio emocional para lidar com os mais variados tipos de situações que possam surgir, ser rápido, pois uma das grandes vantagens da utilização desse mecanismo baseia-se na celeridade do contorno das problemáticas vivenciadas com a consequente solução eficaz e como está lidando com clientes, deve saber satisfazê-los, já que a alma de todo negócio, ainda que do ramo público é proporcionar satisfação aos seus clientes, mesmo em se tratando de uma instituição hospitalar que requer cuidados específicos no trato com o paciente.

Sendo assim, as ouvidorias não devem medir esforços para somar com a equipe da instituição diante de grandes demandas reclamatórias, para difundir os bons préstimos da instituição, na eficiência e qualidade dos seus serviços sedimentando a paz e a cidadania não só internamente, mas para toda a sociedade.

Ressalta-se que a Lei de Acesso à Informação, Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, que tem como principal objetivo a transparência pública e o combate à corrupção viabiliza a democracia, garantindo o direito ao acesso à informação, estimulando a relação entre governo e cidadão, e tem-se através da Lei nº 13.460, de 26 de junho de 2017, também chamada de Lei de Proteção e Defesa dos Usuários de Serviços Públicos, um dos principais complementos à Lei de Acesso à informação, cujo objetivo daquela é estabelecer normas básicas para participação, proteção e defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos prestados direta ou indiretamente pela administração pública. Assim, o Estado deve prover de forma clara e tempestiva às demandas da sociedade, e a ouvidoria pode se estabelecer como um canal de acesso para manifestações da população e todas as esferas públicas devem adotá-lo, emitindo relatórios de gestão, apontando falhas e sugerindo melhorias, encaminhando ao usuário uma decisão administrativa e nesse percurso pode-se fazer uso do mecanismo da mediação.

No caso da saúde suplementar, a instituição das ouvidorias tornou-se obrigatória, pela ANS, através da Resolução Normativa nº 232/2013, onde dispôs sobre a instituição de unidade organizacional específica pelas operadoras de planos privados de assistência a saúde, após a identificação de que a maioria das demandas ocorriam por falta de comunicação entre as operadoras e os clientes, e estavam sendo absorvidas pelos órgãos de defesa do consumidor, quando a responsabilidade era das operadoras. Portanto, as ouvidorias no âmbito público e privado da saúde, ocorreram em tempos próximos revelando a importância da participação dos usuários nas manifestações dos serviços prestados nessa seara.

Outrossim, a atuação das ouvidorias pode servir de aparato para correção de processo e prevenção de futuros problemas que as instituições hospitalares e operadoras de saúde possam ter, além de enaltecer o papel da ouvidoria como agente promotor de mudanças.

No tocante ao alinhamento da figura do ouvidor e do mediador, é elucidativo frisar que ambos trabalham com perfil de bom ouvinte e devem ser requisitados para desenvolver seus préstimos e na observação dos reais sentimentos, desenvolvendo técnicas que permitam a dissolução do conflito de forma eficaz. Desse modo, são papéis relevantes que podem se unir com o propósito de sanar problemáticas, satisfazendo os interesses das instituições de saúde e seus usuários e por isso esses dois institutos podem ser considerados ferramentas essenciais no relacionamento de clientes e organização, incentivando o diálogo e conseqüentemente o exercício da cidadania.

Assim como o mediador, o ouvidor deve agir com ética e interagir com o usuário de forma transparente, mediando conflitos das mais diversas naturezas, sendo discreto, mantendo sigilo das informações e fatos, sendo equânime perante às partes, estreitando as relações entre o cidadão usuário de um serviço de saúde seja ele público ou privado. Na ouvidoria e na mediação, o problema é visto como uma oportunidade de melhoria e a ouvidoria deve atuar como um canal de qualidade do serviço prestado, trabalhando a comunicação entre as partes, zelando para que ambas compreendam as razões e motivos uma das outras e, como é na conciliação, sugerir uma proposta que funcione para ambos, auxiliando na busca de soluções (Sales, 2006).

O ouvidor deve averiguar o tipo de manifestação acolhida para melhor ajudar, já que pode se apresentar em forma de um elogio, sugestão, denúncia, queixa, dentre outros, passando-se a desenvolver as próximas medidas a fim de se resolver a demanda, seja passando a informação para o setor responsável, gerindo assim as informações analisadas. Na mediação pura a dinâmica inicial desenvolve-se de forma diferente visto que há substancialmente o

embate entre partes, o que nem sempre ocorre nas ocorrências registradas na ouvidoria, mas de toda forma o mediador deve atentar-se para avaliar se o caso em concreto se adequa a metodologia da mediação. O ouvidor captando as informações e fazendo o filtro, leva-as a alta direção que se utiliza de técnicas de comunicação, semelhantes a da mediação para conseguir uma decisão que resguarde os direitos do cliente e preserve a empresa, principalmente quando se trata de resguardar a vida, a saúde.

Sendo assim, as demandas dos usuários à ouvidoria tornam-se fontes de dados, por meio da identificação de problemas apontados, que por conseguinte, podem ser utilizadas, como base para o planejamento estratégico da assistência à saúde reconhecendo-se como ferramenta de mediação para a reconstrução e reorganização com o intuito da promoção da qualidade dos serviços oferecidos, considerando as inúmeras dificuldades encontradas no campo profissional dessa seara. A oportunidade de melhorar a capacitação do capital humano através da análise das demandas é outro ponto primordial que se insere a importância da ouvidoria nos espaços de saúde.

A ouvidoria hospitalar se traduz também num facilitador de acompanhamento das ações e metas de saúde prestando informações precisas, seguras e confiáveis acreditando na possibilidade de melhora dos serviços através do uso dessa ferramenta.

Logo, percebe-se que os dois institutos, mediação e ouvidoria tem escopos análogos servindo-se de instrumentos de acesso à cidadania ao criar condições favoráveis para sanarem o conflito e o âmbito sanitário no entorno hospitalar é um ambiente propício a essa prática, tendo em vista as variáveis formas de relacionamento existentes com diferentes personagens que se entrelaçam e os princípios norteadores da ouvidoria são bem semelhantes aos utilizados na mediação, o que garante mais proximidade nas técnicas e procedimentos a serem utilizados e ambas se conectam em instrumento apaziguador e de mudança comportamental.

O ouvidor assume protagonismo cada vez maior no apoio às atividades institucionais, reconhecidamente como interlocutores legítimos com foco na busca de soluções efetivas pois é imperioso compreender que as relações interpessoais são pautadas por pessoas que não querem muitas vezes sair de sua zona de conforto, não admitindo processos de mudanças, isso vale principalmente para organizações arcaicas, com prevalência de excesso de poderes por parte de alguns profissionais, pontuados por melindres e outras características impeditivas no avanço de uma boa comunicação.

O diálogo estabelecido no canal da ouvidoria é uma espécie de convite para que os cidadãos consigam dentro das percepções próprias da natureza humana, se afastar de suas inclinações, individualismo e carências pessoais, reconheçam as suas virtudes e a do outro participante nesse processo e assim pacifiquem seus conflitos, fugindo da caótica cultura do litígio.

O mediador equiparado ao ouvidor tem o mister de aliviar as pressões dos demandantes, fazendo com que eles compreendam as reais circunstâncias do problema, para que, dessa maneira, consiga racionalmente analisar as condições e alternativas de saídas para o caso (Cachapuz, 2006). O mediador/ouvidor se posiciona de modo assertivo evidenciando os usuários como atores sociais e independentes.

Sobre a atuação do ouvidor, Cardoso discorre que este deve:

[...] ter a competência interpessoal de saber ouvir e comunicar-se com presteza e fidedignidade, ter a capacidade empática, isto é, colocar-se no lugar do outro — no caso do cidadão ou cliente que reclama e no da empresa também —, ser mediador com habilidades no processo de negociação, tendo em vista que a mediação é um processo de resolução de conflito existente ou latente, por meio da composição dos interesses das partes, conseguida pelas próprias partes com o auxílio de um terceiro imparcial (Cardoso, 2005, p. 37).

Em que pese alguma descrença, é visível que as ouvidorias vêm ganhando espaço e se transformando em instrumento inovador de gestão remediando casos muitas vezes complexos e prevenindo outros com o desenvolvimento por parte do ouvidor de determinadas aptidões necessárias fazendo uso de todas as habilidades de um bom mediador, já que as ouvidorias nesse sentido, incorporaram a mediação.

Reconhece-se que cada indivíduo tem exigências internas e expectativas diferenciadas mesmo que atreladas às condições de saúde que adotam um preceito universal, mas ao mesmo tempo a concepção de bem-estar demanda um aspecto subjetivo que pode vir ameaçar a paz nas relações hospitalares. Nesse cenário de aglutinação de ideais, a ouvidoria tem o condão de promover a qualificação do interesse individualizado e esse é um dos motivos pelo qual se encaixa perfeitamente a mediação, pois ela buscará a raiz do problema, do sentimento afligido, podendo assim resolver não de forma superficial, mas de forma contundente o motivo determinante para tal desavença. Ademais, a reclamação transcende o emissor e o destinatário, por isso serve-se como espaço de mediação.

Dentre as características visíveis que assemelham o ouvidor ao mediador, segundo assevera Barreiro et al, destacam-se:

A capacidade de realizar — oitivas a partir da escuta isenta e completa; comprometimento com a transformação da realidade; reconhecimento do outro

enquanto sujeito de direitos e de deveres; e, por fim, perspicácia interpretativa para compreender as intenções e para lidar com a sensibilidade dos envolvidos, sejam esses indivíduos, grupos internos e/ou externos. Mas, também, ele deve saber atuar de forma pedagógica, conscientizando o próprio cidadão-manifestante, passível de interiorizar novos valores e operar a transmissão de determinadas formas de relacionamento e de estruturas sociais (Barreiro et al, 2011, p. 68).

Logo, o processo de mediação ainda que seja regulamentado por lei diversa à da ouvidoria, apresenta regras norteadoras e vantagens para seu uso nas ouvidorias, mantendo o bom relacionamento da instituição com o público, construindo uma sociedade equânime, baseada na cultura do diálogo e eliminação da cultura do litígio, desjudicializando o sistema, concedendo a tutela de resolução às próprias partes que tem autonomia para a construção de seus consensos, com condutas respaldadas no bom senso de um cidadão consciente de seus próprios atos, sabendo das consequências que suas decisões podem levar e permite que antagonismo seja substituído pelo espírito de solidariedade, soando como um avanço do processo democrático e maturidade individual partindo-se do pressuposto da resolução ganha-ganha.

Salgado (2013) sublinha o importante papel do ouvidor no tocante ao seguimento dos pleitos recebidos dos usuários às unidades e sua consequente supervisão das diligências para a atuação precisa da gestão dos prazos de resposta e resolução para dirimir as controvérsias em tempo hábil e, assim, as partes possam ficar satisfeitas e em caso contrário, cobre aos responsáveis a resposta para o litígio em tela.

Ressalta-se que não há norma delimitadora sobre a utilização da técnica da mediação em sede de ouvidoria, contudo esses recursos são utilizados a contento e em síntese, permite um olhar mais próximo para os usuários da instituição, aprimorando o controle e gestão dos conflitos, servindo-se de estratégia primordial o exercício da mediação nas relações internas da organização, e com o público externo, auxiliando tanto na atuação incidental quanto preventiva, gerando economia e resgatando a cidadania nessa resolução colaborativa.

4.2 Ouvidoria do Sistema Único de Saúde

Observa-se que com o advento do século XXI testemunha-se uma intensa transformação referente à administração pública, especificamente também nas organizações de saúde, devido a globalização e ao progresso dos países desenvolvidos ou em desenvolvimento, até mesmo com a mudança de perspectiva conceitual do termo saúde. Assim, foram se desenvolvendo métodos para melhorar a eficiência dessas organizações públicas, tais como serviços públicos orientados para o cidadão, ênfase para qualidade de vida e de serviços,

introdução de medidas de desempenho, entre outras. Essas ideias voltadas para o público em geral, se tornou um conceito conhecido como a nova administração pública, aplicada em todos os lugares ao redor do mundo.

Com a expansão das atividades industriais, inovações tecnológicas e o crescimento do número e tamanho das organizações, alguns autores discutem o entendimento da necessidade de desenvolvimento de uma nova administração geral, reconhecendo-se que a administração é o processo de trabalhar com e através de outras pessoas para alcançar objetivos organizacionais pelo uso eficiente de recursos limitados em um ambiente mutável (Chiavenato, 2004).

Diante do exposto, convém mencionar que por causa deste ambiente hospitalar mutável é necessário estar preparado para uma análise que procura enfatizar a interação entre componentes organizacionais depois que as mudanças são implementadas. Levando em consideração que essas organizações, sejam elas de qualquer esfera, exacerbaram um tremendo esforço no sentido de se tornarem mais adequadas, elas excluíram do seu dia a dia um ambiente estável e controlável e passaram a trabalhar em mercados de mutação, cujo o ambiente se apresenta imprevisível, incerto e incontrolável, comprovando assim que as organizações se converteram a serem mais ágeis, buscando atender as exigências do mercado em relação às mudanças, mas, inúmeras vezes, prejudicando substancialmente a universalidade da saúde.

As organizações estão se tornando proativas e passam a sobreviver com os desafios de ordem financeira também, abordando a habilidade de prever mudanças, conseguindo ser mais flexível, sensível, e tornando importante a tomada de decisões com mais rapidez. Nesse sentido, muito se discute sobre os mecanismos de aperfeiçoamento para os serviços de saúde, destacando-se que a partir de 1995, com a reformulação do artigo 37 da Constituição Federal de 1988, por meio da Emenda Constitucional nº 19 de 04 de junho de 1998, foi incluída a eficiência como princípio da administração pública, verificando-se que essa alteração representou uma opção por planos ou projetos governamentais mais focados em resultados e na valorização da participação do usuário dos serviços públicos no que tange ao controle e fiscalização das políticas e na concepção de ouvidorias no Brasil.

Quando se fala em eficiência, desponta-se os ideais de facilidade e qualidade. Portanto, a busca do agente público para um bom atendimento, deve basear-se na visão por um resultado melhor referente à administração. É indiscutível a importância do acesso da população a todos os seus direitos e serviços, entretanto, nem sempre as informações e formas de resolução de problemas estão disponíveis a quem tem real interesse e nesse ínterim a ouvidoria torna-se um componente certo para a devida efetivação.

O exercício da participação ativa dos cidadãos no controle social da gestão pública veio desde a constituição de 88 e se solidificou com a instituição das ouvidorias públicas e com a criação da Lei de Acesso à Informação - LAI, no ano de 2011. Sancionada pela Presidente Dilma Rousseff a Lei de Acesso à informação nº 12.527 mostrou a necessidade do desenvolvimento de regras para o acesso às informações, fazendo com que a sociedade e o governo se adequem a essas regras, despontando como uma conquista na luta contra a corrupção e na obrigatoriedade de transparência das ações públicas, tendo estreita relação com as ouvidorias, pois estas desempenham um papel importante na promoção do acesso à informação, já que os pedidos de informação chegam através delas.

Mesmo com a criação e regulamentação da LAI, alguns pontos devem ser levados em consideração e analisados, isso conforme também aduz o autor Gonzáles de Gómez:

(...) a democratização e a socialização da informação não consistem só no acesso amplo da cidadania às informações socialmente significativas. Consiste muito mais na criação e na implementação de procedimentos para ampliar a participação das comunidades na meta-modelização das ações e das infra-estruturas de informação. (Gonzáles de Gómez, 1999, p. 67-93)

É preciso a conscientização sobre a participação ativa dos cidadãos nas tomadas de decisões do governo e na formulação de políticas públicas. Conforme o autor Dahl (2001, p. 110) ressalta, afirmando que: “cidadãos silenciosos podem ser perfeitos para um governante autoritário, mas seriam desastrosos para uma democracia”, ou seja, é preciso participar das ações do governo, entender de fato o que se passa na Administração Pública e desta forma aproximar cada vez mais o cidadão dos atos governamentais.

A Lei de Acesso à Informação, portanto, tem o intuito de desabrochar uma sociedade informada e melhor, com seus direitos mais resguardados, com gestões públicas mais nítidas e eficazes, pressagiando em uma sociedade mais sábia de seus direitos, colaborando, para a solidificação da democracia, evitando ou colaborando na denúncia de atos de corrupção.

A solução dos conflitos no contexto das instituições públicas pode ocorrer de três formas distintas, sendo elas a resolução negociada, a facilitada e através do mecanismo de mediação. O Decreto nº 7.724/12, que regulamenta a Lei de Acesso à Informação, definiu que a Controladoria-Geral da União - CGU ordene ao órgão detentor das informações requeridas pelo cidadão que efetue os devidos informes, seria a resolução negociada, proporcionando maior proximidade entre Estado e cidadão e garantindo assim a efetiva entrega da informação.

Contudo, deve-se salientar que nem sempre a busca do cidadão é apenas por informações, de forma que o referido procedimento acima explicitado não será suficiente,

havendo a possibilidade de recorrer a resolução facilitada, se tratando de uma forma de solucionar situações onde se percebe que a decisão provável do recurso será o chamado Desprovemento, em que chama-se o cidadão interessado para que seja estabelecida uma resolução plausível.

E por fim, na mediação, as partes são colocadas diante um do outro, para os devidos esclarecimentos e para buscarem um desenlace sincronizado, auxiliado por um servidor, possibilitando um adequado tratamento aos conflitos, assegurando-se oportunidade de melhoria institucional a fim de superar as dificuldades iniciais.

Deve-se destacar que intermediar não significa mediar, pois o primeiro termo denota a substituição da parte, ao passo que na mediação o processo é realizado com ampla participação das partes. Dessa forma, a proposta da ouvidoria se volta inicialmente para a promoção da intermediação entre usuário e instituição pública ou privada e para a resolução poderá ser utilizado mecanismo da mediação.

Riche (2014) considera a ouvidoria como um remédio constitucional, enfatizando que trata-se de:

um instrumento da democracia direta, caracterizado pela unipessoalidade, que favorece a adoção de soluções coletivas e difusas, a partir de demandas individuais; sua existência estimula o cidadão a abandonar a atitude de resignação e apatia, face ao desempenho insatisfatório da instituição pública, tornando-o, assim, protagonista da mudança (Riche, 2014, p.118).

Como visto as ouvidorias permitem uma aproximação do público com determinada organização e podem ser de diversas modalidades. Segundo dados de recente pesquisa realizada, restou comprovado que 73% dos cidadãos que interagiram com as Ouvidorias tiveram solução dos temas reclamados¹¹ (Associação Brasileira de Ouvidores, 2018), o que traduz num grande passo para evolução de uma gestão participativa. E quando se trata da ouvidoria de saúde no âmbito público ela apresenta a peculiaridade de garantir o acesso a um direito fundamental da saúde e há de se ressaltar que diversas delas exercem a função de mediação.

A Resolução nº 103/2010 do Conselho Nacional de Justiça – CNJ apresenta as Ouvidorias Públicas como canal para o recebimento de denúncias, reclamações e sugestões realizadas pelo cidadão, todavia deve-se refletir que o atual cenário em nosso país revela altos índices de demandas que incentivam a investigação correta dos motivos de norteiam esses

¹¹ Dado extraído do site: Ouvidorias têm cumprido seu papel, 2018. Disponível em: <http://www.abonacional.org.br/artigo/116>.

pleitos, não se servindo apenas como uma ouvidoria tradicional passiva que é somente canal de escuta, mas sobretudo se viabilize como uma ouvidoria ativa, representada conforme dados apresentados no IV Fórum Nacional de Ouvidorias da Saúde como:

aquela capaz de envolver ações estratégicas além das tradicionais, com perfil proativo e preventivo, que interage com o cidadão no intercâmbio de conhecimentos, como disseminadora de informações, indutora de parcerias, fornecendo subsídios para melhoria da gestão (Brasil, 2014, p. 13 e 14).

Logo, o acompanhamento das demandas e utilização de estratégias específicas permitem o incentivo da participação do cidadão para que se promova melhoramentos necessários na instituição, capacitando todos os atores desse processo.

No que concerne à lei que contemple às Ouvidorias do SUS, esta tem sua referência disposta na Constituição Cidadã de 1988 que prevê:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I. descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II. atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III. participação da comunidade (Brasil, Constituição Federal, 1988).

Portanto, é imperioso o incentivo da participação dos cidadãos nas práticas governamentais, principalmente quando se refere a direitos fundamentais como é o caso da saúde que não pode ficar a mercê da arbitrariedade dos gestores públicos.

Posteriormente adveio a Portaria/GMMS nº 2.416 de 7 de novembro de 2014 disciplinando as diretrizes para a organização e funcionamento dos serviços de ouvidoria do Sistema Único de Saúde (SUS) e suas atribuições.

Acerca do papel da ouvidoria do SUS, esta se encarrega em realizar o mecanismo de mediação entre o usuário dos serviços públicos e o ente governamental. O Ministério da Saúde enfatiza que através da mediação, o ouvidor, investiga as demandas compreendendo os anseios e dificuldades pautadas na relação dos Órgãos com os usuários do SUS, para que destine corretamente os problemas apresentados para uma solução eficaz.

Depreende-se que as ouvidorias do SUS funcionam como canais democráticos de fomento à participação da sociedade, empenhando-se através do uso da mediação, soluções extrajudiciais para as controvérsias apresentadas, incorporando a lógica da pacificação social na Administração Pública (Pinto; Lyra, 2009).

A ouvidoria no sistema público pressupõe que esta vai além de ser apenas um canal de comunicação, mas sobretudo se traduz como um autêntico instrumento da democracia participativa, e a cartilha da Ouvidoria Geral da União determina que:

Ouvidoria pública deve ser compreendida como uma instituição que auxilia o cidadão em suas relações com o Estado. Deve atuar no processo de interlocução entre o cidadão e a Administração Pública, de modo que as manifestações decorrentes do exercício da cidadania provoquem contínua melhoria dos serviços públicos prestados. (Brasil, 2012, p. 7).

A Ouvidoria-Geral do Sistema Único de Saúde - OUVSUS criada em 2003, é o setor incumbido pela recepção das reclamações, sugestões, elogios e demais manifestações dos cidadãos em relação aos serviços e atendimentos prestados pelo SUS, compõe a Diretoria de Integridade (DINTEG) do Ministério da Saúde (MS) e busca garantir e ampliar o acesso do cidadão na efetivação de seus direitos, atuando enquanto ferramenta de gestão e instrumento de fortalecimento do controle social.

A Lei nº 13.460, de 26/06/17, trouxe um grande avanço com a determinação de que os usuários dos serviços públicos devem ter meios de participar da Administração Pública, devendo ser aplicada à Administração Pública direta e indireta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e, subsidiariamente, aos serviços públicos prestados por particular. A lei ainda disciplina as formas de manifestação da ouvidoria, através da chamada OUVISUS que dispõe de variados canais, tais como cartas, Disque Saúde 136, realizado via contato telefônico, e as outras alternativas de comunicação pela internet, podendo ser realizadas via e-mail ou whatsapp a depender do ente, além do atendimento presencial.

É importante enfatizar que através desses relatos seja de insatisfação ou obtenção de instrução, informação ou registro de elogio firma-se o compromisso dos gestores do SUS, nas três esferas de governo, para o devido acompanhamento, de avaliação e de controle das políticas públicas de saúde.

O Ministério da Saúde (MS) através da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (ParticipaSUS) propõe a qualificação do SUS e a implantação das ouvidorias constitui uma estratégia eficaz para uma gestão de participação da comunidade de forma efetiva, seguindo os princípios e diretrizes do SUS, salientando que essa demanda deve-se integrar com todos os poderes e Ministério Público, a fim de que se alcance bons resultados de satisfação popular através dessa ferramenta de controle social.

O Sistema Informatizado OuvidorSUS, regulamentado pela Portaria nº 8, de 25 de maio de 2007, deve ser implantado a nível federal, por todos os estados e municípios da

Federação e o ouvidor está vinculado ao Poder Executivo desempenhando papel de mediador entre o serviço público de saúde e os usuários, legitimando a descentralização dos serviços e ações de saúde, com vistas a responder às diferenças regionais, trazendo maior humanização do contato com os usuários do SUS, tornando-se assim, um canal de articulação entre o cidadão e a gestão pública da saúde com o objetivo de assegurar direitos.

Isto posto, a Ouvidoria vem se tornando um instrumento imprescindível para o aprimoramento e elevando os níveis de qualidade dos serviços públicos de saúde com o processo de boas práticas no acolhimento e na escuta da voz do cidadão, incrementando a participação cidadã de forma ética, consistente e qualificada.

No que se refere às Conferências Nacionais de Saúde, estas contribuíram para a consolidação das ouvidorias do Sistema Único de Saúde e o Decreto nº 4.726 de 2003 que aprovou a criação do Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS (DOGES), na Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEP/MS, ficando sob a responsabilidade do DOGES, dentre outros atributos o de:

propor, coordenar e implementar a Política Nacional de Ouvidoria em Saúde, no âmbito do SUS, buscando integrar e estimular práticas que ampliem o acesso dos usuários ao processo de avaliação do SUS; estimular e apoiar a criação de estruturas descentralizadas de Ouvidoria da Saúde; implementar políticas de estímulo à participação de usuários e entidades da sociedade no processo de avaliação dos serviços prestados pelo SUS; analisar sugestões emanadas da sociedade civil por intermédio de suas organizações, com vistas à ampliação do acesso e à melhoria dos serviços de saúde e promover a discussão com os outros órgãos do Ministério; estimular a realização permanente de fóruns de usuários do SUS; promover ações para assegurar a preservação dos aspectos éticos, de privacidade e confidencialidade em todas as etapas do processamento das reclamações ou informações decorrentes; propor medidas visando assegurar o acesso do cidadão às informações individuais existentes nos órgãos de saúde; recomendar a correção de problemas identificados mediante reclamações enviadas diretamente ao Ministério contra atos e omissões ilegais ou indevidas no âmbito da saúde; e recomendar a revogação ou correção de atos que não atendam aos objetivos e normas constantes da legislação vigente na área da saúde (Brasil, 2003).

Afirma-se, no entanto, que à ouvidoria do SUS não pode desprezar os princípios e diretrizes do SUS, como já visto, e assim nem sempre é possível mediar em casos que envolvam questões indisponíveis e irrenunciáveis.

Quando se remete aos casos de ouvidorias em hospitais públicos, há situações desafiantes relacionadas as dificuldades de gestão organizacional, fruto da burocratização excessiva, centrada em acepções de poder, que acabam repercutindo em atendimentos insatisfatórios à população, comprometendo a prestação do serviço público a um nível

adequado. Dessa forma, é primordial a humanização do tratamento e práticas organizacionais no contexto hospitalar com uma cultura de valorização, em busca de um serviço público mais qualificado e voltado integralmente para o bem-estar social. (Silva, 2010).

Ademais, de acordo com o Guia de Orientações Básicas para Implantação de Ouvidorias do SUS, sobre a captação das informações ressalta-se que:

(...) as manifestações recebidas nas Ouvidorias do SUS devem ser sistematizadas e organizadas em relatórios gerenciais para informar e subsidiar os respectivos gestores sobre a incidência dos problemas servindo como referência para mudanças positivas na política de saúde (Brasil, 2010, p. 6).

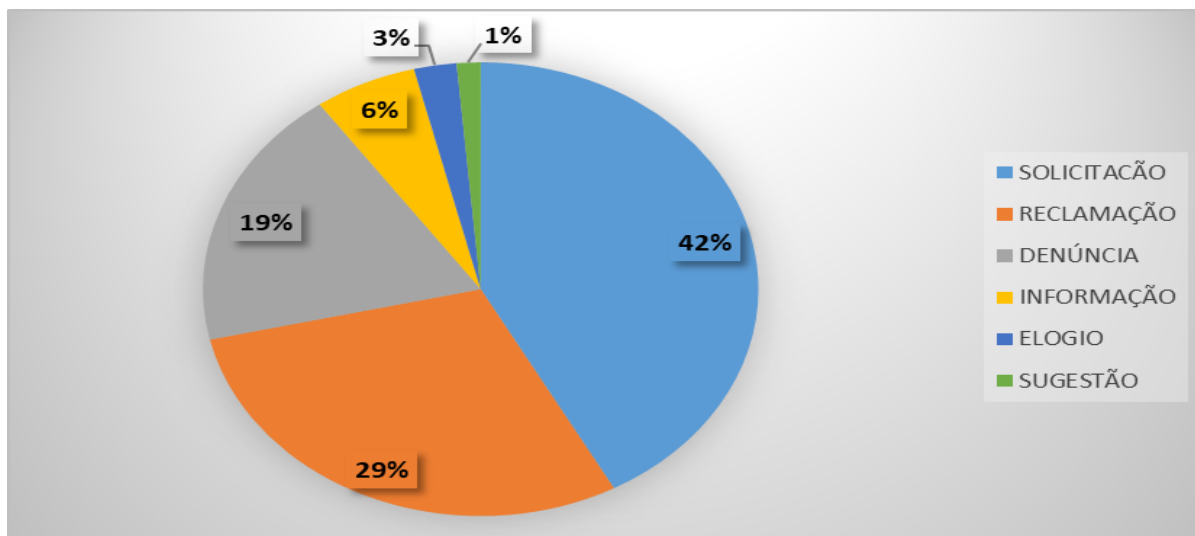
O DOGES elabora um relatório de gestão anual de ouvidoria do SUS, seguindo os preceitos contidos na Lei nº 13.460/2017, apresentando dados que contenham o quantitativo de manifestações recebidas no ano anterior; bem como os motivos das demandas; análise dos pontos recorrentes; e as providências adotadas pela administração nas soluções apresentadas.

No ano de 2019 foi publicado o relatório constando estatísticas e descrição, das atividades e resultados alcançados no período referente ao ano de 2018, onde se observou que entre janeiro e dezembro de 2018, foram recebidos 58.896 manifestações e sobre os tipos de comunicação registrados, 59,3% foi realizado por telefone, seguida de 36,9% através da internet, demonstrando assim representatividade e eficácia do Disque Saúde (DOGES - Relatório de Gestão, 2018).

Acerca dos assuntos relatados nas ouvidorias do SUS deste último ano, o maior número são para o teor de gestão, que inclui insatisfação com profissionais na saúde, escassez, dificuldades de acesso, insuficiência de vagas, demora de atendimento, interrupção de serviços, horários, entre outros. O sistema de ouvidoria do SUS também permite verificar o andamento das manifestações com suas consequentes resoluções e segundo o relatório extraído do ano de 2018, cerca de 60% das demandas foram resolvidas (DOGES -Relatório de Gestão, 2018).

No tocante ao último quinquênio registrado, que se refere aos anos de 2014 a 2018 sobre o banco de dados instalado no sistema OuvidorSUS, verificou-se tipos de manifestações, sendo registrado 216.832 manifestações de cidadãos que entraram em contato com a ouvidoria, nesse período.

Figura 1: Demonstrativo das manifestações Ouvidoria do SUS 2018



Fonte: DOGES/SGEP/MS

Deve-se compreender que o DOGES classifica 6 tipos de modalidades de manifestações, são elas: solicitações, reclamações, denúncias, elogios, informações e sugestões. Segundo último relatório, as solicitações tiveram o maior percentual de manifestação, constando 42%, seguida de reclamações com 29% e em terceiro lugar as denúncias registradas em 19% e em menor número foram as sugestões que representaram apenas 1% das manifestações dos usuários.

Diante disso, segundo Complak, (2010. p. 189) a ouvidoria deve ser “um lugar onde os conflitos são mediados e constitui um ancoradouro seguro para aqueles que se sentem desamparados na relação com o Estado”. Portanto, como explicitado em linhas anteriores, a humanização no atendimento e a preocupação latente em reproduzir um capital humano adequado deve-se tornar premissa básica para amparar o cidadão, fornecendo serviços de saúde dignamente.

As manifestações, ao longo dos 5 anos do estudo, trouxeram importantes informações sobre o Sistema Único de Saúde e embora represente um avanço o incremento na tendência de procura pela ouvidoria, o relatório da ouvidoria do SUS de 2018 revela que 40% das demandas encontram-se pendentes de resolução, expondo-se a necessidade de melhorias nos processos trazidos por esse canal ao cidadão, principalmente no que se remete ao acompanhamento das demandas, visto ser esse o ponto mais crítico, podendo citar a desobediência do tempo de resposta, onde no Ceará, por exemplo, apenas 37% das manifestações são atendidas dentro do prazo legal de 30 dias, o que de todo não garante a sua falta de efetividade, mas prejudica a

satisfação do usuário que não vê garantido com celeridade a sua demanda exposta (DOGES - Relatório de Gestão, 2018).

Nesse diapasão, a Ouvidoria Pública atualmente enfrenta vários desafios, dos quais podemos citar a imediatidade exigida pelas pessoas nesses tempos, onde a mídia, a internet e a maior parte dos meios de comunicação fornece informações em tempo real, programando o cérebro das pessoas a estarem cada vez mais mergulhados nesse conhecimento rápido e de fácil acesso. Logo, a Ouvidoria necessita proporcionar resposta em tempo hábil que conforme art. 16 da lei instituidora da implementação das ouvidorias deve ocorrer em até 30 dias após o registro da solicitação ou manifestação, podendo ser prorrogado por mais 30 dias, mediante justificativa, frisando-se que ainda assim, muitas vezes ocorre demora na disponibilização desse retorno, que é essencial para o recebimento do *feedback* dos cidadãos quanto aos serviços prestados pela Ouvidoria.

Outro ponto a ser mencionado refere-se ao tipo de atendimento oferecido no tocante à sua qualidade, pois não basta apenas obediência ao prazo, mas a cortesia e presteza oferecida ao usuário é essencial para sua satisfação e cada vez mais pode-se concluir que os indivíduos estão ficando mais exigentes, críticos e conscientes de seus direitos pela facilidade de disposição das informações, entendendo o seu papel na sociedade e como o Estado deve garantir os serviços a contento para a população.

Outrossim, os gestores devem preparar a dinâmica de operação das Ouvidorias, com profissionais capacitados, que façam jus ao uso de boas técnicas de comunicação e que sejam fornecidos instrumentos suficientes e eficazes a depender do sistema de recepção das manifestações e condições favoráveis para garantir o retorno das respostas aos demandantes, entendendo-se que esse retorno é primordial para o usuário se sentir respeitado e ter o seu pleito atendido.

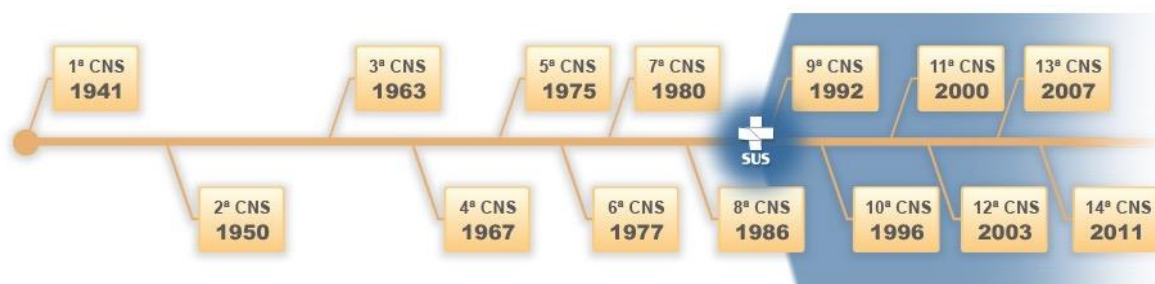
Lyra, afirma que a ouvidoria talvez seja “o único órgão capaz de monitorar o dia a dia da administração pública brasileira” (2011b, p. 54) e a importância se insere nos resultados que pode alcançar após adoção das medidas cabíveis para melhorar a prestação de serviço à população.

A qualidade do atendimento está intrinsecamente ligada a elevação dos melhores resultados dos serviços prestados pela instituição e, para avaliação da qualidade desses serviços, em 1999, foi criada a Organização Nacional de Acreditação – ONA, responsável pelo Sistema Brasileiro de Acreditação – SBA, que atua com o intuito de além de garantir a qualidade dos

serviços, ser um fomentador de aprimoramento de processos de gestão, permitindo a execução da excelência. Dessa forma, o processo de acreditação para a ser um objetivo a ser atingido pelas instituições de saúde, por possibilitar a identificação de melhorias. A abordagem realizada pelo instituto de acreditação é objetiva de acordo com níveis aplicados, de modo que se busca inicialmente avaliar princípios de segurança, alcançando depois a gestão integrada para tornar-se acreditado pleno e então chegar no último nível 3, que trata-se da excelência em gestão, já adequando questões além do intuito interno, preocupando-se com questões ligadas a sustentabilidade e a responsabilidade socioambiental, promovendo ciclos de melhoria (ONA, 2018).

A ouvidoria considerada como um mecanismo de fiscalização de órgãos públicos, se dispõe de uma diversidade de experiências de participação ativa e tem através da análise dos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde, documentos expostos que versam sobre a ouvidoria do Ministério da Saúde.

Linha do Tempo: Conferências Nacionais de Saúde



Fonte: Site FIOCRUZ, <https://portal.fiocruz.br/linha-do-tempo-conferencias-nacionais-de-saude>

A linha do tempo exposta acima nos remete ao desenvolvimento e reconhecimento da importância das Conferências Nacionais de Saúde, pois estas avaliam a situação da saúde, sendo constituídas em diversos contextos políticos e sociais e a descentralização através da regionalização, até a 7ª CNS, não contavam com a participação dos usuários. Somente com a 8ª CNS, as conferências caminharam no sentido de fomentar ações para a consolidação e o aprimoramento do Sistema Único de Saúde para a formulação de uma política de saúde que atenda, de fato, aos anseios da população e assim elas passaram a ser espaços de Encontros Nacionais de caráter deliberativo e uma discussão centrada no modelo curativo de saúde para a discussão mais abrangente do termo saúde e a indispensabilidade de discutir em uma esfera macro incluindo todos os atores desta política.

Em 2010 o Ministério da Saúde lançou uma linha de financiamento para estimular a criação das Ouvidorias SUS. Zelando pelo respeito aos princípios constitucionais que regem a

administração pública – legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência, mas também busca a defesa dos direitos humanos e a promoção da justiça e da inclusão social.

Ademais, sabe-se que para ter garantidas as necessidades relacionadas à saúde, oferecendo os cuidados integrais à população faz-se importante investimentos nesse setor, e as ouvidorias acabam-se tornando aliados nessa perspectiva, exigindo-se uma reforma do estado para uma gestão dos serviços de saúde que satisfaçam os cidadãos. Portanto, chama-se a atenção para o DOGES, no desenvolvimento do Programa de Modernização das Ouvidorias do SUS (PROMOV SUS) que visa dentre outras características, a ampliação, aprimoramento e inovação das atividades de Ouvidoria do SUS nos entes federados.

Dessa forma, o objetivo dessa modernização, além de cumprimento da Lei nº 13.460/2017 é apresentar aos profissionais a importância e benefícios de um sistema informatizado OuvidorSUS, e viabilizar treinamento e capacitação profissional, adequação dos espaços, disponibilização de recursos e materiais de consumo e serviços de terceiros para a melhoria dos fluxos de trabalho, abordando também os temas indicadores, metas e formas de apoio, tudo visando suprir as demandas urgentes da população e promover o correto manejo dos recursos públicos disponíveis para a seara sanitária.

Outrossim, a operacionalização nas políticas públicas torna-se mais eminente com o trabalho coerente implantado através da atuação das ouvidorias do SUS, consolidando a cidadania, gerindo e fiscalizando o desempenho do Estado frente às controvérsias desse tema.

Endossando a necessidade de modernização da administração pública, Fleury discorre acerca de Inovação Social:

... é o processo de transformação e densificação da esfera pública e diz respeito à expansão da cidadania por meio do tripé integração, participação e distribuição, tendo – no limite – como consequência fundamental, a possibilidade de construção de sujeitos autônomos e emancipados, cuja inserção na esfera pública está constitucionalmente definida. Dessa forma, tão mais inovadora será a política pública quanto maior for sua capacidade de congregar, simultaneamente, altos índices de integração, participação, distribuição (Fleury, 2014, p.72).

Sendo assim, corrobora-se o entendimento de que a ouvidoria do SUS é responsável em grande parte pela recepção e condução de reclamações dos serviços prestados na rede pública de saúde, mas deve exercer seu papel além disso, promovendo mudanças de comportamento em via dupla, ou seja, no trato correto com os usuários que devem participar ativamente das decisões políticas e reivindicar seus direitos e oportunidade para o Estado aperfeiçoar constantemente os seus serviços e por isso se faz necessário a constante renovação de seu sistema e aprimoramento das técnicas utilizadas.

4.3 Ouvidoria na saúde suplementar

Como retratado em linhas anteriores, é de responsabilidade estatal a disposição da saúde pública, sendo concedido ao particular a possibilidade de também participar, de forma complementar, do sistema único de saúde, já que o sistema adotado no Brasil é misto e assim é dada preferência às entidades sem fins lucrativos o que advém a possibilidade de exploração da saúde como uma atividade comercial, sendo considerada portanto o hospital privado como um tipo de empresa.

Nessa conjuntura, as operadoras de planos de saúde estão inseridas no modelo híbrido de saúde pública, já que o setor suplementar se configura como um segmento interno do sistema de saúde brasileiro, com funcionamento concomitante a aquele. A mercantilização da medicina transformou a atenção à saúde em um bem de consumo, a medida que passaram a vender serviços em saúde, contando atualmente com mais de 48 Milhões de pessoas sendo clientes de planos privados de saúde, o que representa uma taxa de cobertura de cerca de 22% da população, a qual movimenta mais recursos que o SUS, conforme acentua Moreira:

Do ponto de vista estrutural, foram concebidos o SUS e o Sistema de Saúde Suplementar. Do ponto de vista da execução das ações e serviços de saúde, tem-se que ela pode ser feita diretamente e por terceiros, por pessoas físicas ou jurídicas. À iniciativa privada foi aberta a faculdade de atuar nos dois sistemas de saúde, no SUS e no Sistema de Saúde Suplementar, conforme dispõe o art. 199, de forma consentânea com o privilégio da iniciativa privada prevista no art. 170, caput e parágrafo único, todos da CF/88 (Moreira, 2011 p. 59).

Dessa forma, a saúde suplementar apesar de desempenhar um notável ofício junto ao Sistema Único de Saúde, segmenta o sistema que tem garantia universal, ao possibilitar àqueles que tem maior poder aquisitivo a aquisição dos serviços particulares e aos desprovidos de pecúnia, a total dependência do Estado, que tem o dever de garantir o direito à saúde, contudo sabe-se que esse alcance está muito aquém da necessidade da população.

Ademais, deve-se reconhecer que mesmo em se tratando de serviços de saúde privada, há muitos problemas enfrentados por seus usuários, seja junto à Agência Reguladora ou no próprio âmbito e diante desse cenário caótico, percebe-se a crescente reivindicação dos clientes por qualidade, com elevados números de judicialização ou busca por outros mecanismos, já que muitas vezes o acesso aos serviços de saúde são precários, morosos ou ineficazes.

É importante frisar que as empresas devem cativar os seus clientes estrategicamente para minimizar a ocorrência de falhas nos processos e escolher um mecanismo de escuta, o qual possibilite sanar conflitos na área da saúde servindo como instrumento de diálogo entre usuários e plano, mantendo uma relação de consumo saudável.

O Relatório Analítico Propositivo publicado pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ) mostra que em 2019, houve um incremento de 130% de demandas judiciais relativas à saúde e cerca de 30% remete a área da Saúde Suplementar, o que permite concluir a necessidade de implantação de mecanismos que impeçam esse crescimento e consigam resolver a contento e de forma eficiente as demandas dos cidadãos.¹²

Nessa senda, o fortalecimento da Ouvidoria nos Planos de Saúde é imprescindível como mecanismo de produção de conhecimento, informação e indicadores capazes de subsidiar a tomada de decisão por parte da Gestão e provocar mudanças comportamentais que incidam em transformações positivas.

Considerando a complexidade assistencial dos hospitais a regulamentação de fiscalização relacionada ao atendimento das reclamações dos consumidores pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, desde sua gênese, tem sido alterada em sucessivos momentos.

Deve-se salientar o impacto econômico para a sociedade trazida pela saúde suplementar, pois a mesma apesar de oferecer serviços financiados pelas operadoras de planos de saúde, conta com subsídios públicos e não há uma contraprestação nesse sentido de ressarcimento ao Estado. Outra característica que diferencia a saúde suplementar da pública é a caracterização de seu foco não ser na prevenção e promoção da saúde, mas tão somente em cura de doenças, o que visivelmente necessita de maior concentração para os olhares de uma agência reguladora.

É notório o avanço do espaço dos planos de saúde no mercado, conferindo ao sistema de saúde suplementar lucros atrativos, mas que nem sempre condizem em vantagens para o seu público consumidor no que se refere a questão orçamentária, criando-se nessa situação, desequilíbrio econômico-financeiro e desgastes de variadas ordens.

Em vista disso, cumpre evidenciar que embora as instituições privadas de saúde sejam norteadas pelo direito cível e consumerista, a sua autonomia não se restringe à mera noção de liberdade contratual, pois sua liberdade não é absoluta, devendo ser preservado os princípios basilares para a manutenção do Estado Democrático de Direito e a garantia de serviço para fornecimento de uma prestação digna, já que nesse tipo de relação o risco de violação de direitos

¹² Dados do artigo: Excesso de processos gera entraves para a regulação da saúde suplementar publicado e disponível em: <https://www.conjur.com.br/2019-set-10/judicializacao-gera-entraves-setor-saude-suplementar>. Acesso em 25 de junho de 2020.

fundamentais da parte vulnerável é recorrente, sendo necessária a regulação da autonomia privada das operadoras, para impedir o seu exercício de forma abusiva.

Por essa quebra de confiança nos pactos estabelecidos entre operadoras de planos de saúde e usuários, normalmente pactos realizados mediante contratos de adesão, deve-se propor ações e respostas estratégicas institucionais resguardando o direito do consumidor, já que o setor de saúde suplementar deve operar em consonância com a Lei nº 9.656/98, que regulamenta os planos de saúde e representa um grande marco para equilibrar os interesses da lógica capitalista, buscando proteger os usuários dessa seara que esperam por serviços de qualidade e valores compatíveis com sua renda.

Zirollo, Gimenes e Castelo (2013) relatam que a saúde suplementar se apresenta com atendimento considerado de qualidade superior comparado aos serviços prestados pela rede pública, justificando a crescente procura pela contratação de planos de saúde e, em consequência, aumentando também a quantidade de demandas trazidas pelos usuários do serviço.

Desta maneira, as operadoras de saúde motivaram a Agencia Nacional de Saúde Suplementar – ANS, a criar um instrumento específico, para acolher as demandas de seus respectivos beneficiários, ainda sendo possível recorrer aos órgãos de defesa do consumidor e ao judiciário para solucionar os casos problemáticos nessa toada.

Vismona (2011) afirma que a proposta valiosa da ouvidoria em dar voz ao cidadão traz grande resolutividade em curtos prazos, aprimorando o atendimento na organização, constituindo-se num meio eficiente que satisfaz a maioria dos clientes por este retorno célere, humano e eficaz, possibilitando também a desjudicialização através do diálogo.

A implantação de estrutura de Ouvidoria em Saúde no Brasil é bem recente se efetivando em 2013 com obrigatoriedade, regulamentada através da Resolução Normativa nº 323, de que operadoras de planos privados de assistência criassem ouvidorias para a manifestação de seus usuários, e a necessidade desse meio acentua-se principalmente com relação aos planos de saúde coletivos, que representa, aproximadamente 80% dos usuários.

Cumpra esclarecer que anteriormente a essa regulamentação o processo de resolução de conflitos era demorado e burocrático, assim como eram constantes os embates entre cidadãos e operadoras de planos de saúde que nem sempre cumpriam com seus deveres pela ausência de fiscalização e as negativas de procedimentos com base nos limites contratuais e no princípio do *pacta sunt servanda*, eram recorrentes, apresentando um cenário constante de conflito entre

cliente e empresa, e para dirimir esses entraves, buscava-se no Código de Defesa do Consumidor – CDC, Lei nº 8.078/1990, a proteção dos direitos dos beneficiários de planos de saúde em relação às limitações de seus contratos.

No enfrentamento dos problemas envolvendo o desrespeito ao direito do consumidor, o Programa de Proteção e Defesa do Consumidor - PROCON e o Departamento estadual de Polícia do Consumidor, previstos no art. 5º, inciso II e III do CDC, agem, no controle e aplicação das penalidades administrativas, orientando o consumidor sobre seus direitos, sendo uma de suas atuações a fiscalização das relações de vulnerabilidade do cidadão frente às operadoras de planos de saúde, com o agravante de se estar diante de desprovimento e risco à saúde, pelo desconhecimento técnico do serviço prestado e pela disparidade econômica entre as partes.

Os órgãos de defesa do consumidor tentavam equilibrar esta relação entre consumidores e fornecedores, almejando no caso da saúde privada a efetivação de um direito especial e a garantia da intervenção do poder público para a efetivação do direito de proteção do consumidor, sendo os problemas com planos de saúde, um dos líderes em reclamações no plano privado. Contudo, nessa esfera, a magnitude dessas problemáticas demanda muitas vezes conhecimento técnico na área da saúde, o que dificulta a fiscalização e conhecimento sobre as limitações contratuais.

Somente com a Lei nº 9.961, no ano 2000, foi instituída a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS – para estabelecer, dentre outros pontos, a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no país, conforme preceitua o art. 3º do referido dispositivo legal, cabendo a ela em caso de verificada a desobediência a qualquer um dos requisitos instituídos, o poder de suspender a autorização de funcionamento do respectivo plano.

Verifica-se que a compreensão das dimensões do ambiente da saúde suplementar é de fundamental importância a fim de que se apresentem ações no intuito de propor soluções efetivas para conflitos entre operadoras e seus consumidores, respeitando-se as regras do CDC.

Dessa forma, a ANS ganha notoriedade com a oportunidade de trazer melhorias na prestação de serviços de saúde suplementar, obstando processos judiciais e veio a eclodir por meio de resolução nº 226 de 2010, o arbitramento de conflitos, através de um canal de manifestação do cliente diante de negativa de algum préstimo.

Em 2009 foi criado o projeto de Procedimento de Notificação de Investigação Preliminar – NIP e em 2010 foi publicada a RN Nº 226/10, que instituiu os procedimentos de NIP para todas as operadoras registradas na ANS. Tratava-se, portanto, de um instrumento para solucionar conflitos entre consumidores e operadoras de planos de saúde acerca de negativa de cobertura, servindo-se como um dispositivo comunicacional de mediação ativa. A denúncia era recebida pela ANS através dos canais de atendimentos disponíveis ao consumidor, direcionada para o seu devido processamento pelos Núcleos e verificada, inicialmente, se a demanda realmente era cabível a esse instrumento.

Por esse mecanismo, agilizava-se a conclusão, pois a operadora era notificada para se manifestar oferecendo resposta aos beneficiários no prazo de 5 dias úteis, buscando resolver o problema do usuário através da reparação voluntária e eficaz ou pela possibilidade de manter sua decisão, com a negativa, desde que devidamente fundamentada na lei.

No caso da confirmação da liberação do procedimento pela operadora, a demanda seria arquivada, se houvesse a comprovação de nenhum dano à saúde do cliente e este ficaria satisfeito com seu pleito atendido, estando a operadora isenta de qualquer sanção. Caso a operadora mantivesse a negativa, essa decisão deveria ser devidamente justificada, podendo a ANS aceitá-la e arquivar a NIP ou não a aceitar e encaminhar para abertura de processo administrativo, onde seria garantida a ampla defesa e o contraditório à operadora. Se ao final do processo administrativo a ANS entendesse que houve infração a norma, a operadora era punida desde advertência até multa.

Dessa forma, acredita-se que a NIP confere um tratamento mais célere ao promover o instituto da reparação voluntária e eficaz e, esse equacionamento de problemas, aproximou às operadoras de seus clientes, facilitando também para que as operadoras não sofressem sanções na manifestação no sentido de não manutenção da negativa de cobertura. Ademais, as demandas tratadas e reparadas pela NIP evitavam a abertura de processo administrativo e assim com a RN nº 323, a ANS estimulou as operadoras de planos de saúde (OPS) a resolverem internamente os conflitos com seus beneficiários, sem intermédio da agência, através da ouvidoria.

A ANS se motivou na publicação no normativo da RN 323/13 que instituía a obrigatoriedade das unidades de ouvidorias nas operadoras de saúde, logo após a instituição das NIPS, para poder assegurar com mais veemência os direitos do consumidor a esse serviço, sendo influenciados por algumas instituições que tornaram a instituição da ouvidoria em sua sede obrigatória, tais como o Banco Central - BACEN, através da Resolução Normativa nº 3849, de 25 de março de 2010 e da Agência de Energia Elétrica (ANEEL) por meio da

Resolução Normativa nº 470, de 13 de dezembro de 2011, facilitando as tomadas de decisão dos gestores públicos e privados, trazendo inúmeros benefícios para ambas partes (ANS, 2013).

Ademais, deve-se esclarecer que os Serviços de Atendimento ao Cliente (SAC), também chamados de atendimento de recepção, *call center* e centrais de atendimento, e a Auditoria Interna são instrumentos distintos, que atuam de forma diferenciada das Ouvidorias, sendo muitas vezes o uso do SAC indicado como primeiro canal de resolução, para caso não seja sanado trate-se de recorrer a instância da ouvidoria, uma unidade de segunda instância, que está diretamente ligada a presidência ou diretoria, e por isso autônoma, que receberia então manifestações mais agravadas. Já a auditoria serviria para uma investigação mais minuciosa acerca de problemas enfrentados com as operadoras de saúde, trazendo alternativas viáveis, podendo nesse sentido funcionar complementando a atuação da ouvidoria.

Ressalta-se que as operadoras de planos de saúde devem prestar informações corretas ao consumidor, portanto, é primordial o estímulo para uma aproximação com o seu cliente, acolhendo suas manifestações e atendendo os pedidos e solicitações em conformidade com as possibilidades e necessidades, buscando solucionar no próprio âmbito da operadora.

Assim, a ANS, teve o intuito de assegurar a estrita observância das normas legais e regulamentares relativas aos direitos do consumidor e de atuar como canal de comunicação entre a operadora e os clientes e usuários de seus produtos e serviços, inclusive na mediação de conflitos (Brasil, Consulta Pública nº 50).

A ouvidoria na saúde suplementar, através da escuta qualificada entre a operadora e seus cliente, torna-se um verdadeiro exercício de cidadania, constituindo-se num canal mais democrático, de livre acesso ao cliente, possibilitando ter através do ouvidor, seu representante dentro da empresa, mesmo que este deva agir de forma imparcial para a solução do problema.

A Ouvidoria portanto, possui uma importante base de dados e informações devido as reclamações realizadas diretamente à instituição, sobre os serviços, atendimento e produtos da instituição, valendo-se desse recurso para propor uma gestão mais eficiente, garantindo os direitos dos clientes e prevenindo as operadoras de fiscalização e punição da agência.

Em síntese, a atuação da ANS foi constituída, em 2001 pela criação de um canal, via telefone para que os consumidores se manifestassem. Em 2003, foram regulamentadas normas para aplicação de penalidades e lançado o Índice de Reclamações (IR) das operadoras no portal da ANS. Em 2004, foi lançado o Programa de Qualificação da Saúde Suplementar, sistema de avaliação objetivando a qualificação de todos os envolvidos no setor. Em 2006, foi instituída a

Reparação Voluntária e Eficaz (RVE), possibilitando ação reparatória dos danos ou prejuízos causados pela operadora antes da lavratura do auto de infração. Em 2010, foi criado o procedimento de Notificação de Investigação Preliminar, posteriormente alterado para Notificação de Intermediação Preliminar (NIP). Já em 2013, foi estabelecida a obrigatoriedade de criação de uma unidade de ouvidoria pelas OPS.

Outra característica já mencionada e importante de se posicionar acerca da sua importância é o papel do Relatório Estatístico Analítico do Atendimento das Ouvidorias – REA que se tornou obrigatório com a RN nº 323 e objetiva trazer a formalização dos dados recebidos, sendo regulado através da Instrução Normativa (IN) nº 1/2014 e da IN nº 2/2014.

Sobre esse dispositivo, a ANS destaca:

A padronização dos dados e informações do REA-Ouvidorias e do seu envio eletrônico à ANS teve como objetivo organizar e homogeneizar os dados, além de qualificar e sistematizar as informações e viabilizar o monitoramento do setor por parte da ANS e, conseqüentemente, aumentar sua capacidade de reconhecer problemas entre os atores do setor suplementar de saúde (ANS, 2015, p.6).

No entanto, para que as ouvidorias das operadoras de saúde possam de fato ter efetividade em suas ações, as instituições devem se valer de recursos suficientes e estratégicos para conseguir suprir as demandas e através dos dados obtidos nos relatórios publicados, trabalhar com sua equipe melhores formas de enfrentamento das problemáticas mais críticas e atuar preventivamente nas circunstâncias viáveis.

Assim, deve-se compreender que novos arranjos organizacionais para a prestação de serviços precisam ser desenhados reforçando a função reguladora do Estado, reestruturando a relação entre setor público e setor privado, zelando pela qualidade dos serviços de saúde empreendidos aos usuários (Fadul, 2007).

Sabe-se que o mercado da saúde vem se alargando com o conseqüente incremento dos agentes econômicos que nele intervêm e a mediação usada por intermédio da ouvidoria pode assumir papel imprescindível para poder acolher efetivamente os interesses de ambas as partes.

4.3.1 Cases de ouvidorias como tratativa de conflitos em instituições de saúde

Através de análise documental, relatos de casos e revisão de literatura integrativa, foram coletados dados para subsidiar a afirmação de que as ouvidorias muito podem contribuir para uma gestão eficiente dos conflitos na seara da saúde, usando técnicas de comunicação e ferramentas similares do mecanismo da mediação, percebendo que essa modalidade de

resolução extrajudicial, além de ser mais célere, torna-se mais satisfatória para os participantes que vêem suas discussões serem resolvidas de forma mais empática e pacífica.

Logo, buscou-se analisar a atuação das ouvidorias, segundo opiniões de usuários do sistema de saúde, no campo da cooperativa médica em Fortaleza-CE, diante de casos informados e suas conseqüentes tratativas, bem como avaliação dos relatórios emitidos no período de anos e para tornar o estudo mais amplo, foi realizado um levantamento de produções científicas que consideraram a ouvidoria como mecanismo eficaz na melhoria da qualidade dos serviços ofertados pelas instituições de saúde, proporcionando mais harmonia no ambiente hospitalar.

É notório que o volume de reclamações nas ouvidorias é superior em relação às demais manifestações, portanto esse canal de comunicação está diretamente voltado a ouvir queixas de diversas modalidades que requerem diferentes tratamentos, muitas vezes só alcançados com êxito, após exame cauteloso, respeitando a individualidade de cada pessoa que utiliza esse serviço. Nesse ínterim, há de se observar três tipos de comportamentos adotados por uma ouvidoria. Ela pode-se tornar ineficiente, quando diante da recepção das problemáticas, nada faz para alterar e melhorar seus processos de gestão, sem trazer uma solução para o caso concreto, pode-se tornar burocrática, quando obstaculariza muito o desfecho e, por fim, pode ser ela seja eficaz, desenvolvendo estratégias de acordo com o acolhimento das manifestações dos seus usuários.

Deve-se frisar que ocorrência de eventos adversos no âmbito sanitário é algo natural e esperado, que requer uma cultura institucional para o efetivo enfrentamento, com base nos valores humanos, observando os fatores de riscos e outras determinantes importantes para garantia da qualidade dos serviços de saúde, devendo-se levar em consideração que nem sempre os danos partem por culpa dos profissionais, que estejam ligados aos pacientes, mas a totalidade orgânica do serviço de saúde, implica na incidência de problemas a serem enfrentados por seu público.

Sobre o comportamento prático que deve ser bem avaliado pelas Ouvidorias, Gracia acentua que os valores traduzem-se nos comportamentos – campo prático das Ouvidorias.

[...] os valores não existem sem os seres humanos, estão enraizados na pessoa, que tem a capacidade de rejeitar, internalizar, ou seja, torná-los seus. A pessoa é o lugar central de valores morais e, com eles e por eles, são capazes de dar sentido à sua existência. Os valores não são inatos, podem ser desenvolvidos e incorporados livremente, e a melhor forma de incorporá-los nos atos e ações é através de uma análise cuidadosa da realidade (os fatos) e, acima de tudo, através do exemplo dos outros. Ao dizer “tal ação é injusta”, há um evento que contém mais do que um fato

perceptível, pois expressa um valor que não pode ser visto, mas pode ser estimado (Gracia, 2010, p. 568).

Dessa forma, a precaução deve prevalecer e a ouvidoria cumpre seu papel como mecanismo capaz de prevenir, através da análise das recorrentes reclamações, sobre futuros incidentes, permitindo então a correção das falhas, mas não se pode olvidar que não há como ter previsibilidade acerca de todos os fatos e comportamentos, já que não existe comportamento humano perfeito e resolução que se encaixa para todos os casos, por mais competentes que sejam os profissionais, eles sempre irão enfrentar novos obstáculos, sendo passíveis de erros e punições por descuidos ou escolhas erradas.

Além do mais, a normatização, regulação e uso de sistemas informatizados das ouvidorias, permite uma melhor análise da instituição, no sentido de instrumentalizar os profissionais e gestores de saúde para uma ação mais rápida, para o processo de recebimento, encaminhamento, acompanhamento e resposta das manifestações recebidas, bem como na geração de relatórios, com vistas a reduzir a gravidade dos casos e servindo-se de instrumento de avaliação das condições de tratamentos oferecidos no entorno do Sistema Único de Saúde.

O poder normativo das agências reguladoras é outro ponto crucial que permite melhor fiscalização no campo da saúde suplementar e valoriza as soluções consensuais interpretando a ouvidoria como importante fonte de comunicação, potencializando os controles sociais, o senso crítico e a responsabilização dos agentes estatais e privados.

É oportuno lembrar que o ordenamento jurídico brasileiro incentiva a prevalência por meios pacíficos e os procedimentos administrativos com força de processos decisórios permitem trazer grandes ganhos para a instituição e o usuário que a procura, propagando-se através dessas manifestações espontâneas na sociedade, uma mudança de paradigma, auxiliando também no planejamento das ações de saúde e instituição de políticas públicas nesse setor.

O atendimento ao usuário revela um grande diferencial para a satisfação dos serviços a serem utilizados, mesmo que estejam debilitados e acometidos por patologias que impeçam de exprimir seus próprios desejos, podem se valer de representantes que irão auferir sentimentos diante dos profissionais e local onde esteja. Portanto os valores que norteiam os indivíduos são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, se valendo como uma grande conquista para o fortalecimento do controle social e a democratização dos serviços de saúde.

A partir da análise de casos concretos, ampliar-se-á os horizontes, no sentido de se obter uma melhor visão dos pontos a serem enfatizados e melhor desenvolvidos em prol da saúde humana e como forma de melhor administrar os conflitos acometidos no ambiente hospitalar.

A reestruturação e revitalização da relação de confiança que deve ser estabelecida entre o usuário e profissionais da saúde, seja do corpo técnico, administrativo ou gerencial é outro ponto a ser suscitado que revela o quanto é relevante a comunicação organizacional a fim de evitar alargamento de problemas.

Assim, mais uma vez, enfatiza-se que o levantamento de informações sobre as demandas recepcionadas, possibilitará a verificação de como se dá a atuação da Ouvidoria, aprofundando o presente objeto de estudo, podendo ser discutido de forma mais crítica.

4.3.2 Procedimentos realizados na Ouvidoria da Unimed em Fortaleza - Ceará

Para melhor entendimento, se faz necessário um breve histórico sobre a instituição da Unimed e entrada das ouvidorias em sua sede, para que assim compreenda-se o que atualmente representa esse mecanismo e os benefícios por ele ofertados na Unimed em Fortaleza-Ce.

Em 1967 foi instalada na cidade de Santos, em São Paulo a primeira Unimed do Brasil, sendo reconhecida como a primeira cooperativa médica do país sem intermediação das empresas no relacionamento entre médico e paciente, ocupando atualmente a 16ª posição no ranking financeiro de planos de saúde do Brasil. No tocante a Unimed no Estado do Ceará, esta surgiu já em 1978 na cidade de Fortaleza e atualmente está entre as maiores operadoras do país.

Primeiramente havia a preocupação das cooperativas médicas em preservar a liberdade do médico na decisão dos meios necessários para o atendimento de seus pacientes, posteriormente era oportunizado a continuidade dessa relação, devendo o paciente manter a livre escolha de médicos e por fim eliminou-se a intermediação.

A Unimed cresceu em todo país e também assistiu diversas reclamações que se vinculavam principalmente a questão do mau atendimento, como o excesso de burocracia para a solicitação de internações. Em virtude disso, a cooperativa se propôs a buscar meios para sanar essa problemática e instituiu um projeto de humanização no atendimento hospitalar, buscando dirimir as deficiências existentes tanto em relação à hotelaria, como também no preparo técnico-profissional, e cobertura contratual que se tornou ponto bastante controverso e alvo de queixas de seus usuários.

Nesse ínterim a empresa estabeleceu novo elo com seus clientes através do serviço social que passou a mediar situações conflitantes entre os usuários, prestadores de serviço e a Unimed, como bem disciplinava o Manual de Referência das Ações do Serviço Social no Sistema da Unimed:

O Assistente Social na organização Unimed atua nas relações sociais advindas da promoção e preservação da saúde dos usuários. O foco das intervenções profissionais são os problemas sociais que afetam a saúde e a qualidade de vida da população usuária dos serviços oferecidos.

Logo, o Serviço Social deve-se preocupar com as situações cotidianas profissionais no contexto das organizações e deste modo, a Unimed tenta remediar casos que prejudiquem as relações no entorno do seu ambiente, se dispondo a resolver da melhor forma para que haja harmonia na unidade, sondando-se os reais motivos que levaram as controvérsias extraídas e como modificá-las.

As transformações coletivas trazidas pelo cooperativismo devem se atrelar aos cuidados dispensados ao paciente que tem necessidade de sentir-se bem cuidado e nesse intento o número maior de reclamações recaem sobre a ausência de preparo técnico dos funcionários, e aos contínuos desgastes de relacionamento interpessoal, prejudicado pelas falhas de comunicação no cotidiano organizacional hospitalar que é notadamente estressante e lida com situações bem delicadas relacionadas ao risco de morte.

O aprimoramento contínuo se faz essencial para a identificação correta dos problemas, na observação de como isso afeta as pessoas e a organização e busca da solução correta se faz através de ferramentas específicas e certas no oferecimento de suporte para a instituição. Dessa forma, foram se qualificando as equipes e buscando ferramentas a serem introduzidas nos locais de trabalho da instituição.

A atuação da ouvidoria da Unimed do Ceará iniciou-se em julho de 2013, com a RN 323/2013 da ANS, nos moldes determinados pela agência, com dedicação exclusivamente a esta função, muito embora tenha nascido em 1999 sem a devida regulação.

Inicialmente, as ações da ouvidoria da Unimed voltavam-se às atividades de serviço social, passando posteriormente por reestruturações, ampliando seus canais de comunicação, e capacitando sua equipe operacional e ainda preocupando-se com filiação dos profissionais junto

à Associação Brasileira De Ouvidores/Ombudsman -ABO¹³. Em 2010 passou ao recebimento de NIP Assistenciais e em 2011 recebeu NIP Não Assistenciais.

Hoje, a Unimed Ceará encontra-se adaptada às normas da ANS, onde obteve grandes mudanças no atendimento ao cliente e através desse canal de comunicação, o cliente participa da gestão institucional com opiniões, elogios, solicitações de informações e sugestões para melhorias dos serviços prestados, objetivando aproximar o cliente do trabalho executado, aprimorar o atendimento, servindo com mais eficiência e qualidade, tudo assegurado pela regulação que possibilitou maior divulgação e visibilidade para essa ferramenta.

Destarte, com a regulação da ouvidoria, houve avanços na estrutura organizacional, no envio de recomendações, possibilitando o monitoramento de implementação das melhorias propostas e em relação a tratativa de demandas, permitiu o aperfeiçoamento do fluxo do processo, bem como maior agilidade. Esse canal direto ainda possibilita que a agência da operadora foque realmente em pontos importantes para o setor.

Dessa forma, pode-se depreender que a Ouvidoria da Unimed é a voz do cliente da empresa, onde as demandas recebidas são encaminhadas para a diretoria, atuando assim tanto preventivamente como corretivamente em parceria com os diversos setores da Unimed Ceará que buscam uma solução ética, legal e razoável para ambas as partes, acompanhando todo o trâmite das ocorrências.

A equipe atual da Ouvidoria da Unimed Ceará é composta por uma ouvidora (coordenadora) e uma ouvidora substituta (assistente II), onde a primeira atua nos casos complexos, na gestão, participando de reuniões com os demais líderes, reuniões com a diretoria executiva, apresentando recomendações de melhoria de processos e tentando implementar uma cultura de melhoria contínua e prevenção. Enquanto a ouvidora substituta atua no setor operacional, respondendo as demandas e buscando as informações. A ouvidoria está no organograma da empresa ligada a diretoria, mas no dia-a-dia se reporta a gerência geral, apresentando-se como maior desafio o relacionamento interpessoal, segundo relata a ouvidora da Unimed Fortaleza, certificada pela Associação Brasileira de Ouvidores – ABO.

¹³ Para associar-se à ABO Nacional, é necessário a comprovação do exercício da função de ouvidor ou como membro da equipe de ouvidoria, por meio de declaração do dirigente da empresa ou instituição onde o profissional atua, ou com envio da cópia do ato de nomeação. Informações disponível <http://www.abonacional.org.br/associese> Acesso em 28 de Junho de 2020.

Salienta-se que a referida ouvidoria funciona no horário comercial de segunda-feira à sexta-feira no horário de 08h00 às 17h00 horas com quatro canais de entrada, quais sejam: link pelo site da operadora, telefone, WhatsApp e presencialmente.

Retrata-se que a maioria das demandas chegam por meio do site da operadora, direcionadas imediatamente para um sistema próprio da ouvidoria, criado pela TI da operadora, em que é realizada toda a tratativa. A contagem do prazo é automática, tanto do prazo de resposta para o cliente, que corresponde a 7 dias úteis, quanto do prazo interno de resposta dos setores à ouvidoria, que são 2 dias úteis. Cada setor tem um facilitador da ouvidoria, uma pessoa própria do seu setor, que é designada pelo gestor da área, responsável pelo recebimento e tratativa das demandas que chegam da ouvidoria. Quando este facilitador não consegue responder a demanda dentro do prazo, esta é encaminhada automaticamente para o gestor e, se este também não conseguir resolver após mais um dia, totalizando 3 dias, a demanda segue automaticamente para o gerente geral.

Segundo o trajeto das manifestações obtidas pela Unimed Fortaleza, esta esclarece que:

A Ouvidoria recebe a manifestação do beneficiário e dá ciência ao gestor responsável pela execução do processo, que envolve o relato para a devida solução junto ao cliente ou para uma manifestação a respeito. Dessa forma, a Ouvidoria observa todas as etapas do processo da prestação de serviço que envolve a reclamação, identifica possíveis falhas no processo e atua na oportunidade de melhoria através de recomendações. A recomendação tem como finalidade agir na prevenção de eventuais novos conflitos ou reincidências diante de riscos já conhecidos nos processos (Unimed, 2015, p.14).

Presencia-se, nesse contexto, o uso de técnicas de mediação para solucionar as demandas e atender os clientes, além do uso de comunicação não violenta e prática da empatia, sendo essencial para o manejo e sensibilização dos problemas expostos, amenizando os desgastes físicos e emocionais decorrentes do sofrimento alheio.

Segundo a ANS, a ouvidoria tem dentre os seus principais objetivos a resolução de conflito e a melhoria nos processos de trabalho e se difere dos procedimentos de uma auditoria interna, como já retratado anteriormente, que tem como intuito a avaliação da conformidade de processos e ações, mas sobretudo a ouvidoria tem a pretensão de corrigir as falhas existentes na organização e para isso executa as ações, atuando no recebimento e registro das reclamações, para viabilizar o retorno dos contatos, aprimorando ou corrigindo os serviços e prevenindo futuras reclamações. Nesse caso, a função mediadora ocupada pela ouvidoria torna as resoluções das demandas mais eficientes e as atividades rotineiras se tornam mais eficazes contribuindo para a cidadania.

Assim, é possível verificar que a ouvidoria trouxe uma nova perspectiva de solução de conflitos para às operadoras, aproximando-se do cliente e sendo uma intermediadora entre os direitos do beneficiário e as obrigações da operadora.

Para fins de exemplificação passa-se a discorrer sobre alguns casos práticos ocorridos em sede da ouvidoria da operadora de saúde da modalidade cooperativa médica e como se deu a sua tratativa e desfecho.

4.3.2.1. Caso 1: Tetralogia de Fallot

No ano de 2016, relata-se o caso de uma criança que nasceu com uma cardiopatia congênita, denominada de Tetralogia de Fallot¹⁴, que em síntese, causa diminuição de fluxo sanguíneo para o pulmão e devido essa afetação do transporte de oxigênio no sangue, traz como resultado a coloração azul da pele nos bebês, sendo conhecida por esse motivo como síndrome do bebê azul. Ocorre que diante desses casos, o tratamento a ser utilizado é através de realização de cirurgia, recomendando-se que o procedimento seja feito antes de o bebê completar 1 ano de idade.

Dessa forma, na data de 23 de dezembro do referido ano, os pais do bebê, que nessa data contava com apenas 2 meses de vida, já devidamente orientados por um médico cardiologista e acompanhados por advogado, recorreram à sede da operadora, solicitando a cirurgia corretiva, que seria através de uma técnica exclusiva, realizando a cirurgia uma única vez.

Contudo, o referido especialista e hospital onde seria realizado o procedimento não eram cobertos pelo plano de saúde e diante da emergência e gravidade da situação, a operadora nesses casos deveria ficar alerta, pois se sofressem processo de judicialização poderiam ter que arcar com um valor bastante elevado, pois os custos com a permanência em hospitais e honorários médicos são bem relevantes.

Diante desse fato específico, a tratativa do caso deu-se inicialmente na análise dos fatos que exigia medidas rápidas pela gravidade da saúde e o período solicitado também condizia a

¹⁴ Em bebês com tetralogia de Fallot, o estreitamento da passagem do ventrículo direito restringe o fluxo sanguíneo para os pulmões. A restrição do fluxo sanguíneo faz com que sangue pobre em oxigênio do ventrículo direito flua através de um defeito do septo para o ventrículo esquerdo e então para a aorta e quanto mais sangue pobre em oxigênio (de coloração azul) circular para o corpo, mais azulado fica o corpo. Bebês com tetralogia de Fallot precisam de reparo cirúrgico. Informações disponíveis em: <https://www.msmanuals.com/pt-pt/casa/problemas-de-sa%C3%BAde-infantil/defeitos-cong%C3%AAnitos-do-cora%C3%A7%C3%A3o/tetralogia-de-fallot>. Acesso em 19 de junho de 2020.

uma época crítica que correspondia ao final de ano, onde a maioria dos médicos encontram-se de férias e a operadora também conta com seu recesso pelas datas festivas o que poderia dispendir mais tempo de resposta para atender o referido pleito, além do risco da operadora se ver diante de uma judicialização que extinguiria as possibilidades de negociação com a família.

Logo, buscando solucionar o caso, o serviço de ouvidoria entrou rapidamente em contato com os setores da empresa, que prontamente conseguiram contactar com um médico, especialista em cirurgia cardíaca infantil em Fortaleza, que mesmo não sendo credenciado pela operadora se prontificou a realizar a referida cirurgia em janeiro no Instituto do Coração da Criança e do Adolescente, hospital de alto custo, localizado na mesma cidade, que também não era credenciado à operadora, mas ainda assim esse tipo de ação torna-se possível, desde que todos os procedimentos sejam custeados de forma particular pela operadora, através de negociação realizada com o profissional.

Assim, no mesmo dia do pleito foi comunicado, via e-mail, a família da criança a sugestão de solução, informando sobre a possibilidade encontrada de na primeira semana de janeiro haver a consulta do bebê para a realização dos preparativos para a cirurgia no mesmo mês. Contudo, apesar da prontidão do atendimento, os pais não aceitaram essa alternativa e compareceram pessoalmente no dia seguinte à operadora, desacompanhados de advogado, alegando que por serem do ramo de material hospitalar, tinham conhecimento do trabalho do referido médico e do hospital e por motivos pessoais gostariam que o procedimento fosse realizado em São Paulo.

Mediante a recusa dos pais, a ouvidoria relatou sobre todas as questões legais e contratuais da empresa, advertindo que diante da ausência de profissionais de sua rede para realização de procedimentos médicos cabíveis, a operadora deve determinar o profissional, sob pena de não poder se responsabilizar pela atuação de qualquer profissional, além do risco financeiro de um profissional, sem vínculo, que poderia cobrar valores exorbitantes, onerando de forma leviana a cooperativa médica que teria seu orçamento comprometido.

Na busca de resolução desse conflito, utilizou-se técnicas de comunicação não violenta, fazendo uso da escuta ativa e empatia, oportunizando cada parte falar sobre suas expectativas e opiniões sobre o desfecho. Dessa forma, os pais do bebê encontraram outra alternativa, indicando o Hospital Português, localizado em Recife, também de alto custo, mas que era vinculado a uma cooperativa local, a qual a empresa deteria um controle maior da situação, além de que havia no referido hospital a presença da avó médica que poderia auxiliar nesse sentido.

Dessa forma, o oferecimento da nova sugestão foi encaminhado à diretoria, que por sua vez, levou ao conhecimento das gerências da empresa para que assim pudessem integrar-se e deliberassem sobre a questão suscitada. Como na mediação, ocorre a observação de todos os pontos, na cooperativa foram analisados todos os posicionamentos também seguindo esse preceito. Observou-se que se fosse atendida a sugestão dos pais, poderia se abrir um precedente para que outros usuários pleiteassem a realização de procedimentos não abrangidos pela cooperativa em locais que demandariam além de valores elevados, pois no caso tratava-se de um hospital de alto custo, despesas extras de possíveis complicações pós-cirúrgicas que inviabilizariam o controle dos gestores e reclamações advindas da família que poderiam desprestigiar um profissional renomado da localidade.

Perante essa problemática observada, a ouvidoria entendeu que deveria analisar também os pontos convergentes que se referia a tentativa de solução extrajudicial e consensual que seria ainda mais vantajosa para a empresa, já que a família inicialmente encontrou-se munida da presença de advogado, mas posteriormente confiou na possibilidade de converter-se numa resolução não litigiosa. Ademais, o bem estar do bebê e urgência em reparo deveriam estar acima de qualquer circunstância visto tratar-se de um direito fundamental à vida e saúde.

Analisando todo o contexto fático, a diretoria da operadora resolveu aceitar a última proposta oferecida pelos pais e enviou resposta para os mesmos na data de 30 de dezembro do corrente ano, informando que a cirurgia poderia ser realizada em Recife e seriam arcadas as despesas com médico e hospital. Todavia, os pais mudaram de opinião sobre a sua própria sugestão, informando, via telefone, que gostariam que o tratamento se realizasse no hospital de São Paulo, primeiro local indicado.

Desde modo, a querela se insurgiu novamente, e muito surpresa a operadora ficou, depois de todos os esforços para conseguir autorizar a cirurgia na cidade de Recife, já sendo a segunda tentativa de solução ofertada, sensibilizados com a situação, mesmo que ela não fosse obrigada a aceitar que os pais decidissem pelo profissional encarregado ao procedimento pleiteado, e foi respondido incisivamente que a última proposta não poderia prosperar. Então, em janeiro, no dia 13, os pais resolveram aceitar a proposta da operadora e a cirurgia foi prontamente autorizada.

No dia 19 de fevereiro de 2017 foi encaminhado e-mail para a ouvidoria, sendo os pais do bebê os remetentes e seu conteúdo era de agradecimento e informação sobre o sucesso do procedimento realizado, onde foi enviada uma foto da criança que se encontrava nos braços da mãe, já recuperada e saudável e posteriormente se dirigiram presencialmente à operadora

agradecendo todo o empenho e presteza da mesma, a qual, inclusive foi o motivo determinante para aceitarem a proposta, visto que em nenhum momento a operadora se esquivou em resolver a problemática e assim ambas as partes conseguiram ter um desfecho pacífico e a família ficou satisfeita com o resultado final. Deste modo, a operadora também conseguiu evitar maiores gastos caso fosse instaurado processo judicial ou caso fosse aceito a primeira alternativa, podendo-se concluir que as técnicas de mediação serviram para satisfazer ambas as partes.

4.3.2.2 Caso 2: Ausência de diagnóstico definitivo

Em 2015, ocorreu um caso onde a mãe de uma beneficiária, juntamente com uma amiga dirigiram-se à sede da empresa cooperativa médica, já no fim do expediente, mais precisamente às 17h50min, esclarecendo-se que o encerramento ocorria às 18 horas, reivindicando valores de procedimentos, medicamentos e consultas que sua filha necessitou arcar por conta própria, diante da negativa do plano de saúde que era beneficiária.

Diante da situação, a ouvidoria percebeu prontamente que a solicitante e sua acompanhante estavam visivelmente abaladas, sendo necessário portanto muita cautela no seu tratamento e empaticamente foi promovida a escuta ativa para conseguir o máximo de informações sobre a ocorrência. A gravidade do caso se voltava, principalmente, segundo relatos das mulheres, sobre o atendimento e tratamento dispendido pela operadora, que iam além da negativa, afirmando ter ocorrido agravamento do estado de saúde da filha, que estava acamada em coma induzido, devido aos maus tratos sofrido nas dependências do hospital.

Para fins de comprovação dos fatos que afirmava, a referida mulher mostrou mais de vinte recibos de pagamentos e um relato detalhado sobre todos os procedimentos realizados por sua filha, que correspondia ao tratamento fisioterápico, visita de médicos, o uso de diferentes medicações, com dosagens desiguais de um dia para o outro, o desleixo no tocante ao asseio dispendido à paciente pelos profissionais, bem como descuido em relação aos seus curativos e problemas relacionados à alimentação.

Diante de todos os relatos, foi combinado que a ouvidoria responderia antes do prazo legal, que corresponde a 7 dias e assim cumpriu-se o acordo. Na análise minuciosa realizada pela equipe da cooperativa, notou-se que as solicitações enviadas pela beneficiária, estavam sendo oferecidas no sistema, de forma exorbitante, sem as devidas justificativas e por essa razão o sistema da operadora não aceitava, entendendo como um erro e por conseguinte não era concluída a autorização requisitada. Sendo assim, não era compreendido o número excessivo

de requerimentos registrados, com o mesmo teor em curto espaço de tempo, assim os pedidos eram rejeitados pelo próprio sistema e a informação não alcançava a operadora, nem o hospital onde estaria sendo realizado o tratamento comunicava-se com a operadora. Sendo assim, à mãe da cliente ausente de resposta, culpava a operadora pelo descaso em cumprimento dos pedidos.

A operadora do plano de saúde então solicitou informações ao referido hospital sobre o quadro de saúde da cliente, questionando sobre a gravidade e raridade da doença e este se comprometeu a repassar todas as informações acerca da autorização diretamente à operadora. Logo, acordaram em não mais utilizar o sistema para o repasse dos informes, recorrendo ao uso da caixa de e-mail dos médicos auditores, já que estes realizavam o processo de verificação do pedido, que por sua vez, autorizavam e remetiam direto ao hospital, sem a intermediação de sistema e de atendentes/ terceiros.

Sobre a questão financeira, a mãe da cliente conseguiu reaver os valores despendidos da grande maioria dos procedimentos, visto que estavam sob a cobertura do plano e os procedimentos não cobertos, foram repassados para que a operadora, munida das informações contidas na ouvidoria pudesse analisar.

Contudo, após uma semana da resposta oferecida pela ouvidoria, a mãe, representante da beneficiária, abriu nova reclamação, apontando como culpados o hospital e seus respectivos funcionários por displicência a cliente, sua filha, ameaçando entrar judicialmente contra os mesmos, onde afirmava que buscava responsabilizá-los criminalmente, caso a situação de sua filha se agravasse.

Nessa senda, vendo a gravidade do caso, a ouvidoria decidiu solicitar à gerência e auditoria médica a realização do procedimento de auditoria, requisitando a visita de um auditor para a verificação da situação, sendo este procedimento raro nas dependências da operadora e por esse motivo, não foi concedido facilmente, contudo finalmente o convite foi aceito, realizando-se mesmo com resistência inicial da auditoria, os devidos procedimentos, informando a mãe da cliente sobre essa visita e assim no dia seguinte realizou-se a mesma.

A ouvidora e o auditor conversaram com o diretor do hospital e com o responsável pela ala em que a cliente se encontrava e descobriram que a comunicação com a mãe da cliente era demasiadamente difícil, devido aos seu comportamento colérico, onde eram constantes os insultos aos profissionais do hospital, impedindo a realização de um trabalho harmônico e um bom relacionamento entre os mesmos, chegando ao extremo do hospital não ter mais interesse na permanência da cliente.

No tocante ao quadro clínico da paciente, não havia um consenso e explicação sobre um diagnóstico, ainda que a cliente tenha sido acompanhada e visitada pelos melhores médicos do hospital e tenha realizado testes e exames requeridos para descobrir o que de fato ela tinha.

Finalizado todos os informes dos médicos, foi trabalhado pela ouvidoria a sensibilização e a empatia dos referidos profissionais, revelando as dificuldades pessoais e profissionais sofridas pela mãe da cliente que foi demitida do seu cargo de professora municipal, no interior do Estado, devido as suas faltas no trabalho, já que se dedicava exclusivamente nos cuidados de sua filha e desde outubro de 2015 havia tomado a decisão de morar no hospital com ela, já que não havia outra pessoa que pudesse se dispor para ficar no lugar dela e não tinha recursos suficientes para pagar ou arcar despesas com moradia em outro lugar, além do que pelo quadro de saúde da filha não gostaria de deixá-la sozinha e seguia aguardando um diagnóstico conclusivo.

Ainda sobre o quadro de saúde da filha, foi relatado momentos de epilepsia e esquecimento, motivo pela qual foi internada, porém recebeu alta dias depois retornando a cidade do interior. Todavia, na semana que seguiu, foi manifestado um episódio mais grave, sendo necessário retornar novamente a Fortaleza para ser internada. Nesse episódio, segundo relatos da mãe, ela deu entrada no hospital andando e falando, porém saiu da cirurgia sem andar, sem falar e irreconhecível.

Essa situação foi contestada pelos médicos que afirmam que a paciente já chegou ao hospital, falando pouco, balbuciando palavras e sendo sustentada por seus familiares e o quadro se agravou, não em virtude da cirurgia, mas pelo acometimento de uma degeneração neural.

Além dessa desavença, os profissionais não se sentiram seguros aos confirmarem o pagamento pela operadora para cobrir os procedimentos realizados e arcados particularmente pela mãe da paciente, devido ao erro constante nos sistemas somados as deficiências encontradas no tratamento direto com a mãe da cliente.

O médico auditor e a auditoria, deste modo, acordaram em se comprometer em prestar total amparo com o intuito de minimizar as aflições e angústias sofridas pela mãe, e as tensões entre ela, a cliente e os profissionais e firmaram o compromisso em ajustar e comunicar-se exclusivamente por e-mail, fazendo o repasse das solicitações para o endereço eletrônico do auditor, tendo em vista a ocorrência do problema relatado no sistema e por essa razão não seria mais a via utilizada para fins de comunicação, e agilizaria as autorizações, pois já detinha as informações sobre o quadro de saúde da cliente.

Finda a visita do médico auditor, este juntamente com a ouvidora conversaram com a mãe da cliente a fim de resgatar a confiança outrora quebrada e tentando reestruturar a sua relação com o hospital, de modo que os procedimentos de escuta e relação transcorressem da melhor forma possível, já que os profissionais que estão à frente devem ser assertivos, utilizando mensagens claras, objetivas e de fácil entendimento. Foram esclarecidos questões sobre o tratamento da filha e explanado que a indefinição do diagnóstico da cliente continuaria a ser investigado, testando todos os tipos de medicamento e tratamentos, para a observação da reação da cliente diante deles, e assim seria habitual a troca das medicações e suas dosagens para exame da cliente.

Foi ratificado pela ouvidoria o empenho de toda a equipe hospitalar para a manutenção e verificação da segurança e comodidade de sua filha, sendo necessário que ela oferecesse também voto de confiança, para que se firmasse um vínculo positivo entre a mãe e os profissionais, para que eles tivessem condições favoráveis para o exercício de seu mister e atendesse de forma a contento, sem serem pressionados ou fiscalizados de forma ostensiva, atrapalhando os tramites normais das ações cabíveis, pela resistência e crítica exercida pela mãe da beneficiária.

Sendo assim, após a visita do auditor, não foi mais registrada nenhuma reclamação por parte da mãe da cliente, e o tratamento prosseguiu de forma mais pacífica, porém quase um ano após o episódio, a paciente veio a óbito sem conseguir um diagnóstico.

Dessa forma, muito embora tenha-se chegado ao trágico acometimento de morte de uma beneficiária, resta esclarecido que todos os esforços foram realizados a fim de apaziguar a situação conflitante entre mãe, hospital e operadora, de modo que se estabeleceu uma negociação frutífera no sentido de após todas as medidas, não ter registros de reclamações.

4.3.2.3 Caso 3: Dificuldades trazidas com a COVID-19

Em 03 de abril de 2020, dias após o Dec. nº 14.611, de 17 de março de 2020, da Prefeitura de Fortaleza, que determinava o isolamento social na Capital, em razão da pandemia por COVID-19, momento em que não só a ouvidoria, mas os demais setores da operadora, trabalhavam na modalidade *homeoffice*, foi recebido, através do site, a reclamação de uma de suas beneficiárias, na qual ela informava estar grávida de 35 semanas, com data do parto prevista para o dia 22 de abril do ano corrente e foi relatado suas dificuldades na marcação do parto no Hospital Vida que, segundo ela, era na localidade de sua residência, em Itapipoca.

A cliente também informou que sua médica colocou como condição, para a realização do parto, o respectivo hospital. Por fim, a cliente relatou que apesar de estar ciente que o nosocômio em questão não era credenciado ao plano, para realizar o parto, insistia no mesmo, pois temia se deslocar à Fortaleza devido a pandemia de COVID-19.

Nesse diapasão, foi necessário examinar não só os direitos legais e contratuais da cliente, mas levar em consideração o delicado momento em que o mundo vive a pandemia COVID-19, exercendo estritamente as obrigações legais e contratuais, qual seja, disponibilizar um transporte, ida e volta, até um prestador apto para a cliente realizar o procedimento, seguindo o art. 5^a, §1^o da RN 259/2011 da ANS. Contudo, nesse cenário, poderia colocar em risco a vida da cliente e da criança, deslocando-as por ônibus interestadual.

Ademais, também não seria razoável realizar o procedimento de modo particular, pelos seguintes motivos: a ouvidoria verificou que a residência da cliente era em Itapajé, ou seja, a cliente teria que se deslocar aproximadamente por uma hora, até chegar ao Hospital Vida em Itapipoca; a operadora tinha dois hospitais credenciados, cuja as distâncias dos mesmos para a residência da cliente, era aproximadamente a mesma distância entre sua casa e o Hospital Vida, quais sejam, o HRU de Sobral e o hospital local de Acaraú e, por fim, o próprio hospital emitiu um documento à operadora informando que não mais realizava procedimentos de internação, o que inclui o parto, e procedimentos de urgência e emergência, portanto, não seriam possíveis sequer um reembolso, última opção da RN nº 259 da ANS, quando nenhuma das demais opções pudessem ser viabilizadas.

Assim, a ouvidoria iniciou sua atuação, acolhendo o pedido da cliente, considerando as particularidades da situação de saúde mundial de isolamento social, e a própria condição delicada da cliente.

O caso foi trabalhado junto à gerência utilizando-se a técnica da empatia, demonstrando que para se chegar a uma solução razoável do caso, seria necessário observar a conjuntura da situação como um todo, ir além do cumprimento da norma, afinal, a intenção da regra legal é salvaguardar o direito do cliente de receber o atendimento, para ter sua vida resguardada, as expensas da operadora, quando esta não dispuser de rede credenciada no município pertencente à área geográfica de abrangência do produto ou na área de atuação do produto da operadora.

Trabalhou-se também a técnica do *brainstorming*¹⁵, para que a gerência verificasse quais das opções poderiam agregar a obrigação legal e contratual da operadora em custear o procedimento pelo plano, com a vontade da cliente e as particularidades do cenário atual.

A solução razoável foi de a operadora garantir o transporte da cliente, de forma particular, ida e volta, a escolha da cliente, para qualquer um dos dois hospitais da rede credenciada (Sobral ou Acaraú).

Assim, essa questão resolvia o problema do local do parto, mas trouxe o segundo problema, sobre qual profissional iria realizar o parto, tendo em vista que a médica que acompanhava a cliente não atenderia em nenhum dos hospitais indicados pela operadora.

Dessa vez, o trabalho de empatia foi realizado com a cliente, demonstrando que a operadora estava sensível aos pedidos feitos por ela, excepcionando-se a favor dela a possibilidade de um transporte particular, a sua escolha, para o deslocamento tanto no dia do parto, quanto para a consulta com o médico que fosse realizar o procedimento, que a operadora entraria em contato com médico, a escolha da cliente, para viabilizar a consulta, garantir o atendimento integral e isentar a cliente de qualquer custo.

Todavia, a cliente ainda demonstrava insatisfação e inseguranças com as propostas da operadora e, nesse momento, a ouvidoria se utilizou do mecanismo de *rapport*¹⁶, através de comunicação via telefone e WhatsApp, construindo uma relação de confiança com a cliente, registrando todos os compromissos por mensagens de texto e e-mails, até que a cliente finalmente aceitou a proposta da operadora. O parto foi realizado dia 29.04.2020, e ambas, mãe e filha descansam em casa.

Logo, percebe-se que os trâmites utilizados pela ouvidoria da Unimed seguem tentando satisfazer seus clientes, fazendo uso das técnicas de mediação. Além do mais, os profissionais são preparados para atender de maneira amistosa, sendo os seus clientes em casos de reclamações, inicialmente acolhidos, pela ouvidora. Nos casos presenciais, levanta-se para receber a cliente, aperta-se a mão e agradece a presença da pessoa como forma de recepcionar educadamente e tratar cordialmente para que a pessoa se sinta confortável e relate de melhor forma seus anseios e angústias.

¹⁵ O *brainstorming* (“tempestade de ideias”, em tradução literal) é uma técnica de ideação que tem como objetivo gerar um grande volume de novas ideias. A técnica se baseia em princípios como foco em quantidade, ausência de críticas às ideias e combinação de ideias.

¹⁶ *Rapport* é um conceito do ramo da psicologia que significa uma técnica usada para criar uma ligação de sintonia e empatia com outra pessoa. Esta palavra tem origem no termo em francês *rapporter* que significa “trazer de volta”.

No caso de contatos realizados através do site, na resposta, sempre é colocado na frase inicial "A ouvidoria agradece inicialmente o seu contato" para novamente tratar com gentileza e enaltecer que o espaço de escuta é importante para a instituição. Dessa forma, é introduzida a escuta ativa, onde se começa com uma pergunta aberta como "o que traz o senhor aqui hoje" ou "em que posso lhe ajudar", para que o cliente fale e seja possível identificar os motivos aparentes e reais, determinar o pedido do cliente de forma clara para a operadora, utilizando o parafraseamento, para se fazer entender e confirmar com o cliente se o que a ouvidora entendeu de fato é o que ele quer dizer e só então registra-se a demanda. Salienta-se portanto que é através das perguntas abertas que se consegue se comunicar melhor com o cliente, entender o seu pedido e registrar a demanda.

Além disso, é necessário uma linguagem de fácil compreensão e uso da empatia, onde após o cliente relatar o problema, procura-se entender qual a sua situação social, por meio de novas perguntas abertas, compreendendo o estado emocional em que a pessoa se encontra, para junto com ela, fazer reflexões de forma indireta, para saber se tem fundamento a solicitação do cliente, neste caso a situação é revista pela ouvidoria e, em alguns casos, há pedidos de desculpas formais pelo erro. Analisa-se ainda se o pedido é técnico ou emocional ou social (ex.: pessoas que estão acima do peso, mas não cumprem as regras da DUT para cirurgia bariátrica, mas querem o procedimento porque se divorciaram e acham que vão salvar o casamento se emagrecerem, ou pessoas que contrataram o plano há alguns meses, sabendo estarem doentes, fraudando a declaração de saúde, para realizar um procedimento que elas teriam de cumprir cobertura parcial temporária por 24 meses).

Salienta-se que deve-se separar as pessoas dos problemas, tendo em vista que é muito comum a ocorrência de gritos, xingamentos e ameaças, além de toda a carga emocional que a pessoa carrega a depender do problema, mas depois que a ouvidoria consegue atender e dar uma resposta empática, a maioria das pessoas aceita a resposta da ouvidoria.

No tocante à validação de sentimentos, este é considerado um dos mais importantes pontos, pois faz parte da empatia, conquista-se o cliente nesse momento, em que a ouvidoria reconhece seja no momento do atendimento presencial, seja nas palavras escritas nas respostas, os sentimentos dos clientes, que isso foi levado em consideração, ainda que a resposta não seja a favor do pedido do cliente.

E no tocante a fabricação de um resumo, este no atendimento presencial é realizado antes de gerar-se a demanda, e no atendimento pelo site, como é o próprio cliente quem escreve, é feito no início do e-mail da resposta, para que o cliente saiba que a ouvidoria entende o que

ele quis dizer, antes de ler a resposta. As mesmas técnicas são realizadas com os colaboradores internos, pois muitos levam para o pessoal quando há alguma reclamação referente ao seu setor ou entre setores.

Outro ponto importante é que os beneficiários tem procurado mais a ouvidoria do que o judiciário e a ANS. No ano de 2018 foram 402 demandas de ouvidoria, contra 94 NIP e em 2019 foram 553 contra 156 NIP e processos judiciais, de acordo com os dados da ouvidoria da Unimed Fortaleza.

A grande dificuldade da ouvidoria é que boa parte dos beneficiários que procuraram judiciário e ANS, não procuraram a ouvidoria e assim é necessário a intensificação da divulgação para tentar fazer com que os clientes só busquem essas alternativas, se realmente ficarem insatisfeitos. Ressalta-se que a grande maioria das demandas recebidas pela ouvidoria não são levadas ao judiciário e a ANS e note-se que em mais de 50% delas, a ouvidoria manteve a negativa do primeiro atendimento, ou seja, o cliente não recebeu o que pediu, mas aceitou a resposta da ouvidoria.

Para fins de demonstração da evolução do uso do canal de comunicação, Ouvidoria, fornecido pela Unimed Ceará, passa-se a analisar e discutir os dados apresentados como forma de comprovar a eficácia desse instrumento para resolução de problemáticas de diversas espécies.

Foi realizado um levantamento documental dos último 5 anos e inicialmente montou-se uma tabela indicativa com as seguintes informações, número de manifestações, para fins de observação se houve aumento das demandas, canal mais utilizado, verificando a preferência dos usuários, qual o tipo de manifestação mais recorrente e análise do cumprimento obrigacional de resposta dentro do prazo legal.

Tabela 1: REA Relatório Estatístico e Analítico -REA - Ouvidoria da UNIMED Anos de 2015/2019

Ano	Número de Manifestações	Canal mais utilizado (%)	Tipo de Manifestação (%)	Percentual de Resposta dentro do prazo (%)
2015	283	50,53% Site	Reclamação 83,74%	90,81%
2016	225	47,55% Site	Reclamação 89,33%	95,11%
2017	315	62,85% Site	Reclamação 89,5%	97,77%

2018	418	88,03 % Site	Reclamação 85,64%	81,04%
2019	435	78,39 % Site	Reclamação 77,24%	76,78%

Fonte: REA -Unimed Fortaleza -Ce (2015 a 2019). Elaboração própria.

Dessa forma, a primeira coluna da tabela acima destaca um aumento considerável nas manifestações registradas por acesso à ouvidoria da Unimed, quase dobrando no ano de 2019, comparativamente ao ano de 2015 e através deste resultado pode-se concluir diferentes interpretações a serem contextualizadas com análise de outros fatores que influenciam diretamente a apuração das demandas recebidas.

Percebe-se então que houve um incremento que pode ser justificado pela ampliação da divulgação desse instrumento de acesso aos usuários, bem como a melhor instrução dos cidadãos e aumento da visibilidade da ouvidoria através principalmente das mídias que esclarecem e enaltecem os direitos dos consumidores, incentivando a busca por eles quando há colisão de alguma ordem e sendo o canal da ouvidoria, de fácil acesso a todos.

Essa evolução também está relacionada com a nova sociabilidade política disseminada em todo o país, onde a sociedade se sente mais livre para se expor e vem se impondo, progressivamente. Esse crescimento se deve também na confiabilidade do canal se for analisado o alto índice de resolutividade das demandas em curto prazo, cumprindo as normas legais que determinam a solução do conflito em até 7 dias e conforme demonstrado, há um percentual quase que atingível a garantia dos 100%, apesar de ter havido uma queda no ano de 2018 e outra mais brusca em 2019.

Há que se ressaltar que algumas pessoas poderiam entender esse aumento, como geração de maiores insatisfações, contudo apesar da procura pela ouvidoria ser determinante para os casos de reclamações com algum serviço, há também espaço para outros tipos de manifestações não retratados nessa tabela, pois são em menor número, podendo esclarecer que a ouvidoria recebe sugestões e elogios. Logo, não se pode atribuir que o avanço dos números de demandas ocorram substancialmente pelos problemas encontrados na operadora, ainda que sejam a maioria.

Outrossim, também deve relacionar o aumento do número de beneficiários que acaba repercutindo no avanço de solicitações junto à ouvidoria, pois quanto mais associados, maior a

probabilidade de problemas pela diversificação de procedimentos, serviços, localidades, aumento da equipe profissional, tudo isso acarreta tantos ganhos para empresa, mas em contrapartida, são novas formações que estão propensas a desgastes interpessoais.

Logo o aumento considerável e ascendente entre 2015 e 2019, caracteriza uma ampliação da participação social, mas também um possível aumento das necessidades de saúde da população.

No tocante ao tipo de canal mais utilizado, o site disparadamente vem apontando como a modalidade preferida e isso remete a praticidade e ao avanço das novas concepções tecnológicas e estilo de vida da sociedade.

Há alguns anos, as pessoas desconfiavam dos recursos tecnológicos e faziam uso na maioria das vezes de canais que pudessem recepcionar presencialmente. Embora, ainda muitas pessoas resistam a essa forma de atendimento ao seu pleito, por considerar mais contundente o olhar e resolução frente a frente. A comodidade e facilidade oferecida pelo atendimento através de site, permite que pessoas que residam em áreas longe da sede da operadora ou que não disponham de tempo suficiente para deslocamentos, consigam ter suprida sua demanda, sem maiores dificuldades.

Observa-se também que houve variações desse número, devido a escolha de outros canais o que não sustenta uma evolução constante da escolha pelo site como canal para as manifestações, porém ainda continua havendo um percentual bastante expressivo, visto que conta atualmente com 78,39% da preferência dos usuários.

Sendo assim, em análise sobre a perspectiva dos canais de acesso escolhido, os dados demonstram pouca diversificação dos contatos dos cidadãos que substancialmente dão preferência para registros através do próprio site da Unimed.

Em relação ao tipo de manifestação, sem surpresa, a reclamação ganha destaque e muitas pessoas sequer conhecem outras finalidades como consulta, elogio, sugestão e denúncia. Sendo assim, acaba-se enraizando a modalidade de reclamação como a campeã de manifestações, visto que o interesse maior dos beneficiários é reivindicar algum direito supostamente desrespeitado, o que acaba sendo benéfico para cooperativa que terá oportunidade de sanar administrativamente e de forma negociada, de forma que sai menos oneroso do que uma judicialização.

Observando ainda o número de reclamações, evidencia-se também uma oscilação do percentual atingido pelo tipo de manifestação, podendo enfatizar que houve uma sutil queda no

último ano, mas que ainda assim representa um percentual elevado, visto que no último relatório, as reclamações apresentadas representou 77,24% das manifestações.

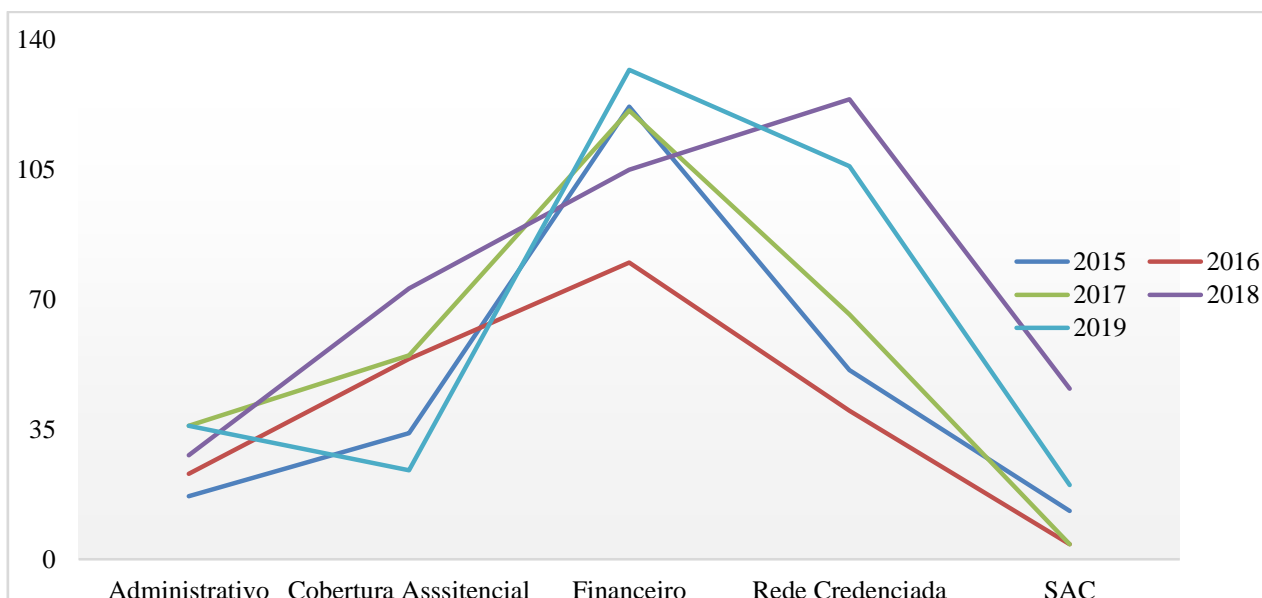
As reclamações são oriundas de diversos tipos de insatisfação, onde o sistema permite categorizar a manifestação do cidadão de acordo com uma série de variáveis desenvolvidas e dessa forma podem vir de beneficiários com planos coletivo empresarial, coletivo por adesão, individual ou familiar ou também podem ser registrados por corretores de planos, gestor do contrato coletivo, prestadores de serviço, dentre outros interessados, contudo, não foi registrado nenhuma manifestação destes últimos no período de 2015 a 2019, segundo o Relatório, sendo procurado portanto apenas por beneficiários que reclamam acerca de serviços prestados que podem ser de ordem administrativa, cobertura assistencial, questões financeiras, sobre a rede credenciada ou ainda advindas do serviço de atendimento ao cliente, que é um instrumento para reclamações de 1ª instância.

A partir do banco de dados do sistema informatizado da Unimed, pode-se gerar o relatório, observando os tipos de reclamações mais recorrentes, ou seja, o assunto mais demandado, que gera mais insatisfação dos beneficiários e a empresa deve articular com os órgãos ligados às atividades de Ouvidoria, para manter o controle da qualidade dos serviços de saúde ofertados, zelando pelo cumprimento da RN 323/ 2013 onde os relatórios também são enviados à Agência Nacional de Saúde (ANS), contendo todas as demandas, sejam elas reclamações ou sugestões.

Nota-se que os clientes da Unimed passaram a buscar mais a própria operadora para resolver os conflitos, o que demandou também a implantação de uma assessoria jurídica especializada e exclusiva.

Para melhor elucidação dos fatos, segue gráfico demonstrativo:

Gráfico 1: Detalhamento dos tipos de reclamações advindas da Ouvidoria Unimed Fortaleza no período de 2015 a 2019.



Fonte: Fonte: REA -Unimed Fortaleza -Ce (2015 a 2019). Elaboração própria.

Destaca-se que os motivos “Financeiro” e “Rede Credenciada” foram os mais presentes, sendo o primeiro o mais recorrente nos anos de 2015, 2016, 2017 e 2019 e sendo responsável, na maioria das vezes, por mais da metade das reclamações e os problemas relativos a Rede Credenciada tiveram um incremento no ano de 2018. Outro ponto positivo a ser destacado é o número pouco expressivo de reclamações sobre o SAC, o que leva a crer que muitas divergências podem ser solucionadas em sede dessa instância, tornando ainda mais célere o desfecho da problemática.

Problemas envolvendo a cobertura assistencial vêm decaindo, o que demonstra preocupação da operadora em melhorar a prestação de serviços nesse quesito, proporcionando maior satisfação e adesão de um maior número de clientes com a entrada de novas modalidades médicas e incremento de profissionais.

Com relação ao desempenho das atividades das Ouvidorias da Operadora, demonstrada na última coluna da Tabela 1, foi obedecido o tempo estipulado pela Agencia Reguladora (07 dias), observando que o menor desempenho, com 76,78% ocorreu no ano de 2019, o que revela maior preocupação com esse declínio, devendo a operadora tomar atitudes emergentes para que esse declínio não permaneça.

Nesse sentido, de acordo com o relatado a unidade de saúde concluiu suas demandas dentro do prazo estabelecido no normativo, devendo apenas se precaver para que o cumprimento seja uma constante em busca da excelência nos atendimentos prestados pela ouvidoria.

Ressalta-se que além de solucionar os casos, a partir das manifestações registradas pelos usuários dos serviços oferecidos pela cooperativa médica, a ouvidoria tem o poder de sugerir medidas, acionando a equipe gerencial, com o intuito de aperfeiçoar os seus mecanismos de trabalho, reparando as falhas e melhorando os procedimentos necessários para garantir a satisfação de seu cliente.

Dando continuidade a análise do caso das Ouvidorias instaladas na Unimed Fortaleza e sua atuação no período retroativo de 5 anos, passa-se a verificar a avaliação e recomendações expostas como forma de aprimoramento dos serviços prestados.

Tabela 2: Avaliação e Recomendações referentes à ouvidoria da Unimed Fortaleza no período entre 2015 e 2019

Ano	Avaliação	Recomendações
2015	Não há	<p>1)Solicitou-se a implementação de avaliação do trabalho do atendimento presencial e telefônico, e da ouvidoria.</p> <p>2)Desburocratizar o processo de autorização de procedimentos. Processos foram automatizados, solicitações de risco são autorizadas automaticamente, divulgação de autorização via site para dar agilidade ao processo e diminuir o tempo de espera e de pessoas no atendimento presencial;</p> <p>3)Contratação de consultoria utilizando as técnicas de BPM para melhorar todos os processos. Contratação e treinamentos realizados com os gestores. Instituição de um escritório de processos em andamento;</p> <p>4)Disponibilização de boletos por e-mail;</p> <p>5)Melhoria das regras de vendas de plano com desconto familiar;</p> <p>6)Processo de exclusão bem definido;</p> <p>7)Devido ao número de demandas sobre reembolso, foram elaboradas declarações para que os clientes atestem ter conhecimentos de que, nos casos de médicos não cooperados, hospitais não credenciados e situações afins, o reembolso será realizado se comprovadas as situações definidas no art. 12 , VI da lei nº 9.656/98, evitando as alegações de desconhecimento da lei e informação pela operadora;</p> <p>8)Do mesmo modo, foram elaboradas declarações que devem ser assinadas pela auditoria médica, explicando, de forma clara e objetiva, as solicitações de justificativa médica e autorizações de acordo com os códigos e procedimentos do Rol, pois não se tratam de negativas.</p>

2016	Não há	<p>1) Criação de pesquisa de satisfação da ouvidoria, do atendimento presencial e telefônico;</p> <p>2) Desenvolvimento de programa de fluxo de acompanhamento das demandas de ouvidoria;</p> <p>3) Criação de um comitê para acompanhamento das demandas judiciais e NIPS;</p> <p>4) Melhorias no processo de cancelamento de planos por inadimplência, com rígidas observações ao art. 13, II da Lei 9.656/98;</p> <p>5) Melhoria no texto de cláusulas contratuais sobre abrangência de contrato;</p> <p>6) Recomendação de melhoria na prestação de informações presenciais e telefônicas sobre motivos de negativa com esclarecimentos claros e precisos.</p>
2017	Regular	<p>1) Equipe de monitoramento de NIPS;</p> <p>2) Diminuição do prazo de respostas entre setores para até 2 dias;</p> <p>3) Textos das negativas mais enxutos, objetivos e de linguagem clara;</p> <p>4) Um colaborador de cada setor para receber e tratar as demandas de ouvidoria;</p> <p>5) Implementação de pesquisa de satisfação da ouvidoria;</p> <p>6) Implantação da pesquisa de satisfação dos setores de atendimento;</p> <p>7) Mudança em alguns contratos que tratam de forma de cobrança de coparticipação;</p> <p>8) Sistema de cruzamento de dados de todas as demandas que envolvam reclamações de beneficiários (jurídico, ouvidoria, atendimento);</p> <p>9) Revisão de processos de reembolso;</p> <p>10) Contratação de novos profissionais para suprir alguns municípios que careciam de terapias;</p> <p>11) Revisão dos processos de cancelamento</p>

2018	Bom	<ol style="list-style-type: none"> 1) O aumento do número de facilitadores da ouvidoria; 2) Uma consultoria para melhoria de processos internos; 3) Treinamento dos colaboradores sobre a importância da excelência no atendimento como um todo, que não se resume a linha de frente; 4) A mudança no sistema interno de cancelamento dos planos, que deixou de ser automática, para manual, assim, evita-se exclusões indevidas; 5) O processo de atender os clientes ainda na linha de frente com um atendimento especializado e, se o cliente ainda não ficar satisfeito o direcionamento a ouvidoria; 6) A revisão de contratos e de cláusulas contratuais; 7) O monitoramento de NIPs; 8) Desenvolvimento de técnicas de comunicação não violenta, de mediação e relação ganha - ganha (quando forem solicitadas autorizações de procedimentos fora do rol).
2019	Regular	<ol style="list-style-type: none"> 1) Alinhar o processo de entrega de negativa no prazo de 24h; 2) Reformular as respostas enviadas aos clientes pelo WhatsApp, pelo primeiro atendimento; 3) Divulgação da própria ouvidoria também pelo WhatsApp; 4) Treinamentos em comunicação, para que as respostas sejam encaminhadas aos beneficiários com mais empatia e informações objetivas, e pela comunicação mais assertiva entre os colaboradores; 5) Avaliação caso a caso de procedimentos fora do rol; 6) Atendimento dos clientes pela ouvidoria por outros canais, além dos já existentes.

Fonte: REA -Unimed Fortaleza -Ce (2015 a 2019) Elaboração própria.

Com relação à avaliação, apenas foi possível o registro no ano de 2017, sendo inclusive uma das recomendações dos anos anteriores para fins de melhor verificação sobre a satisfação dos usuários a este canal de comunicação, contudo, apenas em 2018 houve um avaliação positiva, sendo classificada com BOM e nos outros anos foi descrita como REGULAR, demonstrando assim a necessidade de implementação de melhorias nesse instrumento.

Verificando as recomendações, vislumbra-se a necessidade de aperfeiçoamento constante, visto que sempre há o que melhorar e as exigências vão se diversificando com o passar do tempo, conforme novos casos vão surgindo e com eles novas problemáticas a ser resolvidas pela cooperativa.

No ano de 2015 buscou-se implementar melhorias no sistema de informação da empresa como todo a fim de agilizar os procedimentos básicos, bem como foi exigido a implantação da

avaliação de trabalho que nesse ano já se encontrava em andamento, dentre outras solicitações, nos anos seguintes alguns problemas perduraram, observando a existência de dificuldade de acesso a alguns serviços, burocratização para determinados tipos de cancelamentos e outros procedimentos que poderiam causar morosidade na entrega efetiva dos serviços, o que pode afastar a clientela. No entanto há pontos inócuos nas recomendações de todos os anos que identificam o aperfeiçoamento dos recursos de recepção das manifestações como essencial para ter mais respostas e estreitar esse canal de relacionamento.

Ademais, propõe-se a criação de novos meios de acesso dos usuários para que a ouvidoria se torne ainda mais utilizada, sendo possível por exemplo, via whatsapp, que é um recurso amplamente utilizado pela sociedade, o que garante mais popularização dessa ferramenta, podendo ser mais facilmente divulgada, compartilhada e assim a cooperativa tratará melhor de seus clientes, pois passará a conhecê-los melhor através das demandas contendo os seus anseios, inquietações e expectativas, além de possíveis propostas, sugestões, denúncias e elogios que porventura possam vir dentre essas manifestações.

Os setores do empreendimento devem estar conectados para evitar as falhas na comunicação e gerar ou até mesmo agravar conflitos já existentes, portanto quando se trata de recomendações, toda a equipe deve buscar ter comprometimento para colocar em prática as mudanças a fim de viabilizar um melhor tratamento aos seus clientes.

Nesse sentido, as recomendações devem agregar valor ao cidadão e à organização onde será implementada na busca de uma solução efetiva, muito embora não tenham caráter obrigatório, mas demonstra ações importantes, identificando as responsabilidades para os planos de ação a serem submetidos.

Através dessa análise, foi possível ter conhecimento sobre o cenário da ouvidoria numa cooperativa médica, reconhecendo o avanço instituição e como é válida a proposta de diálogo que a ouvidoria exerce como mediadora de conflitos na área da saúde, mas ainda assim percebe-se que o fortalecimento se faz necessário, diante da existência de tantas manifestações e indicadores sobre muitas recomendações para conseguir suprir a contento todas as demandas recebidas, almejando a paz e a construção da cidadania ativa.

As escutas dos “dizeres” dos usuários dos serviços de saúde suplementar através da ouvidoria, permite o despertar para o enfrentamento de problemas de cunho técnico, relacionamento e de comunicação, por isso muitas vezes é utilizado o serviço de auditoria como forma complementar para verificação minuciosa dos erros e falhas contidas na organização e

as técnicas utilizadas no mecanismo de mediação muito contribuem para o desenrolar pacífico e harmônico buscando o desfecho ganha-ganha.

Embora o relatório não mostre características sobre os usuários da ouvidoria, sabe-se que não há um perfil único de pessoas que o utilizam, até porque o público cliente de planos de saúde são pessoas com características variadas no tocante a idade, raça, gênero e mesmo que seja um serviço pago, pelas muitas possibilidades existentes de se obter planos empresariais, poder haver pessoas pertencentes a classe alta, média ou baixa, e dessa forma, a cultura organizacional precisa ser trabalhada, pois a situação ideal de atendimento e tratativa de conflitos está longe de ser consolidada.

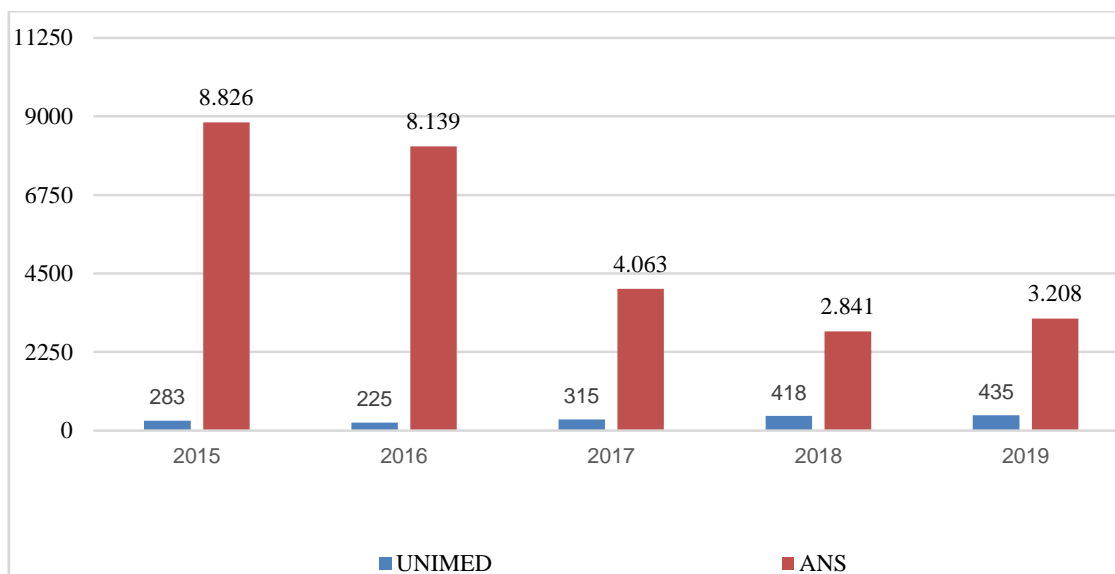
Sobre a importância da coleta dessas informações pela ouvidoria, o Ministério da Saúde ressalta que:

O processo de escuta do cidadão se dá individualmente, porém, a Ouvidoria tem como atribuição sistematizar as demandas que recebe, de forma a possibilitar a elaboração de indicadores abrangentes que podem servir de suporte estratégico à tomada de decisão no campo da gestão da saúde (Brasil, 2013b).

Dessa forma, resta estabelecido que a Ouvidoria é uma ferramenta eficaz para o planejamento não somente da instituição, mas na universalização do direito à saúde e não deve se ater como apenas um setor produtor de dados estatísticos, mas sobretudo aproveitar as informações colhidas e empreender ações eficazes para trazer soluções efetivas a problemas recorrentes e acrescentar novas metodologias de engajamento com as pessoas, estreitando os laços com seus clientes.

Fazendo um comparativo sobre as demandas recebidas a nível nacional pela ANS e as recepcionadas pela Unimed Fortaleza, percebe-se que não houve a mesma evolução, conforme demonstra gráfico a seguir:

Gráfico 2 - Demandas recepcionadas na Ouvidoria pertinentes à ANS e Unimed Fortaleza no mesmo período – 2015 a 2019



Fonte: ANS e REA Unimed Fortaleza. Elaboração própria.

Os resultados apontam que enquanto a cooperativa médica apresenta um aumento gradativo de manifestações, a ANS não obteve esse incremento das ocorrências registradas em sua ouvidoria, não se tratando, contudo, de um dado negativo, já que pode levantar suspeitas de duas justificativas. As pessoas podem estar se sentindo realmente mais satisfeitas com suas operadoras de planos de saúde e os serviços por elas prestados, já que nesse gráfico foi apontado recebimento de manifestações de abrangência em todo território brasileiro, ou as manifestações estão sendo direcionadas a canais mais próximos, o que pode se tornar mais proveitoso no tocante à resolução e tempo de resposta.

Analisando a Unimed percebe-se que ela vem numa crescente em suas demandas e ainda assim o seu trabalho não é comprometido, tendo em vista que é melhor quando há explanação dos incômodos vivenciados pelos beneficiários e equipe, do que silenciar e não se ter a oportunidade de proporcionar melhorias em seu ambiente. No caso da ANS, como se trata de uma Agência Reguladora ela veio com um decréscimo até o ano de 2018, e em 2019 teve um acréscimo, recebendo 3.208 manifestações relacionadas aos assuntos de competência da Agência.

Deve-se ressaltar que o funcionamento da ouvidoria da ANS ocorre da seguinte forma, os assuntos pertinentes à sua competência são recepcionados e contabilizados no relatório obrigatório emitido anualmente e as demandas que se destinam a outros órgãos e instituições são encaminhadas automaticamente pelo próprio sistema para a ouvidoria competente, assim

como as manifestações sem fundamento e elementos que subsidiem a apuração e manifestações em duplicidade são arquivadas. Lembrando que no caso dos encaminhamentos, é comunicado aos usuários, esclarecendo-se como se dá a atuação da ouvidoria e as competências legais da Agência.

Cumprido esclarecer que o aumento das demandas relativas ao último ano pode ser justificado pela implementação de um dos projetos promovidos pela Ouvidoria chamado #TôTeOuvindo, através desse projeto que tem como objetivo o incremento da participação social, foi criado um meio de melhor acesso à população acrescentando a opção na Unidade de Resposta Audível - URA, a qual ainda se encontra em fase de testes; mudou-se a interface do site para facilitar a sua navegação e foi realizada uma campanha para ampliar a divulgação dos canais de atendimento da Ouvidoria da ANS nas redes sociais, garantindo maior visibilidade do público externo.

Além do projeto acima citado, ainda foram implementados o Projeto #SeLiga, com foco no monitoramento dos serviços externos prestados pela ANS, fazendo o acompanhamento de dosagens de atendimentos prestados pelos canais de relacionamento, e o Projeto #SomosANS que promove a participação e engajamento de servidores e colaboradores, para que sejam mais comprometidos com o seu papel como agentes de transformação de sua realidade e da instituição, contudo ratifica-se que o responsável pelo incremento das demandas, justificada pelo próprio objetivo da implementação, foi o Projeto Tô te ouvindo.

Salienta-se que do total de operadoras em atividade no país em 2018, 96,4% possuíam unidades de ouvidoria, o que representa um grande avanço para o setor de saúde suplementar que através desse canal de comunicação pode dar um tratamento formal e adequado às demandas tomando as providências cabíveis, observando-se os prazos legais.

Pondere-se que embora o relatório não retrate os mecanismos utilizados para sanar as problemáticas envolvidas nas instituições de saúde, mas conforme observado nos casos trazidos pela Unimed Fortaleza, percebe-se que a mediação vem auxiliando a prática metodológica dos mecanismos de comunicação da ouvidoria, prezando pela qualidade das relações, observando as dificuldades de forma empática e respeitando a diversidade dos clientes, diminuindo as instaurações de processos judiciais, trazendo benefícios tanto ao cidadão como para a instituição.

4.3.3 Comprovação da eficiência das ouvidorias em meio hospitalar diante de estudos científicos

Avaliar a percepção dos gestores de ambientes hospitalares com relação ao papel da ouvidora é de extrema importância, tendo em vista ser uma tendência a resolução extrajudicial dos conflitos por sua praticidade e eficácia. Ademais as ações da Ouvidoria podem trazer humanização hospitalar, e incentivo a democracia participativa, fortalecendo a cidadania.

O cliente dos serviços de saúde, não se limitam aos pacientes, visto que as relações profissionais interferem diretamente na qualidade da oferta dos serviços e conseqüentemente pode abalar o nível de satisfação de todos os usuários.

Com o intuito de trazer maiores reflexões sobre o tema, compreendendo como o universo hospitalar pode ter uma melhor gestão administrativa e de conflitos fazendo uso das ouvidorias, foi realizado um levantamento de artigos científicos cuja pesquisa se deu no âmbito de instituições, observando a atuação desse meio de comunicação e seus reflexos na vida cotidiana de profissionais e pacientes.

Serão apresentadas duas tabelas, uma constando nome do autor, ano da publicação e qual a amostra utilizada na pesquisa e outra com o autor e conclusão, demonstrando maior incidência de reclamações e indicando como a ouvidoria contribuiu para a melhoria das relações no ambiente hospitalar, levando-se em consideração que é um instrumento eficaz para gerir os conflitos de variadas ordens.

Tabela 3: Descrição dos estudos selecionados

Autor (Ano)	Instituição	Amostra
SOUZA (2010)	Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia, no Rio de Janeiro	Verificou-se no ano de 2009, 3.895 processos de demandas com registro na ouvidoria e foram entrevistados 31 enfermeiros.
SANTOS (2019)	Complexo Santa Casa de Maceió	No período de março a maio de 2018 foram realizadas 4.214 pesquisas com os usuários do Hospital.
CHAVES et al (2019)	Hospital São Camilo e São Luís – HSCSL	No período de 2014 a 2017, foram verificados relatórios analisando 3.459 manifestações registradas na Ouvidoria.

MARTINIANO (2013)	Parceria entre Ouvidoria do Município e Coordenação da Atenção à Saúde de Maracanã das Unidades Básicas de Saúde da Família.	No período de agosto/2012 a maio/2013 foram analisadas 1.535 manifestações da Ouvidoria, constando 75% de registro nas Urnas implantadas nas unidades de saúde do Município.
RODRIGUES (2017)	Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro-SES/RJ	Relatório da Ouvidoria da Saúde do Estado do Rio de Janeiro do ano de 2015.

Fonte: Elaboração própria

E para melhor visualização foi elaborada tabela contendo apenas os resultados obtidos nos trabalhos elencados a fim de que se possa ter uma ideia da aceitação e benefícios advindos da implementação e uso das informações colhidas nas ouvidorias em sede de instituições hospitalares, sejam elas do ramo público ou privado e qual o nível de satisfação dos envolvidos, bem como os benefícios trazidos para as organizações que fazem uso desse instrumento que promove transformações nas relações entre indivíduos.

Tabela 4: Conclusão dos estudos selecionados

Autor (Ano)	Conclusão
SOUZA (2010)	Observou-se que 52,3% das demandas recebidas na Ouvidoria, o equivalente a 2039 manifestações, foram de pedidos que expressavam a necessidade de ajuda dos usuários em relação ao atendimento prestado pela instituição. O conhecimento das necessidades e expectativas dos usuários possibilitou avaliar e identificar a pertinência e eficácia dos serviços prestados, e a instituição continuou dedicando-se a coletar dados e informações relevantes para a tomada de decisões. Dessa forma, a ouvidoria permitiu avaliar o serviço identificando a intercorrências e particularidades, exigindo assim maior atenção para observar, escutar, imaginar e antecipar ajustamentos e adaptações.
SANTOS (2019)	A pesquisa resultou em respostas que atestam que 66% dos clientes se encontram satisfeitos com os serviços prestados pelo Complexo Santa Casa de Maceió. Com a inclusão do instrumento de pesquisa ao serviço de Ouvidoria como mais um meio de comunicação com o cliente foi possível perceber a importância deste como um aliado para gerenciar o relacionamento da instituição com os seus usuários, além da constatação de que a união da pesquisa com as manifestações dos clientes traz subsídios para traçar melhorias e para a tomada de decisão da instituição.

CHAVES et al (2019)	Verificou-se que 36,95% das demandas recepcionadas na Ouvidoria da instituição, que corresponde a 320 manifestações, estão relacionados ao tempo de espera para o atendimento em todos os serviços. Durante o acompanhamento pelo Setor da Qualidade observou-se que o desfecho final se deu favorável para 100% dos pacientes envolvidos nas notificações geradas pelo Serviço de Ouvidoria.
MARTINIANO (2013)	Verificou-se que das 1.535 manifestações analisadas pela Ouvidoria, 46% tratava-se de sugestões, o que em números correspondia a 707 registros. Por meio dessa análise, foram elaborados relatórios que por sua vez foram discutidos para a resolução das questões apresentadas, demonstrando a valiosa contribuição da população que mostrou interesse em participar por meio do canal da Ouvidoria.
RODRIGUES (2017)	Foi analisado o Relatório da Ouvidoria da Saúde do Estado do Rio de Janeiro do ano de 2015, onde trouxe o percentual de resolubilidade das demandas registradas nas Ouvidorias de 79% no ano de 2015, corroborando o entendimento de que os dados contidos nesse instrumento podem ser utilizado a favor da gestão, desde que instrumentalizado adequadamente, aprimorando a prestação dos serviços de saúde aos cidadãos

Fonte: Elaboração própria.

No primeiro trabalho realizado no Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia, no Rio de Janeiro, os dados foram extraídos de 3.895 registros e contou com entrevistas de 31 profissionais de enfermagem com intuito de conhecer as maiores insatisfações dos usuários e compreender como se dá as relações naquele ambiente. Assim a equipe pode através da opinião de seu público, reconhecer suas falhas para alcançar a qualidade, já que a ouvidoria oportuniza a avaliação dos procedimentos praticados, a correção dos problemas e a instituição pode ter um desfecho consensual e positivo.

Ademais, pode-se refletir a necessidade de promover a melhoria contínua e efetiva, e se faz possível com a instalação de um mecanismo que esteja disponível sempre para a escuta de seus clientes, como é o caso da Ouvidoria, que dá ampla liberdade para se posicionar diante dos serviços prestados, sem represálias ou discriminações, além da possibilidade de sugerir, elogiar ou denunciar casos que manifestadamente fossem contrários a moral e a lei.

A valorização desse recurso e a socialização se fez presente no referido trabalho, demonstrando como uma boa comunicação permite ampliar possibilidades que não poderiam ser vistas sem o processo da escuta empática.

O segundo artigo que tratou de observar pesquisas realizadas com os clientes/ pacientes do Complexo Santa Casa de Maceió, no período de março a maio de 2018 destacou que os

clientes responderam positivamente, inclinando a sua satisfação com sua experiência no hospital. Para realização dessa pesquisa, utilizou-se o serviço de Ouvidoria, atestando mais uma vez como um instrumento importante para avaliação do relacionamento com os clientes e promoção de mudanças assertivas para melhorar o ambiente hospitalar e assim poder oferecer melhores serviços. Importante ressaltar que na pesquisa observa-se não somente a satisfação ou não do paciente, mas os motivos que geram a insatisfação para que a partir dessas informações possa se agir corretamente e promover a excelência no atendimento.

Essa identificação assemelha-se com o procedimento da mediação, que procura descobrir as reais causas que levaram a geração de determinado conflito e apenas após essa descoberta é possível traçar metas e procurar uma solução que satisfaça ambas as partes. Dessa forma, a partir das informações obtidas pelos clientes que tem a ouvidoria como mediadora se chegará ao processo de promoção de melhorias necessárias.

No caso da pesquisa do Serviço de Ouvidoria do Hospital São Camilo e São Luís – HSCSL foram analisados os relatórios emitidos pela instituição, e observada que as maiores demandas eram relacionadas ao retorno das respostas, o que denota-se que o atendimento não era prestado a contento a seus clientes que primam pela agilidade, principalmente quando se tratam de questões de saúde que demandam urgência. Contudo através dessa investigação, foi possível reverter a situação fática de descontentamento, implantando ciclos de melhoria, onde os colaboradores e profissionais do hospital devidamente treinados puderam melhorar esse aspecto e o resultado final foi positivo, ao observar que 100% dos usuários que haviam reclamado, admitiram estar satisfeito com a iniciativa tomada pela instituição, garantindo a qualidade do serviço prestado.

A publicação de Martiniano (2013), recebeu o Prêmio Cecília Donnangelo de Ouvidoria que reconhece e premia iniciativas bem sucedidas de Ouvidorias do SUS e posteriormente Maracanaú, local onde foi realizado o projeto inovador, foi selecionado para participar de uma pesquisa 2016-2017, da Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz, que faz parte da “ Qualificação da Gestão Participativa do Sus”, por se tratar de um caso de sucesso, podendo servir de exemplo de gestão participativa, pelos ótimos resultados apresentados.

O caso trata-se de uma parceria realizada entre o Município e a Coordenação Atenção à Saúde de Maracanaú das Unidades Básicas de Saúde da Família, onde objetivando aproximar os usuários na gestão do serviço implantaram Urna de Sugestão como forma de acompanhamento dos anseios da população que fazia uso dos serviços de saúde, as informações

contidas nesse instrumento eram então juntadas com as recepcionadas pelos outros canais da Ouvidoria e então analisadas, discutidas e tomadas as devidas providências.

Essa ideia das Urnas facilitou o acesso da maioria da população que tinham dificuldades de uso de outros meios de comunicação que poderiam ser através de ligação telefônica, presencialmente ou outro modo, possibilitando o exercício da cidadania ao valorizar a opinião de cada um que depositasse a sua sugestão. Inicialmente, a Ouvidora se dirigia à Unidade de Saúde da Família, onde era feita a abertura da urna, a análise e discussão do seu teor pela equipe responsável presente, transformando-se em relatório a fim de ser executadas as possíveis demandas com suas respectivas formas de resolução. Outra característica importante a se destacar refere-se no caso de sugestões identificadas, a equipe se dirigia presencialmente ao encontro do usuário para informá-lo sobre a análise de sua manifestação. Assim, observou-se ampla participação da população que democraticamente contribuiu para o avanço e melhoria da qualidade dos serviços de saúde, fazendo uso dessa ferramenta.

E por fim, no último trabalho apresentado, ficou firmado o entendimento de que as Ouvidorias são espaços de controle social direto e traz ótimos benefícios para a sociedade, motivo pelo qual necessita ser mais divulgada. Na análise realizada acerca do Relatório elaborado no ano 2015 sobre a Ouvidoria da Saúde do Estado do Rio de Janeiro, percebeu-se índice relevante de resolução dos conflitos enfrentados em sede da Ouvidoria, facilitando o processo de gestão e permitindo maior satisfação das pessoas ao verem seus pleitos serem atendidos.

Logo, confirma-se através de todos os dados coletados de instituições que fazem uso da Ouvidoria que é possível empreender esforços para a resolução das manifestações de forma a garantir mais facilmente a satisfação de seus usuários/clientes e assim equilibrar as relações entre o cidadão e todos os atores envolvidos no ambiente hospitalar, dando legitimidade à participação social, além de ser uma ferramenta de gestão.

Destarte há que se ressaltar que ainda há necessidade de maiores investimentos para tornar esse instrumento acessível e viável a todos, ampliando sua divulgação para se promover a emancipação social em busca de seus direitos relacionados à saúde e para que a instância administrativa da ouvidoria seja mais propagada com uso da mediação, fortalecendo a cidadania ativa no país.

CONCLUSÃO

A evolução histórica do direito à saúde está relacionada diretamente à evolução político-social e econômica da sociedade e é perceptível que na prática ainda encontramos certo distanciamento da teoria igualitária preconizada na Constituição do Brasil.

Para início da pesquisa foi realizada análise sobre as normativas da saúde na Carta Magna, percebendo-se que há necessidade de suprir as muitas carências oriundas das desigualdades de condições, do descaso do poder público nessa área vital, e da própria incorporação do significado antigo de cidadania, como guardião e fonte de direitos. Já se avançou muito no campo legislativo, portanto o respeito aos preceitos contidos na constituição proporcionaria, assim, uma qualidade de vida merecida a todos os seres humanos, sem restrições, seguindo o princípio da universalização da saúde, juntamente com os demais princípios e objetivos, contudo a realidade fática mostra um cenário diverso.

Cabe assim, ao Estado a regulamentação, fiscalização e controle da saúde pública e complementar, autorizadas pela Constituição Federal, e a população tem autonomia e garantia de participação das decisões políticas nesse aspecto.

Demonstrou-se no primeiro capítulo ainda que o acesso à saúde no Brasil é apresentado através de sistema público e este também agrega a formalização do setor privado, ressaltando que este vem numa crescente, representando relevante número de beneficiários que contratam operadoras de planos de saúde, mas ainda assim não está livre da ocorrência de insatisfações de seus clientes em suas prestações de serviços de saúde.

É notório que a concretização dos direitos sociais fundamentais no Brasil ainda está a atravessar uma fase de maturação, de modo que a doutrina e a jurisprudência têm se dedicado progressivamente ao desenvolvimento da matéria. Isto ocorre em boa parte devido à mocidade de nossa Constituição Cidadã que, conquistada a duras penas históricas, inovou em grande escala a esfera de direitos e garantias individuais e coletivos, resultando em desafios de ordem prática na efetivação integral destas normas.

Os direitos consagrados pela Constituição Federal vigente devem ser vistos de forma dinâmica e para a efetivação destes trilha-se um longo percurso que se consubstancia em fatos impeditivos de seu pleno vigor, acarretando num descontentamento social e descrença de ser possível a construção de um ambiente harmônico.

Percebe-se dessa forma, que a situação da saúde em no país é preocupante e o fenômeno da judicialização não supre as demandas a contento, já que além de contar com um sistema judiciário burocrático e moroso, o poder decisório do juiz nem sempre é satisfatório para as partes, que muitas vezes ou não tem seu pleito atendido ou tem que arcar com muitos custos e contar com a demora da prestação e para o Estado e operadoras de planos de saúde, pode ir além do orçamento previsto para seus gastos produzindo um déficit econômico prejudicial a outras demandas do poder público, afetando inclusive a execução de políticas públicas que muitas vezes, acabam causando injustiças para o restante da população necessitada. Além disso, deve-se esclarecer que há conflitos da área da saúde cuja complexidade transcende a esfera jurídica e, portanto, o poder Judiciário não tem como garantir uma resposta satisfatória, embora não possa simplesmente afastá-la de seu crivo.

Reconhece-se que vivenciamos um momento propício para manifestar-se diante das arbitrariedades governamentais, sendo recorrente o descompromisso com as grandes questões sociais, e as desigualdades, fomentadas pelo modelo econômico capitalista. Por outro lado, é visível que a população atualmente está mais consciente dos seus direitos e somado às múltiplas variáveis que fortalecem a ideia de fragilidade do SUS e intempéries da saúde suplementar acarretam numa busca desenfreada para os meios de solução de conflitos para ter a consolidação de suas necessidades em saúde, legítimas ou não, o que corrobora o entendimento de se recorrer ao Judiciário como forma de produção da cultura do litígio enraizado culturalmente em nossa sociedade.

Foi apontada assim, outra alternativa, sendo a mediação um método eficaz para realizar uma gestão construtiva de conflitos, a qual pode gerar soluções criativas, nem sempre podendo eliminar totalmente o conflito, mas permite a sua administração, respondendo de forma construtiva, ao passo em que é aberto o diálogo para ambas as partes se posicionarem e estabelecerem o elo de comunicação ativa e empática, com desfecho mais humanizado e transformador.

O estudo da formação institucional da saúde foi demonstrado para a compreensão de como se deu a evolução do processo de cuidado, descrevendo-se as muitas denominações da terminologia saúde e formas de execução de tratamento, percebendo-se que atualmente o

conceito amplo de saúde abriga diversos elementos para conseguir atingir o bem estar do indivíduo e foi vista a sensibilização da crise da corporeidade, destacando-se a humanização nesse contexto.

Outrossim, o hospital que antes era visto como local para assistência aos pobres, hoje não mais se atrela a esse preceito, observado os riscos sanitários que estão intrinsicamente ligado a questão da democracia, tendo em vista que a adequação de tratamentos e prevenção de doenças norteiam a execução dos planejamentos de ações voltadas à saúde, ajustando as suas prioridades.

É visível que há, cada vez mais latente, uma concentração de poderes em nossa sociedade, formando dois pólos sociais opostos onde a pobreza e a marginalidade institucional se estabelece em maior nível e daí se revela outros problemas susceptíveis nas instituições hospitalares que dizem respeito as hierarquias de dominação construídas no interior dos hospitais, que ensejam disputa de poderes e acabam por potencializar os problemas já existentes em seu entorno.

A vida em sociedade, por si só, está atrelada a diversas mazelas sociais que dificultam a convivência humana, surgindo, deste modo, a presença frequente de conflitos relacionados a questões múltiplas de desencorajamento para enfrentar diferenças pontuais e, por não saberem como lidar com esses conflitos, recorrem com frequência a atitudes agressivas, com uso da força para delimitar a razão, ou delegam a um terceiro o poder de solucionar o problema.

Foi retratado a natureza do conflito, enquanto elemento inerente à condição humana, tendo em vista que o ser humano é um ser político que depende da socialização e por questões de personalidades distintas, estão propensos a desentendimentos constantes em qualquer seara, durante toda sua vida, não podendo se livrar desse acontecimento e na verdade, deve ser encarado como algo vantajoso pela oportunidade de melhores aprendizados.

Averiguou-se o impacto dos conflitos no contexto hospitalar, observando as técnicas de resolução de conflitos que podem ser utilizadas tendo em vista a complexidade institucional e o conjunto de variáveis existentes nas relações interpessoais desse meio estabelecida entre os litigantes.

Com efeito, a gestão do conflito é imprescindível para o bom funcionamento de qualquer organização, levando em consideração seus aspectos específicos, que no caso do hospital, atendendo as perspectivas dos profissionais de saúde, pacientes/clientes e todos que estão envolvidos nessa seara, que geralmente encontram-se ou fragilizados física e

emocionalmente, ou bastante atribulados devido às funções exercidas e trabalho desgastante, lidando com assuntos tão delicados da esfera humana.

Nesse contexto buscou-se evidenciar que a mediação é um método adequado para resolução de conflitos na seara sanitária e mesmo que ela possa ter uso dentro do procedimento judicial, conforme determina o Novo CPC/2015, ela se torna mais eficaz quando presente na esfera administrativa, onde apesar dos ânimos estarem sobrepostos, fica mais viável o encontro de soluções com a colaboração de um terceiro, no caso o mediador neutro e imparcial, que irá auxiliar no processo da escuta e oralidade das partes.

Este meio torna-se bastante vantajoso para lidar com conflitos envolvendo sentimentos por estar relacionado a vínculos estabelecidos em uma convivência diária e continuada. Nela o mediador irá procurar a fundo a real problemática da lide, auxiliando o caminho em busca da solução que deve ser encontrada pelas partes, elas que são as autoras da decisão, já que as próprias partes é que sabem até que ponto podem abrir mão de um direito seu em favor de outrem e com um estudo de consciência podem analisar cuidadosamente como livrar-se de pensamentos errôneos e equivocados sobre o conflito em questão. Esse mecanismo pode ser considerado um modo de educação em direitos humanos, já que há a busca a harmonização do ambiente sob uma perspectiva individual, mas que refletirá na sociedade.

Assim esclarece-se que o procedimento da mediação possibilita melhoria nas relações, visto que é valorizado o diálogo, produzindo maior empoderamento individual e coletivo e busca-se a raiz do conflito a fim de evitar futuros problemas, tornando-se uma forma bastante vantajosa por sua praticidade, economicidade de tempo e custos, podendo-se servir perfeitamente aos conflitos na esfera da saúde, tendo em vista os inúmeros embates existentes em seu entorno.

A mediação utilizada no interior dos hospitais e espaços de saúde vem proporcionando o desenvolvimento de práticas inclusivas e habilidades de diálogos, visto que há uma participação ativa de todos os entes, permitindo a realização de uma comunicação interativa que leva as pessoas numa atitude cooperativa e de compreensão a respeitar o próximo e entender melhor sobre si mesmo. Dessa maneira, a consolidação da democracia fica mais evidenciada juntamente com o princípio da dignidade da pessoa humana, restaurando premissas de ajuda nesse mundo pluralista em que se vive. Além do mais, pode-se afirmar que é uma prática libertadora para interesses de ordem global sendo assim a mediação uma forte aliada para realização desse compromisso.

As repercussões sociais no estabelecimento da mediação nas instituições hospitalares se referem ao poder de tomada de decisões aos litigantes, garantindo maior autonomia aos indivíduos, os quais se fortalecem no exercício da cidadania e contribuem para democracia participativa. No campo político pode-se depreender que as metodologias extrajudiciais de soluções de conflitos colaboram com o Estado, no sentido de dar voz aos cidadão que podem reivindicar seus direitos e reclamar sobre algum fato relacionado à prestação do serviço público, seja vinculado ao servidor, ou ao próprio tratamento, uso de medicamento, entre outros e assim permite que melhore a gestão, garantindo serviços com mais qualidade e mais eficientes e por fim, a repercussão jurídica, conforme já explicitado, refere-se a diminuir a carga de processos do Judiciário que terá como consequência positiva, dar maior ênfase aos casos que vierem para sua análise, podendo garantir decisões mais justas e acertadas.

Considerando os objetivos específicos da investigação, percebe-se que a institucionalização da saúde, apesar de conseguir trazer mais benefícios aos pacientes oferecendo vários tipos de serviços, traz também uma variabilidade de recursos, uso de tecnologia, e profissionais de saúde com diferentes especialidades e funções, que colaboram para a multiplicidade de conflitos com níveis de expectativas diversos, contando ainda com culturas diferentes, gerações, contextos sociais e familiares diversificados, devendo portanto ter cautela para resolver de um modo específico cada caso.

Já se constatou através de estudos sobre o tema, que a mediação pode alcançar bons resultados no que se concerne a administração de conflitos, servindo de premissa para o fortalecimento da cidadania. E o hospital, por ser um ambiente marcado por problemas notadamente alarmantes que envolve risco de vida, demonstra a necessidade urgente de medidas paliativas, havendo integração entre os partícipes da situação conflitante em si, hospital, paciente, família como responsáveis pela resolução, o Estado ou Agência como reguladora da garantia do acesso a esse meio.

Deste modo, a complexidade da descentralização na saúde também é outro ponto a ser estudado e por isso ratifica-se a análise concreta dos problemas específicos de saúde de cada região e instituição para promover uma dinâmica correta de efetivação dos serviços essenciais aos usuários de forma equânime, obedecendo o preceito da universalidade e hierarquização, com a preocupação latente dos gestores responsáveis pela resolubilidade das ações governamentais relacionadas a seara sanitária e no campo privado, a gestão carece de constante atualização em seus serviços, utilizando métodos avaliativos.

Para a edificação de uma verdadeira democracia adequada, torna-se relevante o acesso transparente e claro à informação pública, além de uma maior participação da população, reforçando desse modo os princípios democráticos, provindo em ganhos para todos.

O sigilo, em domínio democrático, ocasiona a corrupção e institui obstáculos ao crescimento do país e mesmo que o acesso à informação pública ainda não seja suficiente para combater a corrupção, mostra assim uma medida fundamental para a elevação de uma consciência mais cidadã. Outros meios de participação mostram-se eficazes e fundamentais, tais como o desenvolvimento de uma cultura mútua adequada à elaboração de fóruns locais para a elaboração de políticas públicas, incluindo as conferências de saúde.

Nesse aspecto, o acesso à informação e a transparência pública não envolvem o exato caminhar da atividade pública, contudo, sem eles é simplesmente mais árduo que tais atividades sucedam, ao menos, de forma razoável. A partir dessa constatação se estabeleceu a introdução das ouvidorias como mecanismo obrigatório nas instituições como forma de amenizar os danos existentes em seu interior, avaliar o desempenho das mesmas e promover medidas mais contundentes de acordo com as respostas adquiridas dos usuários neste canal que enaltece a democracia.

Embora haja ainda grande número de processos judiciais nessa seara, acredita-se que é crescente também a utilização de meios consensuais e assim ser possível transformar essa realidade fática com o uso de instrumentos pacificadores, trabalhando na escuta e no diálogo dos indivíduos a fim de possibilitar o reconhecimento do erro e desenvolvimento da percepção das consequências de suas escolhas, devendo enxergar também a importância da vida em sociedade.

O estabelecimento da prática da mediação sanitária é um trabalho desafiador, contudo não deve ser tratado como utopia, pois havendo comprometimento dos cidadãos em aceitarem difundir seus pilares pautados na defesa de concretização da paz social, será possível atingir uma sociedade com vida mais digna e inclusiva.

A mediação foi contemplada dentro do sistema jurídico vigente, como forma de equacionar o grande número de processos existentes atualmente, na esperança de contribuir para a humanização do acesso ao judiciário e a uma diminuição no tempo de julgamento desses processos. Todavia ainda há possibilidade de experiências exitosas no campo extrajudicial, conseguindo-se ter ainda mais agilidade em seu trâmite.

Investigou-se a implantação da ferramenta de ouvidoria como canal de comunicação entre os usuários e gestores hospitalares a fim de aproximar mais os indivíduos das instituições e possibilitar um meio mais acessível para suas manifestações, garantindo um retorno rápido e eficaz. Assim, no seio da organização hospitalar deve ser proporcionado a escuta dos usuários, podendo traçar melhor as estratégias e melhorias na gestão para garantir mais qualidade aos serviços ofertados.

Com efeito, a iniciativa das ouvidorias contribui significativamente para o avanço qualitativo das instituições, apresentando índices elevados de resolutividade com satisfação, evitando além de processos judiciais, maiores gastos para a instituição, além de poder direcionar melhor as competências aos responsáveis por aquele tipo de litígio.

É válido comentar que através de pesquisa empírica observou-se que a maioria das manifestações recepcionadas pelas ouvidorias, tratava-se de reclamações, cujo teor em grande parte era sobre o atendimento hospitalar, seja relacionado a forma de tratamento, negativa de procedimentos ou outros fatores que desencadeava descontentamento.

A identificação de todos os focos de conflitos não foi possível, tendo em vista que se utilizou relatórios emitidos pelas cooperativas médicas e pesquisou-se trabalhos científicos, onde foi realizado o mapeamento das principais manifestações, a resolução dos problemas apresentados nas reclamações e os benefícios proporcionados às instituições.

No tocante ao processo de comunicação usado através desse recurso, utilizam-se técnicas de empatia adotadas no mecanismo da mediação, devendo adequar-se para cada pessoa e situação, destacando o respeito das diferenças de opiniões e expectativas.

O estudo comparativo foi feito não somente na correspondência da mediação no contexto mundial, como é aplicado em diferentes países que tem sua política, economia e cultura própria, bem como o uso nas instituições hospitalares dispostas em território brasileiro, podendo-se trabalhar melhor a partir daí na propagação de melhorias contínuas nesse instituto que tem mostrado resultados tão exitosos.

Todavia, é necessária uma nova postura da sociedade brasileira para a atual necessidade social, especialmente na saúde, de resolver conflitos com diálogo e para isso a Mediação Sanitária é solução efetiva e eficaz. As boas práticas elencadas neste trabalho podem ser replicadas por todo o país, com a atuação participativa dos diversos atores da saúde, a corresponsabilização de todos e a mudança da cultura de judicialização da saúde no Brasil.

REFERÊNCIAS

ABUD, R. **Ouvidoria municipal de Santo André**. In: MÁRIO, C. G. de (Org.). *Ouvidorias públicas em debate: possibilidades e desafios*. Jundiaí: Paco Editorial, 2011. p. 71-98.

AITH, Fernando Mussa Abujamra. **Direito à saúde e democracia sanitária: soberania popular e participação nas decisões estatais de saúde**. Tese de Livre-docência. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2015. Mimeografado.

ALDENUCCI, Lidercy Prestes. **Contribuições da Mediação na Gestão de Conflitos em Organizações de Ensino**; 2001; Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Universidade Federal de Santa Catarina.

ALEXY, Robert. **Teoria dos Direitos Fundamentais**. Tradução de Virgílio Afonso da Silva. 2. ed. São Paulo: Malheiros, 2011.

ALMEIDA, Celia. **O Mercado Privado de Serviços de Saúde no Brasil: Panorama Atual e Tendências da Assistência Médica Suplementar**. Brasília, novembro de 2010.

ALMEIDA, Tânia. Século XXI: a mediação de conflitos e outros métodos não-adversariais de resolução de controvérsias. *In: Resultado: Revista de Mediação e Arbitragem Empresarial*. Brasília: CBMAE, março/abril 2006. Ano II. Nº 18, pp. 9-11.

ALMOND, Gabriel; VERBA, Sidney (1963). **The Civic Culture: Political attitudes in five nations**. Princeton: Princeton University Press, 1963.

ANDRADE, D. **A Mediação de conflitos em meio hospitalar e o Direito à saúde**. Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2007.

ANDRADE; SALES, Lília Maia de Moraes. **A possibilidade de utilização da mediação como instrumento de resolução de conflitos oriundos do meio médico-hospitalar**. Fortaleza, 2005. Disponível em: Acesso em: 07 mai. 2020.

ARANTES, Renato Hallen. **A origem e a evolução histórica da Seguridade Social brasileira**. Conteúdo Jurídico, Brasília-DF: 17 mar. 2015. Disponível em:

<<http://www.conteudojuridico.com.br/?artigos&ver=2.52731&seo=1>>. Acesso em: 26 jan. 2018.

ARAÚJO, Clara. **Cultura Política, Gênero e mediações entre participação e representação política**. GÊNERO. Niterói, v.14, n.2, p. 11-28, 2014.

ARENDT, H., 1971. **Sobre a Revolução**. Lisboa: Moraes Editores.

_____, Hannah. **A condição humana. Introdução de Celso Lafer**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1987.

ARISTÓTELES. **Ética a Nicômaco**. Tradução de Leonel Valandro e Gerd Bornheim. São Paulo: 4. Ed. São Paulo: Nova Cultural, 1991.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OUVIDORES. **Ouvidorias têm cumprido seu papel, 2018**. Disponível em: <http://www.abonacional.org.br/artigo/116> Acesso em 25 de junho de 2020.

AWAD, Fahd. **O princípio constitucional da dignidade da pessoa humana**. JUST. DO DIREITO PASSO FUNDO V. 20 N. 1 P. 111-120, 2006.

AYRES, J.R.C.M. **O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde**. Saúde Soc., São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, set./dez., 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902004000300003&script=sci_arttext>. Acesso em: 13 maio 2020.

BADUY, Rossana Staevie et al . A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 27, n. 2, p. 295-304, Feb. 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000200011&lng=en&nrm=iso>. access on 19 Feb. 2020.

BARBOSA DVSB. **Regulação médica do fluxo das urgências: análise do Complexo Regulador de Goiânia** [dissertação]. Anápolis: Programa de Pós-graduação em Sociedade, Tecnologia e Meio Ambiente, Centro Universitário de Anápolis, UniEvangélica; 2012.

BARBOSA, Águida Arruda, **Mediação familiar interdisciplinar**. São Paulo: Atlas, 2015.

BARBOSA, Guilherme Correa et al. **Política Nacional de Humanização e formação dos profissionais de saúde: revisão integrativa**. Rev. bras. enferm., Brasília , v. 66, n. 1, p. 123-127, Feb. 2013 . Available from

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000100019&lng=en&nrm=iso>. access

on 08 June 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000100019>.

BARBOSA, Oriana Piske de Azevêdo, MOHAMED, Caroline Piske de Azevêdo, Ana BEZERRA, Cristina Barreto, GUILHERME, Dirce. **Os dilemas da bioética e da judicialização da saúde no Brasil**. Revista Bonijuris. Dezembro 2017. Ano XXIX, n. 649 | V. 29, n. 12.

BARCELLOS, Ana Paula de; TORRES, Ricardo Lobo; MOREIRA, Eduardo Ribeiro. **Direitos sociais prestacionais: efetivação judicial, limites e possibilidades argumentativas**. Dissertação (Mestrado em Direito) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2008.

BARREIRO, Adriana Eugênia Alvim; HOSSNE, Demétrio; PENTEADO, J. R. Whitaker. Ética e ouvidoria pública. In: PEREZ, José Roberto Ruz; BARREIRO, Adriana Eugênia Alvim; PASSONE, Eric. (Orgs.). **Construindo a Ouvidoria no Brasil: avanços e perspectivas**. Campinas: UNICAMP, 2011, p. 61-76.

BARROSO, Luís Roberto. **A Constitucionalização do Direito e suas Repercussões no Âmbito Administrativo**. In: ARAGAO, Alexandre Santos e MARQUES NETO, Floriano de Azevedo (Coord.). **Direito Administrativo e Seus Novos Paradigmas**. Belo Horizonte: Fórum, 2008.

_____. **Da falta de efetividade à judicialização excessiva: Direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial**, Revista Jurídica UNIJUS, Minas Gerais, v. 15, p. 13-38, 2008.

_____. **Judicialização, ativismo judicial e legitimidade democrática**. Revista [Syn]Thesis, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 23-32, 2012. Disponível em: <http://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/synthesis/article/view/7433/5388>. Acesso em: 14 nov. 2019.

BARUCH BUSH, Robert A y FOLGER, Joseph P. **La Promessa de Mediación. Cómo afrontar El conflicto a traves del fortalecimiento propio y El reconocimiento de los otros**. Buenos Aires: Granica, 2008.

BASTOS, Celso Ribeiro. **Hermenêutica e interpretação constitucional**. São Paulo: Celso Bastos Editor: Instituto Brasileiro de Direito Constitucional, 1997.

BATTAGLIA, Maria do Céu Lamarão. **Mediação escolar: uma metodologia de aprendizado em administração de conflitos.** Disponível em :<http://www.rogeriana.com/battaglia/mediac01/mediac01.htm>. Acesso em: 9 abr. 2020.

BERLINGUER, Giovanni **Etica della salute.** Milano: II Saggiatore, 1994.

BERTOLIN, Patrícia Tuma Martins; CARVALHO, Suzete. **A segregação ocupacional da mulher: será a igualdade jurídica suficiente para superá-la?** In: BERTOLIN, Patrícia Tuma Martins; ANDREUCCI, Ana Claudia Pompeu Torezan. *Mulher, Sociedade e Direitos Humanos.* São Paulo: Rideel, 2010, p. 179-210.

BOBBIO, Norberto. **A Era dos Direitos.** Tradução: Carlos Nelson Coutinho. Editora Campus. Rio de Janeiro, 1992.

BONAVIDES, MIRANDA, Jorge; AGRA, Walber de Moura. **Comentários à Constituição Federal de 1988.** Rio de Janeiro: Editora Forense, 2009.

BONAVIDES, Paulo. **Curso de Direito Constitucional**, 25ª ed. atual., São Paulo: Malheiros Editores, 2010.

BONET O. **Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina.** Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004.

BRAGA NETO, Adolfo. Alguns aspectos relevantes sobre mediação de conflitos. In: SALES, Lília Maia de Moraes (org.). **Estudos sobre mediação e arbitragem.** Fortaleza: ABC Editora, 2003, p. 19-32.

BRASIL, **Conferência Nacional de Saúde**, 8º Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Guia de orientações básicas para implantação de Ouvidorias do SUS.** Brasília, 2010.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF, Senado, 1988.

BRASIL. Consulta Pública nº 50. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Exposição de motivos referente à proposta de resolução normativa que dispõe sobre a obrigatoriedade de instituição de unidade organizacional específica de ouvidoria por parte das operadoras de planos de assistência á saúde** Disponível em:

http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/consultas_publicas/CP_50_exposio_de_motivos.pdf>. Visitado em: 19.06.2020

BRASIL. Controladoria-Geral da União. Ouvidoria-Geral da União. **Orientações para implantação da lei de acesso à informação nas Ouvidorias Públicas**: rumo ao sistema participativo. 5 ed. Brasília, DF: Controladoria-Geral da União, 2012.

BRASIL. Decreto nº 4.726, de 09 de junho de 2003. **Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências**. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 09 de jun. 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/D4726.htm>. Acesso em: 24 Jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Humaniza SUS: **Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4 ed. 1ª reimpressão, Série B, Textos Básicos de Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização Brasília, 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_gestores_trabalhadores_sus_4ed.pdf> Acesso em: 12 Jan 2019

BRASIL. **Ouvidoria Ativa do SUS: ampliando a escuta e o acesso à informação do cidadão / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ouvidoria_ativa_sus_ampliando_escuta.pdf>. Acesso em: 28 Junho 2020.

CACHAPUZ, Rozane. **Mediação nos Conflitos & Direito de Família**. Curitiba: Juruá, 2003. In: RODRIGUES JÚNIOR, Walsil Edson. A Prática da mediação e o acesso à justiça. Belo Horizonte: Del Rey, 2006.

CAETANO, Luiz Antunes. **Do Juízo Arbitral – Arbitragem e Mediação Hoje**. 2. ed. São Paulo: Pilares, 2006.

CAIVANO, R. J.; GOBBI, M.; PADILLA, R. E. **Negociación y mediación**. Buenos Aires: Ad-Hoc, 1997.

CALMON, Petrônio. **Fundamentos da mediação de conflitos**. Rio de Janeiro: Forense, 2007. _____ . **Fundamentos da mediação e da conciliação**. 3ª ed. Brasília, DF: Gazeta Jurídica, 2015.

- CAMPOS GWS. **Reforma da Reforma: repensando a saúde**. São Paulo: Hucitec; 1992.
- CAMPOS, Carlos Alexandre de Azevedo. **Dimensões do ativismo judicial do Supremo Tribunal Federal**. Rio de Janeiro: Forense, 2014.
- CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1982.
- CANTINI, Haremink, Adriana. **A Formação para o Emprego e a Aprendizagem Permanente na União Européia: um estudo sobre a construção do ordenamento jurídico espanhol**. 15 de novembro de 2010. 314 p. Tese (Doutorado). Universidad de Salamanca. Salamanca (ES).
- CARDOSO, Antonio Semeraro Rito. **Ouidoria x mediação: reflexões sobre um conflito**. Revista Cliente S.A., p. 61-2, jul. 2006
- CASTELLS, M. **Comunicación y poder**. Madrid: Alianza Editorial. 2009.
- CASTRO, Cristina Veloso; FOLLONE, Renata Aparecida. **A Atuação Judicial como instrumento da efetivação do direito fundamental à saúde e os seus limites constitucionais brasileiros**. Processo, jurisdição e efetividade da justiça I [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI/UdelaR/ Unisinos/URI/UFSM /Univali/UPF/FURG; Coordenadores: Alejandro Abal, Angela Araujo Da Silveira Espindola, Liane Francisca Hüning Pazinato – Florianópolis: CONPEDI, 2016.
- CAVALCANTI, Antonio Carlos Ribeiro. **O Gestor e seu papel na gestão de conflitos: Um estudo de caso em empresa de varejo de vestuário masculino**. Dissertação (Mestrado em Administração) - Universidade Federal de Minas Gerais, 2006.
- CAVALCANTI, R. P. ; CAVALCANTI, J.C.M. ; SERRANO, R.M.S.M. ; SANTANA, P. R. . **Absenteísmo de consultas especializadas no sistema de saúde público: relação entre causas e o processo de trabalho de equipes de saúde da família**, João Pessoa- PB, Brasil. Tempus: Actas de Saúde Coletiva, v. 7, p. 63-84, 2013.
- CHAVES RN, ALVES AL. **As relações de poder dentro da unidade hospitalar: uma perspectiva de médicos e enfermeiros**. Rev Dial Cien 2012; 30:159-164.
- CHAVES, Daiany Freitas; BARBOSA, Fabiana Gomes; MENEZES, Juliana Silva Nascimento. **Desenvolvimento da qualidade hospitalar por meio da demanda da Ouidoria**. Revista Científica da Associação Brasileira de Ouvidores/Ombudsman – Ano 2 – nº 2 – 2019

- CHIAVENATO, I. **Gestão de Pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações**. 4 ed. São Paulo: Manole, 2014.
- CINTRA, Antonio Carlos de Araújo; DINAMARCO, Cândido Rangel; GRINOVER, Ada Pellegrini. **Teoria Geral do Processo**. 32ª ed. São Paulo: Malheiros, 2011.
- CLARO, Raquel Filipa Soares; CUNHA, Pedro Fernando Santos Silva da. COHEN, Joshua. **Igualitarismo, Internacionalização e Cidadania**. RBCS Vol. 15, 2000.
- COMPARATO, Fábio Konder. **A afirmação histórica dos direitos humanos**. 5. ed. São Paulo: Saraiva, 2007.
- COMPLAK, Krystian. **Ouvidoria é lugar de compreensão**. *Organicom – Revista Brasileira de Comunicação Organizacional e Relações Públicas*, São Paulo: PPGCom/ECA-USP, Gestcorp/ECA-USP e Abrapcorp, a. 7, n. 12, 1º sem. 2010.
- CONIMA. **Conselho nacional das instituições de mediação e arbitragem**. 2012. Disponível em https://conima.org.br/quem_somos/html: Acesso em: 3 mai. 2020.
- CORDEIRO, H. **Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2):319-328, 2001.
- CUNHA, M. P., A., Cunha, R. C. & Cardoso, C. C. **Organizações Positivas**. Lisboa: Publicações Dom Quixote. 2007.
- DAGNINO, E. ¿**La sociedad civil, participación y ciudadanía: que estamos hablando?** In: MATO, D. (Coord.). *Políticas de ciudadanía y sociedad civil en tiempos de globalización*. Caracas: FACES, 2004. p. 95-110.
- DAHL, Robert A. **Sobre a democracia**. Brasília: Ed. UnB, 2001.
- DALLARI, Dalmo de Abreu. **Elementos de teoria geral do Estado**. 32ª ed. São Paulo: Saraiva, 2013.
- _____. **Ética sanitária**. In: *Direito sanitário e saúde pública*[S.l: s.n.], 2003.
- DALLARI, Sueli Gandolfi. **A construção do direito à saúde no Brasil**. *Revista de Direito Sanitário*, volume 09, n.º 03, Nov. 2008 / Fev. 2009.
- _____. **Os Estados Brasileiros e o Direito à Saúde**. 1 ed. Editora de Humanismo, Ciência e Tecnologia “Hucitec” Ltda, 1995.
- DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS. UNIC/Rio/005, janeiro, 2009. Disponível em: <<http://www.onu.org.br/img/2014/09/DUDH.pdf>>. Acesso em: 18 jan. 2019.

DELDUQUE, Maria Célia and CASTRO, Eduardo Vazquez de. **A Mediação Sanitária como alternativa viável à judicialização das políticas de saúde no Brasil**. Saúde debate [online]. 2015, vol.39, n.105, pp.506-513. ISSN 2358-2898.

DURKHEIM, Émile. **Da divisão do trabalho social**. Trad. Eduardo Brandão. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2012.

DWORKIN, Ronald. **Uma Questão de Princípio**. Tradução de Luís Carlos Borges. São Paulo: Martins Fontes, 2011.

ENGEL, George. **The need for a new medical model: a challenge for biomedicine**. *Science*, 196(4286), 129-136, 1977.

ENTELMAN, Remo F. **El conflicto: dilema para abogados**. Revista La Ley, Buenos Aires, p. 1377–1386, 1997.

_____. **Teoría de conflictos: hacia un nuevo paradigma**. Barcelona: Gedisa, 2002.

FABRINI, F.; FORMENTINI, L.; **Despesa “judicial” no Ministério da Saúde avança 1.300% em 7 anos**. Estadão. Publicado em 21 ago. 2017. Disponível em: . Acesso em: 10 dez 2019.

FADUL, Élvia. **Dinâmicas contemporâneas na regulação de serviços públicos**. In: PECCI, Alketa (Org.). *Regulação no Brasil: desenho, governança e avaliação*. São Paulo: Atlas, 2007.

FINGER, Stanley. **Origins of Neuroscience: a history of explorations into brain function**. Academic Press, OXFORD, 1994.

FLEURY, Sonia. **Judicialização pode salvar o SUS**. Saúde em Debate, v. 36, p. 159-161, 2012.

_____. **Democracia e inovação na gestão local da saúde**. Rio de Janeiro: CEBES/Editora Fiocruz; 2014.

FLORENTINO, F. R. A. **Enfermagem e Medicina relações de poder e de saber**. Passo Fundo: UPF, 2006. 127 p

FORTUNA, C. M. et al. **O trabalho em equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos**. Revista Latino Americana de Enfermagem, v. 13, n. 2, p. 262-268, mar./ abr. 2005.

FOUCAULT, Michel. **Estratégia do poder saber**. Ditos e Escritos, Vol. IV: Forense Universitária, 3ª ed. Rio de Janeiro. 2006.

_____. **O sujeito e o poder.** In: RABINOW, P.; DREYFUSS, H. Michel Foucault: uma trajetória filosófica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

FRANQUE, P. (2006). **Análise dos estilos de gestão de conflitos predominantes em ambiente laboral dos enfermeiros da ilha de São Miguel.** Dissertação de Mestrado em Universidade dos Açores

FREIRE, A. L. et al. **Internal communication how internal marketing tool to maximize on competitiveness: A study in small business of Paranaguá city in Brazil** [Comunicação interna como ferramenta de endomarketing para maximização na competitividade: Um estudo em pequenas empre. *Journal Globalization, Competitiveness and Governability*, v. 10, n. 2, p. 54–70, 2016.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia:** saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

_____. **Pedagogia do Oprimido.** 25^a ed. (1^a edição: 1970). Rio de Janeiro: Paz e Terra.

FREUD, Sigmund. **As pulsões e suas vicissitudes.** In: _____. Edição standard brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1974. v. 14, p. 137-168.

GIDDENS, Anthony e Philip W. Sutton. **Conceitos Essenciais da Sociologia.** São Paulo, UNESP.2016.

GOMES, Annatália Meneses de Amorim; NATIONS, Marilyn K. e LUZ, Madel Therezinha. **Pisada como pano de chão: experiência de violência hospitalar no Nordeste Brasileiro.** *Saude soc.* [online]. 2008, vol.17, n.1, pp.61-72. ISSN 0104-1290.

GONZÁLES DE GÓMEZ, M. N. **Da política de informação ao papel da informação na política contemporânea.** *Revista Internacional de Estudos Políticos.* Rio de Janeiro:UERJ/NUSEG, v. 1, n. 1, abr., p. 67-93, 1999.

GRACIA, D. **Fundamentos da Bioética.** Madri: Editorial Triacastela, 2008.

GRASSI NETO, Roberto. **O consumidor nas relações jurídicas com operadoras de planos privados de assistência à saúde.** In *Revista Luso-Brasileira de Direito do Consumidor.* V II, nº 4. Curitiba: 2012.

GRINOVER, Ada Pelegrini; WATANABE, Kazuo (Coord.). **O controle jurisdicional de políticas públicas.** 2. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2013.

_____. **Política pública deve ser discutida em ação coletiva.** Consultor Jurídico (São Paulo. Online) , v. set., p. 1, 2013.

GRUSPUM, Haim. **Mediação familiar** – o mediador e a separação de casais com filhos. São Paulo: LTr, 2000.

GUERRA, Gustavo Rabay. **O papel político do Judiciário em uma democracia qualificada: a outra face da judicialização da política e das relações sociais.** Revista Direitos Fundamentais & Democracia (UniBrasil), v. 4, p. 1-19, 2008.

GUILLAUME-HOFNUNG, Michèle. **A mediação.** Belo Horizonte: RTM, 2018.

HELLER, Agnes. **Sociologia de la vida cotidiana.** Trad. J. F. Yvars e E. Pérez Nadal. 4. Ed. Barcelona: Ediciones Península, 1994.

HIDALGO-Salas, Darwin; et al. **Mecanismos alternativos para la solución de controversias en el contexto de los derechos en salud: experiencia peruana desde el centro de conciliación y arbitraje de la Superintendencia Nacional de Salud.** Rev. peru. med. exp. salud publica; 33(3): 567-573, jul.-sep. 2016.

HOBBS, Thomas. **Leviatã.** Tradução: João Paulo Monteiro e Maria Beatriz Nizza da Silva. São Paulo: Nova Cultural, 1999.

_____. **Man and Citizen (De Homine and De Cive).** Edited by Bernard Gert. Hackett Publishing Company: Indianápolis; Cambridge, 1991.

HOCKER, Joyce L. WILMOT, William W. **Interpersonal Conflict.** McGraw-Hill, 1985.

IHERING, Rudolf Von. **A luta pelo direito.** São Paulo: Martin Claret, 2000.

INGLEHART, Ronald; WELZEL, Christian. **Modernization, cultural change, and democracy: the human development sequence.** New York: Cambridge University Press, 2005.

JESUS ES, Marques LR, ASSIS LCF, Alves TB, FREITAS GF, Oguisso T. **Preconceito na enfermagem: percepção de enfermeiros formados em diferentes décadas.** Rev Esc Enf; 2010, acesso em 9 fev 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n1/a24v44n1.pdf>.

KEKKERS, V. (2006). **Mediation in health care: a collaborative journey.** In: Train Consult Mediate, pp.66-68.

KNAUTH D. R.; COUTO, M. R.; FIGUEIREDO, W. S. **A visão dos profissionais sobre a presença e as demandas dos homens nos serviços de saúde: perspectivas para a análise da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.** 2012.

LEAL, Mônia Clarissa Hennig. **Corte interamericana de direitos humanos e jurisdição constitucional: judicialização e ativismo judicial em face da proteção dos direitos humanos e fundamentais?** Revista de Investigações Constitucionais, v.1, n.3. Curitiba: set/dez 2014, p.136.

LEWICKI, Bruno. **A Privacidade da Pessoa Humana no Ambiente de Trabalho.** Rio de Janeiro: Renovar, 2003.

LEWIS, J. **Estruturando e administrando parcerias para o aumento da lucratividade.** São Paulo: Pioneira, 1992.

LUCENA FILHO, Humberto Lima de. **A cultura da litigância e o Poder Judiciário: noções sobre as práticas demandistas a partir da Justiça Brasileira.** In: Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito - CONPEDI. (Org.). Anais do XXI Encontro Nacional do Conselho de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito - 'Sistema Jurídico e Direitos fundamentais Individuais e Coletivos'. 56ed.Florianópolis: Fundação Boiteux, 2012, v. 21, p. 34-64.

LUZ, Madel Therezinha (Coord.). **As instituições médicas no Brasil.** Porto Alegre: Rede Unida. 2014.

MACHADO, Juliana Costa; COTTA, Rosângela Minardi Mitre and SOARES, Jeferson Boechat. **Reflexões sobre o processo de municipalização das políticas de saúde: a questão da descontinuidade político-administrativa.** Interface (Botucatu) [online]. 2015, vol.19, n.52 [cited 2020-05-19], pp.159-170. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000100159&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1807-5762.

MACHADO, Renato Ferreira. **Humanidade, Saúde e crise de corporeidade na Pós-Modernidade.** Teocomunicação, Porto Alegre, v. 41, n. 2 p. 315-324, jul./dez. 2011

MARCHESINI STIVAL, SEPHORA LUYZA; GIRÃO, FILOMENA. **A judicialização da saúde: breves comentários.** Cadernos Ibero-americanos de Direito Sanitário , v. 5, p. 141-158, 2016.

MARCHIORI, Marlene Regina. **Comunicação como expressão da humanização nas organizações da contemporaneidade.** IN: KUNSCH, Margarida Maria Khroling. A comunicação como fator de humanização nas organizações. São Caetano do Sul/SP: Difusão editora, 2010. pp. 139-157.

MARSHALL, T. H. (1949). **Cidadania, classe social e status.** Rio de Janeiro, Zahar 1967.

MARTINIANO, Edna Maria. **Ouvidoria e urnas de sugestão: Experiência de aproximação com usuários para a melhoria da gestão do SUS em Maracanaú/Ce.** In. Prêmio Cecília Donnangelo de Ouvidoria SUS / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, p. 9-15. 2013.

MARTINS, Flavia Bahia Martins. **O Direito Fundamental à Saúde no Brasil sob a Perspectiva do Pensamento Constitucional Contemporâneo.** Rio de Janeiro, Junho de 2008. Dissertação (mestrado) PUC-Rio, Departamento de Direito.2008.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **Manifesto do Partido Comunista. Estud. av.,** São Paulo, v. 12, n. 34, p. 7-46, dez. 1998. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40141998000300002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 18 fev. 2020.

MAZZONI VG, Bittencourt LP, Ribeiro ML et al. **Desafios da dimensão organizacional do cuidado no cotidiano de trabalhadores de enfermagem** Rev enferm UFPE on line., Recife, 12(1):11-8, jan., 2018.

MELO, Vanessa Pontes Chaves. **A comunicação interna e sua importância nas organizações.** Tecitura, v.1, 2006.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.** / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015. 193 p.: il. Disponível em:Acesso em: 04 dez 2019.

MENDES, Juliana Rielli S.D. ; VELOSO, C. S. M. **FORMAS DE RESOLUÇÃO DE CONFLITO: Da cultura da sentença à da pacificação social no sistema judiciário brasileiro.** (RE)PENSANDO DIREITO , v. 8, p. 122-146, 2018.

MEZOMO, J. C. **Gestão da Qualidade na Saúde: princípios básicos.** São Paulo: J. C. Mezomo, 1995.

MICHAEL, Jerrold. **The Second Revolution in Health: Health Promotion and its Environmental Base**. American Psychologist, 37(8), 936-941, 1982.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadernos HumanizaSUS: formação e intervenção** - Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília (DF): MS; 2011. v. 3.

MISES, Ludwig von. **Condenar o lucro é defender o retrocesso da humanidade**. 1ª edição, revista, publicada por Henry Regnery Company, em convênio com a Yale University Press, 1966

MISSE, Michel; WERNECK, Alexandre. O interesse no conflito. In: MISSE, Michel; WERNECK, Alexandre (orgs.). **Conflitos de (grande) interesse: estudos sobre crimes, violências e outras disputas conflituosas**. Rio de Janeiro: Garamond, 2012, p. 7-25.

MOLTMANN, Jürgen **No fim, o início: breve tratado sobre a esperança**. São Paulo: Loyola, 2007.

MOORE, Christopher. **El proceso de mediación: métodos prácticos para la resolución de conflictos**. Barcelona: Granica, 1995.

MORAES, Alexandre de. **Direito Constitucional**. 28ª ed. São Paulo: Atlas, 2012.

MORAIS, José L. Bolzan e SPENGLER, Fabiana Marion. **Mediação e Arbitragem – Alternativas à Jurisdição!** 3ª ed. Porto Alegre. Livraria do Advogado, 2012.

MOREIRA, Alonso Augusto. **Teoria e prática da relação médico-paciente**. Belo Horizonte: Interlivros, 1979

MOREIRA, Lenice Silveira. **O Princípio Constitucional da Dignidade Humana: Um olhar conforme a Espistemologia da Complexidade**. Revista Jurídica da FAL, V2, N. 2. Natal, 2006.

MOREIRA, Ricardo. **Conhecendo a UNIMED: tudo que o médico precisa saber sobre sua cooperativa e não tinha a quem perguntar**. Curitiba. Kairós. 2011.

MUNIZ, Petrônio R.G. A mediação e a arbitragem no Brasil: uma abordagem prospectiva. In: OLIVEIRA, Ângela. **Mediação: métodos de resolução de controvérsias**. São Paulo: Ltr, 1999, p. 39-42.

NASCIMENTO, D. M. M. **Mediação de conflitos na gestão da saúde** (médica, clínica e hospitalar): humanização do direito médico. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário. 2020 jan./mar.; 9(1): 170-195.

NEVES, D. P. **O desenvolvimento de uma outra agricultura: o papel dos mediadores sociais.** In. Damasceno, A. D. & Brandenburg, A. (org). Para pensar uma outra agricultura. Curitiba: Ed UFPR, 1998. 275 p.

NIETZSCHE, F. **La généalogie de la morale.** Paris: Le Livre de Poche, 2000

_____. **Le gai savoir.** Paris: Gallimard, 1982b.

NOVELINO, Marcelo. **Direito Constitucional.** 2.ed. Rev. Atual. e ampl. São Paulo: Método, 2008.

ONA. **Organização Nacional de Acreditação.** Disponível em: <http://www.ona.org.br>. Acesso em: 24 Jun. 2020.

PARISI, Luciana and SILVA, Jandira Maciel da. **Mediação de conflitos no SUS como ação política transformadora. Saúde.** Debate [online]. 2018, vol.42, n.spe4 [cited 2020-05-19], pp.30-42. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000800030&lng=en&nrm=iso>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s402>.

PASSOS, Silva JO, Santana VS, Santos VMN, Pereira A, Santos LM. **O acolhimento no cuidado à família numa unidade de terapia intensiva.** Rev Enferm UERJ [Internet]. 2015 May/Jun

PATEMAN, Carole. **Participação e teoria democrática.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

PAULA, Virgílio Queiroz de. **Necessidade de Mudança na Cultura do Litígio: Uma Evolução na Forma de Educação dos Operadores do Direito.** Revista Brasileira de Educação e Cultura | RBEC | ISSN 2237-3098 p.49 n. 13 (2016) .

PEREIRA, Carlos. (1996) “**A Política Pública como Caixa de Pandora: Organização de Interesses, Processo Decisório e Efeitos Perversos na Reforma Sanitária Brasileira 1985 - 1989**” Dados, Rio de Janeiro, v.39, nº 3, p.423-478.

PÉREZ, Rafael Alberto. **Estrategias de comunicación.** 4. ed. Barcelona: Editorial Ariel. 2008.

PESSOTO, Umberto Catarino; RIBEIRO, Eduardo Augusto Werneck; GUIMARAES, Raul Borges. **O papel do Estado nas políticas públicas de saúde: um panorama sobre o debate do conceito de Estado e o caso brasileiro.** Saude soc., São Paulo , v. 24, n. 1, p. 9-22, Mar. 2015 . Available from

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000100009&lng=en&nrm=iso>. access on 07 July 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015000100001>.

PIERDONÁ, Zélia Luiza. **A Proteção Social na Constituição de 1988**. Revista de Direito Social. Porto Alegre/RS: Ed. Nota Dez, nº 28, p. 11-29, out./dez. 2007.

PINTO, E.; LYRA, R. P. **Modalidades de ouvidoria pública no Brasil**. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2009.

POLAK, Ymiracy. N. de Souza. **A Concepção de Corpo no Mundo da Saúde**. Cogitare Enfer., Curitiba, v. 1, n. 1, p. 4-9, jan./jul. 1996.

PORTAL DA SAÚDE. **Sistema Único de Saúde**. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24627. Acesso em 05 Maio 2020.

PORTARIA Nº 1.559, DE 1º DE AGOSTO DE 2008. SHAKTI. **Diretrizes e Princípios do SUS**. Disponível em: <http://www.sofi.com.br/conteudo/diretrizes-e-princ%C3%ADpios-do-sus>. Acesso em 02.fev.2020.

RAHIM, M. (2002). **Toward a theory oh managing organizational conflict**. The Internacional Journal of Conflict Management, 13, (3), 206-235.

REALE, Miguel. **Privatização da Justiça** (Artigo). O Estado de S. Paulo, de 05.06.1996

REIS, Helena Esser dos. **Virtudes e Vícios da Democracia**. *Philósofos – Revista de Filosofia*. Goiânia, v.11, n.1, Jan./jun. 2006.

REZENDE, JM. **À sombra do plátano: crônicas de história da medicina** [online]. São Paulo: Editora Unifesp, 2009. Dos quatro humores às quatro bases. pp. 49-53.

RIBEIRO, Andrea Cristina Lovato y FERLA, Alcindo Antônio. **Como Médicos se tornaram deuses: Reflexões acerca do poder médico na atualidade**. *Psicol. rev. (Belo Horizonte)* [online]. 2016, vol.22, n.2, pp. 294-314.

RIBEIRO, JLP. **A Psicologia da Saúde**. In ALVES, RF., org. *Psicologia da saúde: teoria, intervenção e pesquisa* [online]. Campina Grande: EDUEPB, 2011.

RIBEIRO, M. ; SANTOS, S. L.; MEIRA, T. G. B. M. **Refletindo sobre liderança em enfermagem** (UFVJM). *Revista de Enfermagem Anna Nery*. v. 10, n. 1, p. 115. 2006.

RIBEIRO, Weslly Carlos. **A mediação como meio de resolução de conflitos na área de saúde**. Revista de Direito Sanitário. São Paulo, v.18, n.3, p. 62-76, nov. 2017./fev. 2018.

RICHE, Cristina Ayoub. **Ouvidoria pública, novos olhares sobre o direito de solidariedade e de fraternidade**. 2015. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e das Técnicas e Epistemologia) - Universidade Federal do Rio de Janeiro.

ROBBINS, Stephen Paul. **Comportamento Organizacional**. 9ª ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

RODRIGUES, Marlúcia da Silva. **O trabalho das ouvidorias como ferramenta de gestão: A Ouvidoria da saúde do Rio de Janeiro**. Revista Rede de Cuidados em Saúde. v.11. n. 1. 2017.

ROSA, Beatriz de Castro. Educação em direitos humanos. In: SALES, Lília Maia de Moraes (org.) **Educação para cidadania: uma perspectiva democrática**. Fortaleza: Expressão, 2007, p. 67-85.

SALES, Lília Maia de Moraes. **Mediação de conflitos: família, escola e comunidade**. Florianópolis: Conceito, 2007.

_____. **Ouvidoria e mediação: instrumentos de acesso à cidadania**. Pensar, v. 11, p. 154-167, fev 2006.

SALGADO, V. A. B. **Ouvidorias do Poder Executivo Federal**. 2013. Disponível em: <https://www.cgu.gov.br/assuntos/ouvidoria/produtos-e-servicos/consulta-publica/arquivos/produto3_ouvidorias_executivo.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2020.

SAMPAIO, José Adércio Leite. **A constituição reinventada pela jurisdição constitucional**. Belo Horizonte: Del Rey, 2002.

SANGY, Maisa ; OLIVEIRA, J. A. . **Mediação de Conflitos: Possibilidades de Humanização para a Promoção da Saúde**. Tecer (Belo Horizonte) , v. 6, p. 177-189, 2013.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Para uma revolução democrática da justiça**. 3 ed., São Paulo: Cortez, 2011.

SANTOS, Leonardo Bis dos. O conflito social como ferramenta teórica para interpretação histórica e sociológica. **Bol. Mus. Para. Emílio Goeldi. Ciênc. hum.**, Belém , v. 9, n. 2, p. 541-553, Aug. 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-

81222014000200015&lng=en&nrm=iso>.

access

on 18 Feb. 2020. <https://doi.org/10.1590/1981-81222014000200015>

SANTOS, Thamirys Nunes dos. **O Serviço de Ouvidoria através da pesquisa de satisfação e lealdade do cliente**. Revista Científica da Associação Brasileira de Ouvidores/Ombudsman – Ano 2 – nº 2 – 2019 | 159.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2007.

_____. **Dignidade da Pessoa Humana e Direitos Fundamentais na Constituição Federal de 1988**. Porto Alegre: Livraria do Advogado. 2001.

SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. **Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações**. In: SARLET, Ingo Wolfgang; TIMM, Luciano Benetti (orgs). **Direitos fundamentais: orçamento e “reserva do possível”**. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2008.

SCHWARTZ GAD. **A saúde na pós-modernidade**. Revista Direito Sanitário. 2002;3(1):29-37.

SCLIAR, M. **Do Mágico ao Social**, Editora Senac, SP, 2ª edição, 2002. 160 p.

SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio Carvalho. **O conceito de saúde**. Revista de Saúde Pública, v. 31, n. 5, p. 538-542, 1997.

SERPA, Maria de Nazareth. **Teoria e Prática da Mediação de Conflitos**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 1999.

SERRANO, G., & RODRÍGUEZ, M. D. **Negociación en las Organizaciones**. Madrid: Eudema.1993.

SHEIN, Edgar H. **Psicologia organizacional**. 3. ed. Rio de Janeiro: Prentice-Hall do Brasil, 1982.

SILVA, Ana Maria Costa e CUNHA, Sílvia. **Formação de Mediadores Sociais na Europa: Um projeto piloto**. *Rev. Port. de Educação* [online]. 2019, vol.32, n.1,pp.173-189. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0871-91872019000100012&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0871-9187

SILVA, Patricia dos Santos Caldas. **Desafios do desenvolvimento humano na gestão das organizações públicas**. In: KUNSCH, Margarida (org). *A comunicação como fator de*

humanização das organizações. São Caetano do Sul, SP: Difusão, 2010. (Série Pensamento e Prática; v.3.).

SIMMEL, Georg. "Conflict". In: __. **Conflict and the web of group affiliations**. NY/London: The Free Press./MacMillan Publishers, 1964. P.11-123.

_____. **Sociologia**. Organização de Evaristo de Moraes Filho. São Paulo: Ática, 1983.

SIRAQUE, V. **Controle social da função administrativa do Estado: possibilidades e limites na Constituição de 1988**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

SIX, Jean-François. **Dinâmica da mediação**. Tradução de Giselle Groeninga de Almeida, Águida Arruda Barbosa e Eliana Riberti Nazareth. Belo Horizonte: Del Rey, 2001.

SOUSA, Aricélia Alves de. **Endomarketing como estratégia em gestão de pessoas**. Revista Online Ipog, Goiânia, v. 01/2013, n. 005, p.1-18, jul. 2013.

SOUZA, Ionete de Magalhães. **Mediação no direito de família** – breve análise. Disponível em: <http://www.valdirdepinhoveloso.com/artigos/mediacaoemdireitodefamilia.pdf>. Acesso em 13 de abril de 2020.

SOUZA, Jessé. **A Classe Média no espelho**. 1. ed. São Paulo: Estação Brasil- sextante, 2018. 285p .

_____. **A construção social da subcidadania: para uma sociologia política da modernidade periférica**. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2012, p. 178.

_____. **Subcidadania brasileira: para entender o país além do jeitinho brasileiro** Rio de Janeiro : LeYa, 2018.288 p.

SOUZA, Raquel Costa Rodrigues de. **A ouvidoria como um instrumento de avaliação e melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem**. 2010. Dissertação (Mestrado em Programa de Pós-graduação em enfermagem) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.

SOUZA NETO, Cláudio Pereira de et al. **Direitos sociais** – Fundamentos, judicialização e direitos sociais em espécie. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2008.

SPAGNOL, C. A. et al. **Situações de conflitos vivenciadas no contexto hospitalar: a visão dos técnicos e auxiliares de enfermagem**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 44, n. 3, p. 803-811. 2010.

- STIGLITZ, J. E. **Economic growth revisited. Industrial and Corporate Change.** P. 65-110, 1994.
- SUARES, Marinés. **Mediación: Conducción de disputas, comunicación y técnicas.** Buenos Aires: Paidós, 2008.
- TARTUCE, Fernanda. **Mediação nos conflitos civis.** São Paulo: Editora Método, 2008.
- TEIXEIRA, José Manuel. In: **O hospital e a visão administrativa contemporânea.** GONÇALVES, Ernesto Lima (Coord.). São Paulo: Pioneira, 1983.
- TERRA, Paula Valéria de Oliveira. **A Avaliação Social no Benefício de Prestação Continuada: o olhar dos assistentes sociais.** Rio de Janeiro, 26 de Abril de 2012 Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Sociologia e Política, 2012 113 f.
- THEODORO JÚNIOR, Humberto. **Curso de Direito Processual Civil** –Teoria geral do direito processual civil, processo de conhecimento e procedimento comum. 57ª ed. rev., atual. e ampl. Rio de Janeiro: Forense, 2016.
- THOMAS, K. W. **Conflict and negotiation processes in organizations.** In M. D. Dunnette, & L. M. Hough (Eds.), Handbook of industrial and organizational psychology (Vol. 3, 2nd edition, pp. 651-717). Chicago: Rand McNally.1992.
- TOALDO, Adriane Medianeira; BERGHAHN, Márcia Muhlbaier. **Desjudicialização do direito à saúde: a integração entre a sociedade e o Estado como alternativa de enfrentamento.** In: COSTA, Marli Marlene Moraes da. (Org.). Direito e políticas públicas IX. Curitiba: Multideia, 2014.
- TOCQUEVILLE, Alexis de. **De la démocratie en Amérique**, t. I, em Œuvres, vol. II. Paris: Gallimard.1992.
- TREVIZAN, M. A.; MENDES, I. A. C. **Características de um hospital-escola.** Enfoque sobre o serviço de enfermagem. Revista Paulista de Hospitais, v.XXVI, n.12, p.532-540, 1978.
- UESHIBA, Morihei. **A arte da paz.** Rio de Janeiro: Rocco, 2002. (Coleção Sábias Palavras).
- VASCONCELOS, Arnaldo. **Direito e força: uma visão pluridimensionada da coação jurídica.** São Paulo: Dialética, 2001. 250 p.
- VASCONCELOS, Carlos Eduardo de. **Mediação de Conflitos e Práticas Restaurativas.** São Paulo: Método, 2012.

VASCONCELOS, Cipriano Maia de; PASCHE, Dário Frederico. **O Sistema Único de Saúde**, In: Campos, Gastão Wagner de Sousa; Minayo, Maria Cecília de Souza; Akerman, Marco; Drumond Júnior, Marcos; Carvalho, Yara Maria de. Tratado de saúde coletiva. Rio de Janeiro, Hucitec; Fiocruz, 2006. p.531-562.

VEZZULA, Juan Carlos. **Mediação**: guia para usuários e profissionais. Florianópolis: Instituto de Mediação e Arbitragem do Brasil, 2001.

VISMONA, E. et al. **A Ouvidoria no Brasil**. São Paulo: Imprensa Oficial, 2011.

WANDERLEY, Waldo. **Mediação**. Brasília :Ed.MSD, 2004.

WARAT, Luis Alberto. **O ofício do mediador**. Florianópolis: Habitos, 2001. v.1.

WATANABE, Kazuo. **Política Pública do Poder Judiciário Nacional para Tratamento Adequado dos Conflitos de Interesses**. In: RICHA, Morgana de Almeida; PELUSO, Antonio Cezar; (Coord). GRINOVER, Ada Pellegrini...[et.al.]. Conciliação e mediação: estruturação da política judiciária nacional. Rio de Janeiro: Forense, 2011.

WEBER, Max. **Parlamento e governo na Alemanha reordenada**. 2ª ed. São Paulo: Abril Cultural, 1980.

WHO; 2010.
Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70185/1/WHO_HRH_HP_N_10.3_eng.pdf?ua=1

ZIROLDO, Rodrigo Romera. GIMENES, Rafaela Okano. CASTELO, Clóvis Junior. **A importância da Saúde Suplementar na demanda da prestação dos serviços assistenciais no Brasil**. Medicina e Saúde. Abr - jun. 2013.