

Organizadoras:

Hildeliza Boechat
Karla de Mello Silva

Prefácio por

Dra. Alinne Arquette, Juíza do TJMG

DIREITO E SAÚDE EM DIÁLOGO TRANSDISCIPLINAR



EXPERT
EDITORA DIGITAL

A obra *Direito e Saúde em Diálogo Transdisciplinar* reúne estudos que exploram temas fundamentais da interface entre o Direito, a Bioética e as Ciências da Saúde, oferecendo ao leitor reflexões atuais e relevantes sobre questões que desafiam a prática jurídica e os sistemas de cuidado em saúde. Com abordagem crítica e sensível, os capítulos aqui apresentados lançam luz sobre dilemas éticos e jurídicos complexos, convidando à reflexão sobre os limites da autonomia, as formas de proteção da dignidade humana e os impactos das transformações tecnológicas no campo da saúde humana. [...]

A leitura desta obra convida a pensar para além do jurídico estrito, abrindo espaço para reflexões transdisciplinares que reconhecem a densidade dos sujeitos, dos vínculos e das decisões que atravessam o campo da saúde. Em tempos de transformações aceleradas, esta coletânea propõe uma escuta mais atenta, uma ação mais ética e uma teoria mais comprometida com a dignidade humana.

Muriaé,
Primavera de 2025.

Alinne Arquette
Juíza de Direito Titular da 4ª Vara Cível da Comarca de Muriaé - MG
Doutora em Cognição e Linguagem - UENF
Mestra em Direito Civil - UERJ
Especialista em Gestão Judiciária - UnB
Bacharela em Direito - UFV
Membro do BRASILCON, IBERC, GEPBIDH,

ISBN 978-65-6006-254-2



doi 10.29327/5740834


EXPERT
EDITORA DIGITAL

DIREITO
E SAÚDE
EM DIÁLOGO
TRANSDISCIPLINAR

Direção Executiva: Luciana de Castro Bastos
Direção Editorial: Daniel Carvalho
Diagramação e Capa: Editora Expert
A regra ortográfica usada foi prerrogativa do autor



Todos os livros publicados pela Expert Editora Digital estão sob os direitos da Creative Commons 4.0 BY-SA. <https://br.creativecommons.org/>
"A prerrogativa da licença creative commons 4.0, referencias, bem como a obra, são de responsabilidade exclusiva do autor"

A Expert Editora, bem como a organização da obra não se responsabilizam por quaisquer posições, opiniões e condutas compartilhadas nesta obra, sendo o conteúdo dos capítulos de responsabilidade exclusiva de seus respectivos autores.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

BOECHAT, Hildeliza.
SILVA, Karla de Mello.
Direito e saúde em diálogo transdisciplinar / organizado por Hildeliza Boechat, Karla de Mello Silva. – Belo Horizonte, MG: Editora Expert, 2025.
208 p. : il.
ISBN: 978-65-6006-254-2
DOI: 10.29327/5740834
1.Direito à saúde – Brasil. 2. Saúde pública – Aspectos jurídicos. 3. Humanização da assistência. 4. Saúde coletiva. 5. Direito médico. I. Boechat, Hildeliza, org. II. Silva, Karla de Mello, org. III. Título.
CDD: 344.04
CDU: 34:614
Modo de acesso: <https://experteditora.com.br>

Índices para catálogo sistemático:

Direito à Saúde / Saúde Pública / Direito Médico – 344.04 / 34:614

experteditora.com.br
contato@editoraexpert.com.br





Prof. Dra. Adriana Goulart De Sena Orsini
Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG

Prof. Dr. Alexandre Miguel Cavaco Picanco Mestre
Universidade Autónoma de Lisboa, Escola Superior de Desporto de Rio Maior, Escola Superior de Comunicação Social (Portugal), The Football Business Academy (Suíça)

Prof. Dra. Amanda Flavio de Oliveira
Universidade de Brasília - UnB

Prof. Dr. Carlos Raul Iparraguirre
Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales, Universidad Nacional del Litoral (Argentina)

Prof. Dr. César Mauricio Giraldo
Universidad de los Andes, ISDE, Universidad Pontificia Bolivariana UPB (Bolívia)

Prof. Dr. Eduardo Goulart Pimenta
Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, e PUC - Minas

Prof. Dr. Gladston Mamede
Advogado e escritor

Prof. Dr. Francisco Satiro
Faculdade de Direito da USP - Largo São Francisco

Prof. Dr. Gustavo Lopes Pires de Souza
Universidad de Litoral (Argentina)

Prof. Dr. Henrique Viana Pereira
PUC - Minas

Prof. Dr. Javier Avilez Martínez
Universidad Anahuac, Universidad Tecnológica de México (UNITEC), Universidad Del Valle de México (UVM) (México)

Prof. Dr. João Bosco Leopoldino da Fonseca
Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG.

Prof. Dr. Julio Cesar de Sá da Rocha
Universidade Federal da Bahia - UFBA

Prof. Dr. Leonardo Gomes de Aquino
UniCEUB e UniEuro, Brasília, DF.

Prof. Dr. Luciano Timm
Fundação Getúlio Vargas - FGVSP

Prof. Dr. Mário Freud
Faculdade de direito Universidade Agostinho Neto (Angola)

Prof. Dr. Marcelo Andrade Fêres
Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG

Prof. Dr. Omar Jesús Galarreta Zegarra
Universidad Continental sede Huancayo, Universidad Sagrado Corazón (UNIFE), Universidad Cesar Vallejo, Lima Norte (Peru)

Prof. Dr. Rafael Soares Duarte de Moura
Universidade Estadual De Montes Claros

Prof. Dr. Raphael Silva Rodrigues
Centro Universitário Uihorizontes e Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG

Prof. Dra. Renata C. Vieira Maia
Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG

Prof. Dr. Rodolpho Barreto Sampaio Júnior
PUC - Minas e Faculdade Milton Campos

Prof. Dr. Rodrigo Almeida Magalhães
Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, PUC - Minas

Prof. Dr. Thiago Penido Martins
Universidade do Estado de Minas Gerais - UEMG

“Que darei eu ao Senhor, por todos os benefícios
que me tem feito? Tomarei o cálice da salvação,
e invocarei o nome do Senhor” (Sl 116: 13-14).

Agradecemos

A Deus pelo êxito de mais esta obra, porque todas
as bênçãos emanam de suas preciosas mãos

À Dra. Alinne Arquette pelo prefácio
que abrilhanta a obra

Aos autores e à Expert Editora pela parceria.

PREFÁCIO

A obra *Direito e Saúde em Diálogo Transdisciplinar* reúne estudos que exploram temas fundamentais da interface entre o Direito, a Bioética e as Ciências da Saúde, oferecendo ao leitor reflexões atuais e relevantes sobre questões que desafiam a prática jurídica e os sistemas de cuidado em saúde. Com abordagem crítica e sensível, os capítulos aqui apresentados lançam luz sobre dilemas éticos e jurídicos complexos, convidando à reflexão sobre os limites da autonomia, as formas de proteção da dignidade humana e os impactos das transformações tecnológicas no campo da saúde.

Sob a coordenação de **Hideliza Lacerda Tinoco Boechat Cabral** e **Karla de Mello Silva**, a obra evidencia o compromisso acadêmico de suas organizadoras com a produção científica de excelência e o diálogo interdisciplinar qualificado.

Hideliza, Doutora e Mestre em Cognição e Linguagem (UENF) e pós-doutora em Direito Processual Civil (UFES), é docente nos cursos de Direito e Medicina da Universidade Iguazu (UNIG – Campus Itaperuna), coordenadora do Grupo de Estudos e Pesquisa em Bioética e Dignidade Humana (GEPBIDH), autora e organizadora de obras de referência na área do Direito Médico, da Bioética e dos Direitos Existenciais. É ainda membro de diversas instituições nacionais e internacionais, como o IBERC, a SBB e a Asociación Argentina de Bioética Jurídica, tendo seus trabalhos reconhecidos em publicações e decisões do Superior Tribunal de Justiça.

Karla, por sua vez, é advogada, residente jurídica no Tribunal de Justiça do Estado do Paraná, mestre pela UENF, pós-graduada em Direito Civil e Processo Civil, bem como em Direito Constitucional. Atua como pesquisadora do GEPBIDH, com foco em temas sensíveis ligados à autonomia, ao consentimento informado e à dignidade da pessoa humana.

Os capítulos que compõem esta coletânea abordam, de maneira instigante e articulada, temas que desafiam os contornos tradicionais do Direito, ao colocá-lo em diálogo direto com a vida, a vulnerabilidade

e os avanços da tecnociência. São exploradas questões como a legitimidade do consentimento na doação de órgãos, especialmente à luz das propostas de reforma do Código Civil; os limites e possibilidades da curatela em casos de síndrome demencial na velhice; e as diversas formas de vivenciar a morte, sob uma perspectiva integrativa que ultrapassa os parâmetros biomédicos tradicionais. Discutem-se ainda a atuação da Administração Pública nas formas alternativas de resolução de conflitos, a responsabilidade médica diante da crescente presença da inteligência artificial na saúde e os dilemas éticos e jurídicos da judicialização, analisada sob o prisma da justiça distributiva e da equidade.

Outros textos provocam o leitor ao tratarem, por exemplo, da força performativa da linguagem nos laudos periciais e seu papel na definição da incapacidade em processos previdenciários; da utilização de sistemas automatizados na avaliação embrionária, revelando as complexas interações entre biotecnologia, direito e bioética; e da tênue fronteira entre autonomia e proteção em contextos de sofrimento psíquico, com especial atenção às formas éticas de curatela e representação na saúde mental.

A leitura desta obra convida a pensar para além do jurídico estrito, abrindo espaço para reflexões transdisciplinares que reconhecem a densidade dos sujeitos, dos vínculos e das decisões que atravessam o campo da saúde. Em tempos de transformações aceleradas, esta coletânea propõe uma escuta mais atenta, uma ação mais ética e uma teoria mais comprometida com a dignidade humana.

Alinne Arquette
Juíza de Direito Titular da 4ª Vara Cível da Comarca
de Muriaé - MG
Doutoranda em Cognição e Linguagem - UENF
Mestra em Direito Civil - UERJ
Especialista em Gestão Judiciária - UnB
Bacharela em Direito - UFV
Membro do BRASILCON, IBERC, GPBiDH
Primavera de 2025.

ORGANIZAÇÃO

Hildeliza Boechat
Karla de Mello Silva

AUTORES

Alinne Arquette	Luis Otavio Azevedo Barreto
Alice de Souza Tinoco Dias	Maxwel Chaves da Silva Cruz
Brenon Adriano Maluf Molina Balthar	Matheus do Nascimento Sousa
Bruna Marcelle Bastos Dias Marinho	Nelia da Fonseca Pinto Ferreira
Diego do Nascimento Sousa	Nilo Lima de Azevedo
Denise Tinoco Novaes Bedim	Paola Pimentel Coelho de Araújo
Eliza Miranda Costa Caraline	Pedro Carvalho Tinoco
Greziene dos Santos Silva	Raquel Veggi Moreira
Hildeliza Boechat	Renato Novais
Igor Tinoco Novaes Bedim	Rosalee Santos Crespo Istoe
Isabella Fróes Demétrio	Tauã Lima Verdán Rangel
João Carlos de Aquino Almeida	Thais Aparecida M. Zanon Jacomino
Kamilly Farah Cardoso Martins	Valtair Afonso Miranda
Karla de Mello Silva	Viviane Carneiro Lacerda Meleep
Larissa Lugate Ribeiro Leite	Wagner Luiz Ferreira Lima
Libia Kícela Goulart	

SUMÁRIO

Judicialização da saúde suplementar e os limites da cobertura fora do rol da ANS: Uma análise à luz da lei nº 14.454/2022 e da ADI 7265.....15

Libia Kícela Goulart, Hildeliza Boechat, Karla de Mello Silva

Entre a autonomia e a proteção: Capacidade decisória na saúde mental, curatela e representação ética.....35

Alinne Arquette, Renato Novais

Avaliação da qualidade embrionária automatizada: Perspectivas tecnocientífica, jurídica e bioética da IA Idascore.....53

Raquel Veggi Moreira, João Carlos de Aquino Almeida

A judicialização da saúde sob a perspectiva da justiça distributiva e da equidade.....71

Viviane Carneiro Lacerda Meleep, Alice de Souza Tinoco Dias, Valtair Afonso Miranda

A linguagem do laudo pericial: Uma análise da construção discursiva da incapacidade em processos previdenciários.....85

Brenon Adriano Maluf Molina Balthar

Responsabilidade médica e hospitalar diante da inteligência artificial na assistência à saúde: Desafios éticos, jurídicos e organizacionais.....99

Diego do Nascimento Sousa, Matheus do Nascimento Sousa

"Saúde mental e trabalho": A responsabilidade do Estado diante do aumento de doenças psíquicas ocupacionais.....113

Wagner Luiz Ferreira Lima¹, Maxwel Chaves da Silva Cruz, Larissa Lugate Ribeiro Leite

Quando não posso mais decidir sozinho: A importância da curatela da pessoa idosa na síndrome demencial135

Eliza Miranda Costa Caraline, Paola Pimentel Coelho de Araújo, Pedro Carvalho Tinoco

A interação da administração pública com as formas alternativas de resolução de conflito151

Bruna Marcelle Bastos Dias Marinho, Nilo Lima de Azevedo, Tauã Lima Verdan Rangel

O emprego do termo "velho" como definição para a pessoa idosa: A perspectiva semântico-psicológica161

Nelia da Fonseca Pinto Ferreira, Greziene dos Santos Silva, Luis Otavio Azevedo Barreto, Valtair Afonso Miranda

A perspectiva da morte sob a ótica da vivência integrativa173

Denise Tinoco Novaes Bedim, Igor Tinoco Novaes Bedim, Thais Aparecida Marques Zanon Jacomino

Humanização e integralidade na formação dos profissionais para os cuidados em saúde189

Denise Tinoco Novaes Bedim, Isabella Fróes Demétrio, Thais Aparecida Marques Zanon Jacomino

Autopercepção da saúde em idosos: Desafios e oportunidades para a medicina geriátrica.....209

Kamilly Farah Cardoso Martins, Rosalee Santos Crespo Istoe

JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR E OS LIMITES DA COBERTURA FORA DO ROL DA ANS: UMA ANÁLISE À LUZ DA LEI Nº 14.454/2022 E DA ADI 7265

Libia Kícela Goulart¹

Hildeliza Boechat²

Karla de Mello Silva³

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A saúde suplementar no Brasil ocupa papel relevante no sistema de proteção à saúde, funciona de forma complementar ao Sistema Único de Saúde (SUS) e é regulada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Nas últimas décadas, o setor tem experimentado significativa expansão impulsionada pela busca da população por alternativas ao sistema público, mas também por crescentes tensões decorrentes da relação entre consumidores e operadoras. Esse contexto

1 Doutora em Sociologia Política pela Universidade Estadual do Norte Fluminense (2025). Mestre em Ciências das Religiões pela Faculdade Unida de Vitória (2018). Pós-graduada em Processo Civil pela Pontifícia Universidade Católica (2011). Graduada em Direito pela Unig - campus V (2008). Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal Fluminense (2009). Lattes: <https://lattes.cnpq.br/3162205285840987>. E-mail: libiakicelagoulart@gmail.com

2 Doutora e Mestra em Cognição e Linguagem pela Universidade Estadual do Norte Fluminense (Uenf). Pós-Doutora em Direito Civil e Processual Civil pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Pós-Doutoranda em Direito pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-Minas) em andamento. Membro da Sociedade Brasileira de Bioética (SBB). Membro da Asociación de Bioética Jurídica de La Universidad Nacional de La Plata (Argentina). Membro do Instituto Brasileiro de Estudos em Responsabilidade Civil (IBERC). Coordenadora do GEPBIDH (Grupo de Estudos e Pesquisa em Bioética e Dignidade Humana). Membro do Instituto Brasileiro de Direito de Família (IBDFAM). Membro do Instituto Brasileiro de Política e Direito do Consumidor (BRASILCON). <http://lattes.cnpq.br/3000681744460902>

3 Mestre do Programa de Cognição e Linguagem da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF). Graduada em Direito. Técnica em Informática pelo Instituto Federal Fluminense Campus Itaperuna (IFF). Membro do Grupo de estudos e Pesquisa em Bioética e Dignidade Humana (Gepbidh). E-mail karlamello97@gmail.com. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3674178767696870>

tem sido marcado pela intensificação da judicialização, fenômeno em que o Poder Judiciário é acionado para assegurar o custeio de tratamentos, medicamentos e procedimentos não contemplados nas coberturas contratuais ou no rol de procedimentos obrigatórios da ANS.

A judicialização da saúde suplementar suscita um debate complexo e multidimensional. De um lado, está o direito fundamental à saúde, consagrado pela Constituição Federal de 1988, que garante a todos o acesso a serviços e tratamentos capazes de assegurar uma vida digna. De outro, encontram-se os limites contratuais e regulatórios das operadoras de planos de saúde, que se orientam por normas técnicas e econômicas impostas pela ANS e pelos princípios da livre iniciativa e do equilíbrio econômico-financeiro. Essa tensão gera um conflito jurídico e ético central, do qual surge a seguinte questão: até que ponto a intervenção judicial pode se sobrepor às regras contratuais e regulatórias em nome da proteção do direito à saúde?

A fim de buscar explicações para o questionamento acima, este estudo traçou o seguinte objetivo: apresentar os limites e critérios da intervenção judicial nas demandas que envolvem a cobertura de procedimentos fora do rol da ANS, à luz da Lei nº 14.454/2022 e da ADI 7265, considerando os princípios da reserva do possível e do equilíbrio econômico-financeiro. Já acerca da metodologia, a pesquisa adota uma abordagem qualitativa, de caráter bibliográfico, documental e jurisprudencial, fundamentando-se na análise de doutrina especializada, legislações pertinentes, decisões judiciais e documentos oficiais da ANS e do Supremo Tribunal Federal.

A relevância do presente estudo justifica-se diante da recente decisão do Supremo Tribunal Federal na Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 7265, de efeito vinculante, que estabeleceu critérios cumulativos para a concessão judicial de tratamentos não incluídos no rol da ANS. Em paralelo, a promulgação da Lei nº 14.454/2022 reforçou a necessidade de critérios técnicos e científicos para excepcionar a natureza taxativa mitigada do rol, buscando maior segurança jurídica nas relações entre consumidores e

operadoras. Essas mudanças normativas e jurisprudenciais refletem um esforço de harmonização entre a efetividade do direito à saúde e a sustentabilidade do setor de saúde suplementar. Outrossim, é um estudo que busca contribuir para o debate acadêmico e jurídico acerca da compatibilização entre o direito à saúde, a autonomia regulatória das operadoras e a sustentabilidade do sistema de saúde suplementar no Brasil.

O DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE E A JUDICIALIZAÇÃO NA SAÚDE SUPLEMENTAR

A Constituição Federal de 1988 consagrou a saúde como um direito social e fundamental, inerente à dignidade da pessoa humana e indispensável à concretização do Estado Democrático de Direito. O artigo 6º insere a saúde entre os direitos sociais básicos, enquanto o artigo 196 estabelece que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”, deve, pois, ser garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Assim, o texto constitucional amplia a noção de saúde para além da mera ausência de enfermidades, reconhecendo-a como condição essencial de cidadania e bem-estar.

Para melhor compreender a magnitude da ideia de “saúde direito de todos”, faz-se necessário apresentar as reflexões de Hélio Pereira Dias, participante da VIII Conferência Nacional da Saúde (1986), que cita o diretor-geral da OMS, Dr. Halfdan Mahler:

A “saúde para todos” significa que a saúde há de ser colocada ao alcance de cada indivíduo em um país determinado; por “saúde” há de entender-se um estado pessoal de bem-estar, ou seja, não só a disponibilidade de serviços sanitários, como também um estado de saúde que permita a uma pessoa levar

uma vida social e economicamente produtiva (Mahler *apud* Dias, 1986, p. 1-2).

No Brasil, o sistema de saúde estrutura-se sob um modelo dual, composto pelo SUS e pelo setor de saúde suplementar. O SUS representa a vertente pública, de caráter universal e gratuito, financiado pelo Estado e voltado a toda a população. Já a saúde suplementar é prestada por entidades privadas — as operadoras de planos de saúde — e é de natureza contratual, regida pela Lei nº 9.656/1998 e pela regulação da ANS.

A denominação saúde suplementar merece crítica, porque passa a ideia de acessoriedade a um projeto principal, como se o SUS fosse o principal e a saúde suplementar o acessório. Na verdade, os dois sistemas de atenção à saúde são independentes e têm fundamentos distintos. Apesar de, somados, proporcionarem um maior espectro de proteção social, não se pode dizer que haja relação de hierarquia ou de dependência entre os dois, já que nos termos do artigo 199, da CR/88, a assistência é livre à iniciativa privada.

Segundo Schulman (2009, p. 201), “a saúde suplementar é a esfera de atuação dos planos de saúde, e configura a prestação privada de assistência médico-hospitalar na esfera do subsistema da saúde privada por operadoras de planos de saúde”. Porém, apesar da existência da livre iniciativa na área da saúde, cabe ao Estado, como agente normativo e regulador da atividade econômica, exercer as funções de fiscalização, incentivo e planejamento com vista ao desenvolvimento nacional e regional equilibrado e redução das desigualdades sociais.

Ao optar pela iniciativa privada, o indivíduo não deixa de ter direito ao acesso à saúde que é oferecido pelo Estado quando

necessitar. Ressalta-se que haverá o controle e a fiscalização das operadoras de planos de saúde pelo Estado, uma vez que as ações e serviços de saúde são de relevância pública, e que o setor privado de saúde complementar é por ele regulado.

A NATUREZA JURÍDICA DO ROL: TAXATIVIDADE, EXEMPLIFICATIVIDADE E O ENTENDIMENTO DOS TRIBUNAIS SUPERIORES

A ANS é a agência reguladora vinculada ao Ministério da Saúde, responsável pelo setor de planos de saúde no Brasil. Sua criação deu-se através da Lei nº 9.961/2000, ficando sob a égide da referida Agência, estipular o Rol de Procedimentos que integra o Plano Referência, ao qual todas as Operadoras de Plano de Saúde estão obrigados a darem cobertura. Através da Lei 9.656/98, os planos de saúde passaram a ser regulados pela ANS, ficando instituído o Plano Referência, conforme o seguinte disposto em seu artigo 10.

O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS constitui um dos instrumentos centrais da regulação da saúde suplementar no Brasil. Ele define o conjunto mínimo de exames, terapias e tratamentos que as operadoras de planos de saúde são obrigadas a custear, funcionando como parâmetro técnico e normativo para a cobertura assistencial. A controvérsia que historicamente permeia o tema diz respeito à natureza jurídica desse rol — se ele seria taxativo (limitando a cobertura apenas aos procedimentos nele expressamente previstos) ou exemplificativo (admitindo a inclusão de outros procedimentos não listados, desde que essenciais ao tratamento do paciente).

Durante anos, a jurisprudência majoritária do Superior Tribunal de Justiça (STJ) inclinou-se ao entendimento exemplificativo, sustentando que o rol da ANS não poderia restringir o direito fundamental à saúde nem à boa-fé objetiva que deve reger os contratos de planos de saúde. Em diversos precedentes, o Tribunal afirmou que o rol teria caráter mínimo, devendo ser interpretado de

forma ampliativa quando presentes evidências científicas da eficácia do tratamento e a imprescindibilidade médica para o caso concreto. Essa orientação visava resguardar o princípio da dignidade da pessoa humana e o direito à vida, valores constitucionais de hierarquia superior às normas infralegais da ANS.

Todavia, o avanço das demandas judiciais e o crescente impacto econômico das decisões que ampliavam a cobertura dos planos de saúde levaram à revisão desse posicionamento. Em 2022, ao julgar os Embargos de Divergência no REsp nº 1.886.929/SP e 1.889.704/SP, o STJ consolidou o entendimento de que o rol da ANS é de natureza taxativa, ainda que mitigada. De acordo com o Tribunal, a taxatividade seria necessária para assegurar segurança jurídica e equilíbrio econômico-financeiro ao sistema de saúde suplementar, evitando que as operadoras fossem obrigadas a custear procedimentos não previstos e sem comprovação científica suficiente.

Contudo, a decisão do STJ não excluiu completamente a possibilidade de cobertura excepcional. O Tribunal fixou critérios que permitem a mitigação da taxatividade, como: (i) inexistência de substituto terapêutico ou procedimento eficaz no rol; (ii) comprovação científica da eficácia do tratamento; (iii) recomendações de órgãos técnicos nacionais ou internacionais; e (iv) prescrição médica fundamentada. Dessa forma, o rol é considerado taxativo com exceções justificadas, preservando certo grau de flexibilidade diante da evolução científica e das particularidades clínicas de cada paciente.

A reação social e política ao entendimento do STJ resultou na edição da Lei nº 14.454/2022, que alterou a Lei nº 9.656/1998 para incorporar expressamente critérios que permitem a cobertura de procedimentos não incluídos no rol, desde que observados parâmetros técnicos e científicos semelhantes aos fixados pela Corte. Assim, o legislador buscou restabelecer o equilíbrio entre a segurança jurídica das operadoras e a proteção do consumidor, reafirmando o caráter referencial e dinâmico do rol da ANS.

AS RECENTES ALTERAÇÕES LEGISLATIVAS E O NOVO PARADIGMA INTRODUZIDO PELA LEI Nº 14.454/2022

A promulgação da Lei nº 14.454, de 21 de setembro de 2022, representou um marco na regulação da saúde suplementar brasileira, especialmente no que se refere à natureza e aos efeitos jurídicos do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS. Essa norma surgiu como uma resposta legislativa direta ao entendimento firmado pelo Superior Tribunal de Justiça (STJ), em junho de 2022, que reconheceu o rol como taxativo mitigado. Embora a decisão tenha buscado preservar a previsibilidade e o equilíbrio econômico do setor, provocou intensa reação social e política, por ser percebida como um retrocesso na tutela do direito à saúde dos beneficiários de planos.

A Lei nº 14.454/2022 alterou o artigo 10 da Lei nº 9.656/1998 ao incluir os §§12 e 13, que estabelecem expressamente que o rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS tem caráter de referência básica, e não exaustiva. Ou seja, ele deve orientar, mas não limitar, a cobertura assistencial contratualmente devida. A partir dessa alteração, a cobertura de procedimentos não previstos no rol passou a ser possível, desde que observadas determinadas condições técnicas e científicas.

De acordo com a nova legislação, a operadora poderá ser obrigada a custear tratamento ou procedimento não constante do rol, desde que haja:

I – comprovação da eficácia, à luz das evidências científicas e dos princípios da medicina baseada em evidências;

II – recomendações favoráveis da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec) ou de pelo menos um órgão de avaliação de tecnologias em saúde de renome internacional, desde que reconhecido e utilizado por países com sistemas de saúde comparáveis ao brasileiro.

Esses critérios previstos nos incisos I e II do § 13 do artigo 10 da Lei 9.656/98 também são observados pelo Conselho Nacional de Saúde

através de Enunciados do Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde (Fonajus), conforme o que ora transcreve:

ENUNCIADO N° 26 É lícita a exclusão de cobertura de produto, tecnologia e medicamento importado não nacionalizado, bem como tratamento clínico ou cirúrgico experimental (Tema 990/STJ). (Redação dada na III Jornada de Direito da Saúde – 18.03.2019)

ENUNCIADO N° 18 Sempre que possível, as decisões liminares sobre saúde devem ser precedidas de notas de evidência científica emitidas por Núcleo de Apoio Técnico do Judiciário – NatJus e/ou consulta do banco de dados pertinente (Redação dada na III Jornada de Direito da Saúde – 18.03.2019)

ENUNCIADO N° 23 Nas demandas judiciais em que se discutir qualquer questão relacionada à cobertura contratual vinculada ao rol de procedimentos e eventos em saúde editados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), recomenda-se a consulta, pela via eletrônica e/ou expedição de ofício, a esta agência Reguladora para os esclarecimentos necessários sobre a questão em litígio.

Preceitos orientadores do Conselho Nacional de Justiça devem ser observados nas demandas judiciais, uma vez que esse é o propósito dos Enunciados.

Essa estrutura normativa introduz um novo paradigma de regulação: o rol deixa de ser visto como um limite rígido e passa a operar como um instrumento dinâmico de atualização científica, em harmonia com os avanços da medicina e com a proteção do consumidor. A norma busca compatibilizar dois valores constitucionais fundamentais: a segurança jurídica e a previsibilidade econômica das operadoras (essenciais para a sustentabilidade do setor); e o direito fundamental à saúde e à dignidade da pessoa humana, pilares do sistema jurídico brasileiro.

Além disso, a nova lei reforça o papel do diálogo entre o Poder Público e a comunidade científica na incorporação de novas tecnologias, evitando que decisões judiciais isoladas determinem coberturas sem base técnica consolidada. Assim, busca-se substituir a lógica de judicialização individualizada por uma governança regulatória baseada em evidências, mais coerente com o princípio da eficiência administrativa e com a racionalização dos recursos da saúde suplementar.

Do ponto de vista interpretativo, a Lei nº 14.454/2022 não revoga completamente o entendimento do STJ sobre a taxatividade mitigada, mas o reformula sob a ótica legislativa, positivando os critérios de exceção e ampliando o espaço de decisão técnica e científica. Em consequência, inaugura-se um modelo híbrido: o rol continua a ser o parâmetro mínimo obrigatório, mas admite a inclusão de tratamentos complementares mediante critérios objetivos e verificáveis, reduzindo o grau de incerteza tanto para operadoras quanto para beneficiários.

Portanto, a nova legislação inaugura um paradigma normativo equilibrado, no qual o rol da ANS deixa de ser um instrumento de limitação rígida para se tornar um referencial de cobertura ampliável, conforme a evolução da ciência e da regulação. Essa mudança representa um avanço significativo para a preservação da segurança jurídica com sensibilidade social, reafirmando o compromisso do ordenamento jurídico brasileiro com o acesso equitativo e racional à saúde suplementar.

A DECISÃO DO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL NA ADI 7265 E OS CRITÉRIOS PARA COBERTURA FORA DO ROL DA ANS

A discussão sobre a obrigatoriedade de cobertura, por parte das operadoras de planos de saúde, de tratamentos e procedimentos não incluídos no rol de procedimentos da ANS ganhou relevo com o julgamento da Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 7265 pelo Supremo Tribunal Federal (STF). Trata-se de decisão de efeito

vinculante, com impacto direto sobre a judicialização da saúde suplementar e sobre a segurança jurídica das relações contratuais entre operadoras e consumidores.

No referido julgamento, o STF fixou critérios cumulativos que condicionam a concessão judicial de tratamentos não contemplados no rol da ANS ao atendimento de requisitos técnicos específicos, a fim de evitar decisões arbitrárias e preservar o equilíbrio do sistema. Entre os critérios estabelecidos, destacam-se: a comprovação da eficácia do tratamento à luz das evidências científicas disponíveis; a inexistência de substituto terapêutico no rol da ANS; e a recomendação do uso do tratamento por órgãos técnicos nacionais ou estrangeiros de reconhecida competência.

A decisão, portanto, reafirma o entendimento de que o rol da ANS tem caráter taxativo mitigado, isto é, representa a referência mínima de cobertura obrigatória, podendo ser superado apenas em hipóteses excepcionais devidamente justificadas. Tal posicionamento visa equilibrar a proteção do direito fundamental à saúde do consumidor com o princípio do equilíbrio econômico-financeiro que sustenta o contrato de saúde suplementar, evitando a sobrecarga indevida das operadoras e a consequente inviabilidade do sistema.

Assim, o julgamento da ADI 7265 consolidou um marco regulatório relevante, ao impor parâmetros objetivos e técnicos para a atuação do Poder Judiciário em demandas relacionadas à ampliação das coberturas contratuais na saúde suplementar. Ele buscou compatibilizar o acesso ao tratamento com a sustentabilidade do setor.

PRINCÍPIOS DA RESERVA DO POSSÍVEL E DO EQUILÍBRIO ECONÔMICO-FINANCEIRO

A análise da judicialização na saúde suplementar requer a compreensão dos limites materiais e financeiros que condicionam a prestação de serviços de saúde pelas operadoras. Nesse cenário, ganham destaque dois princípios fundamentais: o princípio da

reserva do possível e o princípio do equilíbrio econômico-financeiro dos contratos. Ambos constituem elementos de racionalidade e sustentabilidade do sistema, funcionando como contrapontos à ampliação irrestrita das coberturas determinadas judicialmente.

O princípio da reserva do possível tem origem na jurisprudência constitucional alemã e foi incorporado ao ordenamento jurídico brasileiro como um critério de limitação da atuação estatal e privada na concretização dos direitos sociais. Ele estabelece que a efetivação desses direitos deve observar a disponibilidade de recursos financeiros, técnicos e estruturais, de modo que a obrigação de custeio ou cobertura não inviabilize a continuidade de outras prestações igualmente essenciais. No contexto da saúde suplementar, esse princípio aplica-se à realidade das operadoras de planos de saúde, que precisam equilibrar o cumprimento das obrigações contratuais com sua capacidade econômico-financeira e com as diretrizes impostas pela regulação da ANS.

Por sua vez, o equilíbrio econômico-financeiro configura cláusula basilar dos contratos de saúde suplementar, pois assegura a proporcionalidade entre as contraprestações das partes: o pagamento das mensalidades pelo beneficiário e a prestação dos serviços pela operadora. Essa equação, prevista tanto no Código Civil quanto na legislação setorial, é essencial para a sustentabilidade do sistema de saúde privada, já que garante que as coberturas oferecidas sejam compatíveis com os cálculos atuariais e os limites de risco previamente definidos. A quebra desse equilíbrio — por imposições judiciais que determinem coberturas não previstas no contrato ou fora do rol da ANS — pode gerar impactos financeiros significativos, comprometendo a estabilidade das operadoras e, em última análise, o acesso de todos os consumidores aos serviços contratados.

Como é sabido, a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro dos contratos é garantia consagrada no ordenamento jurídico brasileiro. Significa, basicamente, que a alteração de um dos polos da equação deve corresponder a alteração equivalente no outro

polo. Essa noção é traduzida com precisão por Celso Antônio Bandeira de Mello:

Equilíbrio econômico-financeiro (ou equação econômico-financeira) é a relação de igualdade formada, de um lado, pelas obrigações assumidas pelo contratante no momento do ajuste e, de outro, pela compensação econômica que lhe corresponderá. A equação econômico-financeira é intangível (Mello, 2007, p. 619-620).

Princípio esse reconhecido pelos Tribunais inclusive para os Contratos de Plano de Saúde, como se depreende da doutrina do eminente Ministro Luiz Fux, na Obra *Tutela de urgência e plano de saúde*:

[...] no tocante às instituições privadas de assistência de saúde, a assistência decorre de um contrato em que há um equilíbrio financeiro entre o que o beneficiário paga e o que a instituição recebe e pode oferecer em razão do plano escolhido livremente pelo contratante, inclusive porque este tem a opção de escolher uma instituição privada adequada às suas necessidades. Portanto, assim colocada a questão, e muito embora sensível aos apelos humanitários da argumentação do recorrido e autor, entendo que não pode afastar, nulificar, cláusulas quando inexistente vedação legal à sua celebração (Fux, 2020).

Vale lembrar e trazer à colação as lições esplanadas pelo Ministro Luis Felipe Salomão no v. Acórdão prolatado no AgInt no Recurso Especial nº 1.933.552-ES. Ele fazer referência ao Ministro Marco Aurélio de Melo sobre monografia que trata da Saúde Suplementar, ao dispor:

Como salientado, em âmbito doutrinário, pelo Ministro Marco Aurélio Mello, em situações que desbordam das coberturas contratuais, entender que as operadoras são obrigadas a prestar qualquer coisa de que o cliente necessite acaba por levar à ruptura do equilíbrio econômico-financeiro dos referidos contratos, situação que, embora favoreça o indivíduo que pleiteou a intervenção judicial, pode prejudicar o universo de beneficiários do plano caso a seguradora não possua condições financeiras de arcar com os custos (Brasil. STJ, 2021).

A tensão entre o dever de cobertura e a sustentabilidade do sistema é um dos principais desafios da judicialização. Se, por um lado, o Poder Judiciário busca assegurar o direito à saúde e proteger o consumidor diante de negativas abusivas, por outro, a ampliação indiscriminada das obrigações das operadoras pode produzir efeitos contraproducentes, como o aumento dos custos dos planos, a inviabilidade econômica de pequenas operadoras e o desequilíbrio do mercado regulado pela ANS. Assim, o desafio consiste em compatibilizar a proteção do direito individual à saúde com a preservação do interesse coletivo e com a manutenção do sistema de saúde suplementar como alternativa viável ao SUS.

Diversas decisões judiciais, entretanto, têm desconsiderado tais princípios, determinando coberturas de tratamentos experimentais, medicamentos sem registro na Anvisa ou procedimentos fora do rol da ANS, sem respaldo técnico-científico ou econômico. Tais decisões, embora bem-intencionadas, frequentemente subvertem o modelo regulatório e contratual estabelecido pela legislação setorial, desestabilizando o equilíbrio do setor. O Supremo Tribunal Federal, ao julgar a ADI 7265, procurou mitigar esses riscos ao fixar critérios cumulativos e objetivos para a concessão de tratamentos fora do rol, impondo racionalidade às decisões e reafirmando a importância da observância dos limites orçamentários e contratuais.

Dessa forma, o respeito aos princípios da reserva do possível e do equilíbrio econômico-financeiro constitui condição essencial para a efetividade equilibrada do direito à saúde suplementar, permitindo que a tutela judicial não se converta em fonte de desequilíbrio sistêmico, mas em instrumento de justiça e segurança jurídica.

DESAFIOS E LIMITES DA INTERVENÇÃO JUDICIAL NAS RELAÇÕES DE SAÚDE SUPLEMENTAR

A crescente judicialização da saúde suplementar tem se revelado um fenômeno de amplitude nacional, impulsionado pela percepção social de que o Poder Judiciário é o principal garantidor do direito à saúde. Todavia, a expansão indiscriminada da intervenção judicial nas relações entre consumidores e operadoras de planos de saúde suscita sérios desafios jurídicos, econômicos e regulatórios. O principal risco reside na desorganização do sistema de saúde privada, cuja estabilidade depende da previsibilidade contratual, da regulação técnica da ANS (2023) e da sustentabilidade financeira das operadoras.

A proliferação de decisões judiciais que determinam coberturas não previstas contratualmente ou fora do rol da ANS (2023), ainda que motivadas por razões humanitárias, pode comprometer o equilíbrio econômico-financeiro dos contratos e gerar efeitos sistêmicos adversos, como o aumento dos custos dos planos e a exclusão de beneficiários por encarecimento do serviço. Nesse contexto, observa-se o desafio de delimitar a atuação jurisdicional de modo a garantir a proteção do consumidor sem vulnerar a racionalidade técnica e atuarial do sistema suplementar.

A superação desses impasses exige um diálogo institucional efetivo entre o Poder Judiciário, a ANS (2023) e o setor privado, de modo que as decisões judiciais sejam pautadas por critérios técnico-científicos e regulatórios. O Judiciário, ao examinar pedidos de tratamentos, medicamentos ou procedimentos não contemplados pelo rol, deve considerar as diretrizes terapêuticas da ANS (2023),

os protocolos clínicos do SUS, os registros da Anvisa e as evidências científicas disponíveis. Tal postura não representa restrição de direitos, mas sim uma forma de garantir decisões racionais e responsáveis, capazes de equilibrar o direito individual à saúde e a sustentabilidade coletiva do sistema.

A adoção de critérios probatórios e técnicos nas decisões é, portanto, indispensável. A exigência de relatórios médicos fundamentados, pareceres técnicos e laudos científicos contribui para que o julgador possa diferenciar situações excepcionais, nas quais o rol se mostre insuficiente, de casos em que o pedido extrapola os limites da razoabilidade contratual. Essa abordagem foi reforçada pela Lei nº 14.454/2022, que introduziu parâmetros objetivos para o reconhecimento da natureza exemplificativa do rol, exigindo demonstração de eficácia comprovada e recomendação de órgãos técnicos reconhecidos.

Por fim, é imprescindível a construção de mecanismos de harmonização entre o direito do consumidor e a regulação setorial. A busca por um equilíbrio entre esses dois polos — proteção individual e estabilidade sistêmica — demanda uma interpretação constitucional que concilie os princípios da dignidade da pessoa humana, da boa-fé contratual, da segurança jurídica e da eficiência administrativa. Propostas como a criação de núcleos técnicos de apoio ao Judiciário (NATs), o fortalecimento das câmaras técnicas da ANS (2023) e o incentivo à mediação e à conciliação em demandas de saúde representam caminhos viáveis para uma atuação mais coordenada e eficiente.

Assim, os limites da intervenção judicial na saúde suplementar não devem ser entendidos como restrições arbitrárias ao direito à saúde, mas como instrumentos de racionalidade e de justiça distributiva, necessários à manutenção de um sistema equilibrado, sustentável e coerente com o ordenamento constitucional e regulatório vigente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise da judicialização da saúde suplementar evidencia um cenário de complexa interação entre o direito fundamental à saúde, a liberdade contratual e a regulação técnica do setor. A crescente interferência do Poder Judiciário nas relações entre consumidores e operadoras de planos de saúde reflete a busca pela efetivação do direito à saúde previsto na Constituição Federal de 1988, mas também revela os desafios de conciliar a proteção individual do beneficiário com a sustentabilidade econômica e regulatória do sistema (Brasil, 1988).

A Lei nº 14.454/2022 e a decisão do Supremo Tribunal Federal na ADI 7265 (Brasil, STF, 2023) representam importantes marcos na tentativa de equilibrar a autonomia técnica da ANS (2023) e o controle judicial das relações de consumo. Ao estabelecer critérios cumulativos para a concessão de tratamentos fora do rol da ANS (2023), o STF conferiu segurança jurídica e delimitou a atuação do Judiciário, exigiu que a cobertura excepcional se fundamente em evidências científicas, recomendação de órgãos técnicos competentes e inexistência de alternativa terapêutica eficaz já contemplada pelo rol.

Nesse contexto, a aplicação dos princípios da reserva do possível e do equilíbrio econômico-financeiro emerge como parâmetro indispensável para a decisão judicial responsável. Esses princípios impõem a necessidade de ponderação entre o dever de cobertura e a viabilidade contratual e atuarial das operadoras, prevenindo distorções que possam comprometer a estabilidade do sistema suplementar e o acesso coletivo à saúde.

Portanto, a atuação judicial deve pautar-se pela racionalidade técnica e pela proporcionalidade, evitando decisões de caráter meramente assistencialista ou desprovidas de base científica. A consolidação de um diálogo institucional entre o Poder Judiciário, a ANS (2023) e o setor privado é essencial para promover decisões mais coerentes, uniformes e compatíveis com a política pública de saúde suplementar.

Conclui-se que a efetivação do direito à saúde, especialmente no âmbito privado, exige interpretação equilibrada e cooperativa entre os poderes e os entes regulados, garantindo que a judicialização da saúde não se transforme em um fator de desequilíbrio sistêmico, mas sim em um instrumento legítimo de concretização dos direitos fundamentais, dentro dos limites constitucionais e econômicos que sustentam o sistema de saúde suplementar no Brasil.

REFERÊNCIA

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Rol de procedimentos e eventos em Saúde**: diretrizes e atualizações. Brasília: ANS, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/>. Acesso em 20 set. 2025.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998**. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 4 jun. 1998.

BRASIL. Supremo Tribunal de Justiça (STJ). **AgInt no Recurso Especial nº 1.933.552-ES**. Relator: Luis Felipe Salomão, 2021. Disponível em: Superior Tribunal de Justiça STJ - AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL: AgInt no REsp XXXXX ES XXXX/XXXXX-5 | Jurisprudência. Acesso em: 20 set. 2025.

BRASIL. **Lei nº 14.454, de 21 de setembro de 2022**. Altera a Lei nº 9.656/1998, para dispor sobre a amplitude das coberturas no âmbito da saúde suplementar. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 22 set. 2022.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal (STF). **Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 7265/DF**. Rel. Min. Luís Roberto Barroso. Julgamento em 22 de fevereiro de 2023. Diário da Justiça Eletrônico, Brasília, DF, 2023.

DIAS, Hélio Pereira. Saúde como direito de todos e dever do Estado. *In: Conferência Nacional de Saúde, 8^a*.1986. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8conf_nac_helio.pdf>. Acesso em: 05 nov. 2025.

FUX, Luiz. **Tutela de urgência e plano de saúde**. [s. l.] : Espaço Jurídico, 2000.

MELLO, Celso Antônio Bandeira de. **Curso de direito administrativo**. 22. ed. São Paulo: Malheiros, 2007. 665 p.

SCHULMAN, Gabriel. **Planos de Saúde: Saúde e contrato na contemporaneidade**. Rio de Janeiro: Renovar, 2009.

ENTRE A AUTONOMIA E A PROTEÇÃO: CAPACIDADE DECISÓRIA NA SAÚDE MENTAL, CURATELA E REPRESENTAÇÃO ÉTICA

Alinne Arquette⁴

Renato Novais⁵

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A relação entre saúde mental, capacidade jurídica e proteção da dignidade da pessoa humana exige uma abordagem interdisciplinar e situada, que articule os saberes do Direito, da Medicina e da Bioética. As transformações normativas introduzidas pela Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e pelo Estatuto da Pessoa com Deficiência impõem a superação de paradigmas tutelares e a construção de um modelo normativo e ético fundado no respeito à autonomia possível, mesmo em contextos de limitação cognitiva. O presente estudo analisa, à luz desse novo regime jurídico, os limites e os fundamentos da curatela, do consentimento e da representação, com especial atenção ao discernimento como critério para o exercício da capacidade decisória em saúde mental.

PESSOA HUMANA, SAÚDE MENTAL E CAPACIDADE JURÍDICA: ENTRE DIREITOS E CUIDADOS

4 Doutora em Cognição e Linguagem pela Uenf; Mestre em Direito Civil pela Uerj; Especialista em Gestão Judiciária pela Unb; Graduada em Direito pela UFV; Juíza de Direito Titular da 4ª Vara Cível da Comarca de Muriapé - TJMG; Juíza Eleitoral da 187ª Zona Eleitoral (biênio 2025/2027) - TRE-MG; Coordenadora do Núcleo Regional da Ejef em Muriaé - MG; autora de várias obras; membra do do BRASILCON, IBERC, GPBiDH e “As Civilistas”. E-mail: alinnearquette@gmail.com. Link Lattes:

5 Mestre em Endodontia pela SLMandic; Especialista em Endodontia pela Fonf/UFF; Graduado em Odontologia pela Fonf/UFF; Graduando em Medicina pela Unifaminas. Cirurgião-Dentista. Email: novaisendo@gmail.com. Link Lattes:

A concepção contemporânea da pessoa humana nas Ciências da Saúde e na Medicina revela um deslocamento significativo em relação ao modelo biomédico tradicional, que reduzia o ser humano à sua dimensão corporal e patológica. Atualmente, prevalece uma compreensão ampliada, biopsicossocial e ética, que considera o indivíduo em sua totalidade, envolvendo aspectos biológicos, psicológicos, sociais e existenciais.

George Engel (1977, p. 129-136) foi pioneiro ao propor o modelo biopsicossocial, enfatizando que o adoecimento não decorre exclusivamente de disfunções orgânicas, mas é resultado da interação entre fatores biológicos, emocionais e sociais. Essa mudança paradigmática exige que o paciente deixe de ser visto como objeto de intervenção técnica para ser reconhecido como sujeito ativo no processo terapêutico. Hans-Georg Gadamer (2006, p. 23; p. 115-116), por sua vez, propôs uma concepção hermenêutica do cuidado, que valoriza o diálogo, a escuta e a construção compartilhada do sentido da experiência da doença, sustentando que tratar é também aconselhar, acolher e reconhecer a historicidade do ser.

No mesmo sentido, Rita Charon (2024, p. 25; p. 207) defende a “Medicina Narrativa” como instrumento fundamental para o exercício da escuta clínica, sendo a competência narrativa essencial para que os profissionais de saúde compreendam a vivência subjetiva da enfermidade, estabelecendo relações terapêuticas marcadas por empatia, confiança e respeito. Eric Topol (2024, p. 16-19) complementa esse panorama ao propor a “Medicina Profunda”, que, mesmo com o avanço tecnológico e o uso da inteligência artificial, reafirma a centralidade do vínculo humano entre médico e paciente, sendo a conexão empática o componente mais relevante de um cuidado verdadeiramente integral.

Essa compreensão ampliada da subjetividade influencia diretamente o conceito de capacidade no Direito, exigindo o abandono do modelo tutelar baseado na incapacitação abstrata. Nesse contexto, a capacidade jurídica, garantida a toda pessoa desde o nascimento, divide-se em capacidade de direito, inerente à personalidade, e

capacidade de fato, que exige discernimento para o exercício de atos civis. O novo paradigma jurídico rompe com critérios genéricos de exclusão e exige avaliação individualizada, afastando a associação automática entre deficiência e incapacidade.

A dignidade da pessoa humana, princípio central nas constituições atuais desde a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, é vista por Sarlet (2019, p. 48) como norma com força vinculante, e por Barroso (2020, p. 72-98) como composta por valor intrínseco, autonomia e sociabilidade — fundamentos que reafirmam o ser humano como um fim em si mesmo.

A Convenção da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, de 2006, incorporada no Brasil pelo Decreto nº 6.949/2009, estabeleceu a igualdade legal e a capacidade jurídica plena das pessoas com deficiência. Essa diretriz foi reafirmada pelo Estatuto da Pessoa com Deficiência, Lei nº 13.146/2015, que substituiu o modelo de interdição por um sistema centrado na autonomia, com destaque para a tomada de decisão apoiada e o uso excepcional da curatela.

Contudo, como aponta Bomtempo (2022, p. 24-32), a normatização da capacidade jurídica deve dialogar com a realidade clínica e subjetiva, reconhecendo que, em alguns casos, proteger a dignidade exige representação ética e jurídica para quem não pode mais decidir por si.

Diante dessa complexidade, a Bioética apresenta-se como campo epistemológico e normativo essencial para a análise das situações que envolvem saúde mental, capacidade jurídica e proteção da dignidade humana. Por sua natureza interdisciplinar, ou mesmo transdisciplinar (Morin, 2005, p. 135), ela permite articular vários saberes na construção de respostas éticas integradas. Essa abordagem rompe com a fragmentação do conhecimento e busca, nas palavras de Japiassu (1994, p. 5), uma comunicação efetiva entre diferentes domínios, capaz de sustentar decisões mais justas e contextualizadas. Nesse contexto, a “Bioética da Proteção”, proposta por Schramm (2008, p. 18), amplia a abordagem bioética ao articular autonomia e responsabilidade coletiva, orientando práticas interdisciplinares

voltadas à defesa dos mais vulneráveis e à promoção da dignidade humana.

Diante disso, curatela e tomada de decisão apoiada devem ser entendidas como medidas de proteção à dignidade da pessoa em condição de vulnerabilidade cognitiva, e não como meras limitações à liberdade. Quando aplicada com proporcionalidade, a curatela pode resguardar a dignidade existencial, especialmente na ausência de discernimento. Essa visão é sustentada pelo princípio da responsabilidade de Hans Jonas (2006), que orienta decisões prudentes e voltadas ao bem-estar daqueles que já não podem se proteger sozinhos.

CURATELA, APOIO E CONSENTIMENTO: A DECISÃO POSSÍVEL DA PRÓPRIA PESSOA

A curatela, no novo regime jurídico instituído pela CDPD e pelo Estatuto da Pessoa com Deficiência, deixa de ser um mecanismo de substituição da vontade para se tornar medida excepcional, com finalidade limitada e foco no apoio. Esses marcos garantem o pleno exercício de direitos, mesmo diante de deficiências, e vedam presunções de incapacidade. Assim, a curatela deve assegurar a participação da pessoa nas decisões sobre sua vida, substituindo a tutela abstrata por uma lógica de escuta, respeito e valorização do protagonismo possível.

Nesse novo paradigma, a curatela deve ser medida excepcional e adaptada às necessidades da pessoa, preservando sua autonomia e dignidade. Conforme Barbosa-Fohrmann e Araújo (2021, p. 96-98), todas as pessoas com deficiência possuem autonomia interna, mesmo que precisem de apoio para exercê-la externamente. Assim, a curatela não deve anular a vontade, mas funcionar como suporte que viabilize o protagonismo possível.

No mesmo sentido, Arquette e Souza (2024, p. 63) reforçam que a curatela não anula a autonomia existencial da pessoa com deficiência

intelectual, apenas organiza apoios para sua manifestação concreta. A autonomia, portanto, não é suprimida pela curatela, mas com ela coexistente, devendo ser sempre considerada nos atos existenciais, notadamente no que diz respeito ao consentimento.

Essa concepção conduz à necessária consideração da capacidade para consentir como dimensão distinta da capacidade civil, pautada por critérios funcionais e contextuais. Tal entendimento é destacado por André Gonçalo Dias Pereira (2004, p. 94), que propõe uma abordagem relacional da autonomia no campo da saúde, baseada na voluntariedade do sujeito e na qualidade do vínculo terapêutico. Viviane Limongi (2018, p. 45-59) reforça essa perspectiva ao defender que a capacidade para consentir deve ser avaliada com base na compreensão, deliberação e participação ativa da pessoa nas decisões sobre sua vida, valorizando a escuta de sua singularidade.

Essa compreensão é reforçada por Erika Mayumi Silva (2021, p. 180), que propõe a capacidade para consentir como alternativa ao modelo abstrato da incapacidade civil, defendendo uma avaliação contextual e funcional, pautada na história, nos valores e no afeto da pessoa. Nessa linha, Gustavo Ribeiro (2020, p. 845) distingue a capacidade civil, de natureza jurídica e generalizante, da capacidade para consentir, que é situacional e voltada à proteção da dignidade, exigindo análise individualizada. Assim, escuta qualificada, mediação ética e reconhecimento da autonomia tornam-se deveres profissionais e jurídicos.

O conceito de discernimento assume, nesse contexto, um papel central na redefinição das categorias jurídicas associadas à capacidade. Aline Albuquerque (2018, p. 54) define capacidade mental como “a habilidade de tomar decisões sobre a própria vida, envolvendo o entendimento acerca de determinada informação relevante para que possa decidir e tomar em conta suas consequências”, evidenciando que tal aptidão não exige plena racionalidade, mas sim compreensão suficiente e contextual.

À luz da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, o ordenamento jurídico brasileiro exige a separação entre deficiência

e incapacidade, superando a exclusão baseada em limitações cognitivas. Conforme Arquette e Souza (2024, p. 60), mesmo pessoas com deficiências cognitivas significativas devem ser reconhecidas como sujeitos de vontade e valores, cujas expressões, ainda que não convencionais, devem ser ouvidas e respeitadas.

Esse entendimento é reiterado por Vítor Almeida, ao afirmar que a curatela, quando funcionalizada, deve servir aos objetivos constitucionais da dignidade e da solidariedade, com máximo respeito à autonomia da pessoa curatelada, sobretudo nos atos existenciais (Almeida, 2021, p. 306).

Desse modo, torna-se imprescindível considerar qualquer parcela de discernimento que a pessoa possa demonstrar. Como afirmam Arquette, Robles-Lessa e Boechat (2023, p. 375), o respeito ao discernimento mínimo é o único caminho compatível com o novo regime jurídico. Isso implica que a pessoa curatelada deve ser ouvida, sempre que possível, e sua manifestação de vontade deve ser interpretada e respeitada, mesmo que expressa de forma não verbal, intuitiva ou fragmentária.

Além disso, a prática médica e jurídica deve adotar instrumentos que garantam uma escuta qualificada, como as tecnologias assistivas previstas no art. 3º, III, do EPD. Esses recursos, que incluem dispositivos, estratégias comunicacionais e mediação por terceiros de confiança, são essenciais para ampliar a autonomia possível, conforme destaca Costa (2020, p. 67-68).

A compreensão ampliada da capacidade decisória implica um dever ético do curador e dos profissionais de promover condições para o exercício da autonomia possível, por meio de apoio, tempo, esclarecimentos, escuta e respeito, reconhecendo que autonomia não exige independência plena, mas participação ativa.

Assim, a decisão própria da pessoa, mesmo sob curatela, não é apenas possível — ela é juridicamente exigível e eticamente obrigatória. Recusar esse reconhecimento é incorrer na violação de sua dignidade, reduzindo-a a um objeto de tutela, em contrariedade

frontal com os compromissos assumidos pelo Estado brasileiro na ordem constitucional e internacional de direitos humanos.

Portanto, a curatela, em seu desenho atual, não é instrumento de anulação da vontade, mas de seu reconhecimento ético e jurídico na medida do possível. Trata-se de abandonar o paradigma da substituição e adotar a lógica do apoio, do respeito e da escuta, mesmo que silenciosa.

ÉTICA DA REPRESENTAÇÃO E SUBSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL DA VONTADE

A ética da representação de pessoas com deficiência mental ou intelectual reflete a reconfiguração do Direito Civil, que abandona o modelo tradicional de interdição para adotar uma concepção personalista e inclusiva, fundamentada na dignidade humana, na Constituição e no modelo biopsicossocial da deficiência previsto na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência.

Conforme Arquette e Souza (2024), a curatela, no novo paradigma, deve ser vista como medida de apoio e não de substituição da subjetividade, com alcance limitado aos atos patrimoniais. Os atos existenciais, como os relacionados ao corpo, saúde, sexualidade, educação e liberdade, continuam sob a autonomia da pessoa curatelada, conforme o art. 85, § 1º, do Estatuto da Pessoa com Deficiência.

A autonomia existencial decorre da exigência de que a dignidade humana seja respeitada por meio da liberdade de cada pessoa conduzir sua vida segundo suas próprias convicções. Para Ana Carolina Brochado Teixeira (2018, p. 80-81), isso implica permitir que cada indivíduo construa sua existência com base em seus valores, exercendo sua autonomia no contexto do Estado Democrático de Direito. Entretanto, há situações em que a capacidade para consentir está ausente. Nesses casos, não se trata de negar a titularidade de direitos, mas de reconhecer que a manifestação válida da vontade não é possível no momento específico. Quando isso ocorre, a

atuação representativa do curador torna-se juridicamente legítima e eticamente necessária, desde que orientada pelo princípio do melhor interesse da pessoa representada.

Nesse sentido, Paul Appelbaum (2007, p. 1835-1836) propõe um modelo de avaliação da capacidade para decisões clínicas baseado em quatro critérios objetivos: (1) compreensão das informações relevantes; (2) apreciação das consequências das opções; (3) raciocínio lógico; e (4) expressão consistente da escolha. A ausência completa desses elementos justifica a substituição da vontade, mas impõe um dever rigoroso de reconstrução da subjetividade do representado. O foco da avaliação, portanto, desloca-se da racionalidade abstrata para o reconhecimento das condições concretas de manifestação da vontade, evitando tanto a exclusão indevida quanto a ficção de uma autonomia inexistente.

Assim, a substituição da vontade somente se justifica na ausência absoluta de discernimento, e mesmo nesses casos impõe-se ao curador o dever de reconstruir, com base na história de vida e nas preferências previamente manifestadas, os possíveis horizontes de significado da escolha a ser feita. Trata-se de um exercício de escuta qualificada, que exige do curador e de todos os envolvidos, inclusive o médico, um compromisso ético com a alteridade (Lévinas, 1997, p. 238) e com o reconhecimento da pessoa com deficiência como sujeito de direitos.

Quando a manifestação de vontade não for possível em razão da ausência completa de discernimento, o curador poderá atuar de forma representativa. Ainda assim, essa atuação deve estar eticamente vinculada ao melhor interesse da pessoa curatelada, o qual não pode ser presumido, mas deve ser reconstruído a partir de sua história de vida, de seus valores, afetos e experiências singulares, conforme defendem Farias e Rosenvald (2016, p. 910) e Perlingieri (2008, p. 783-784). Nesses casos, mesmo diante da impossibilidade de manifestação direta, a autonomia da pessoa não desaparece, mas transforma-se em dever de consideração — exigindo que todas as decisões adotadas em seu nome preservem o núcleo essencial de sua dignidade.

O respeito à autonomia do paciente é princípio fundamental da ética médica, conforme reconhecido pelo próprio Conselho Federal de Medicina. Na Recomendação CFM nº 1/2016, afirma-se, com clareza, que a validade ética do consentimento para qualquer intervenção médica depende da escuta da vontade do paciente, levando-se em conta sua capacidade individual de tomar decisões. Essa aptidão deve ser analisada com base em competências, como o envolvimento com o tema, a compreensão das possibilidades terapêuticas disponíveis e a habilidade de expressar preferências. Tal diretriz reforça a centralidade da pessoa no processo de cuidado em saúde, independentemente de eventuais limitações cognitivas ou funcionais.

Nesse contexto, o art. 15 do Código Civil brasileiro dispõe que “ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica” (Brasil, 2002). Embora a redação da norma possa sugerir que a recusa a procedimentos médicos se restringe a situações de risco à vida, a interpretação em consonância com os princípios constitucionais exige o reconhecimento de que todo indivíduo pode recusar tratamentos, ainda que estes não envolvam risco vital direto (Arquette; Souza, 2024, p. 76).

No Estatuto da Pessoa com Deficiência também está consagrada a autonomia existencial da pessoa com deficiência, mesmo quando se encontre sob curatela. O art. 11, *caput*, veda expressamente a imposição de intervenções médicas ou institucionais contra a vontade da pessoa com deficiência, assegurando-lhe o direito à não submissão forçada. Já o parágrafo único do referido artigo prevê a possibilidade de suprimento do consentimento apenas quando a pessoa, de fato, não puder expressar sua vontade, garantindo, assim, proteção sem negar-lhe a dignidade.

O art. 12 do Estatuto reforça essa lógica ao exigir o consentimento prévio, livre e esclarecido para a realização de tratamentos, hospitalizações e participação em pesquisas científicas. O § 1º complementa ao dispor que, mesmo quando houver curatela, deve-se garantir a participação da pessoa com deficiência na tomada de decisão, no maior grau possível, respeitando-se sua capacidade residual de

manifestação de vontade. Já o § 2º impõe severas restrições à inclusão de pessoas curateladas em pesquisas científicas, permitindo-a apenas em caráter excepcional, e desde que haja expectativa de benefício direto à sua saúde ou à de outros indivíduos com deficiência, além da inexistência de métodos alternativos com eficácia comparável. Tais exigências reforçam a lógica da proteção sem exclusão, em consonância com os compromissos éticos da Bioética atual.

O art. 13 do mesmo diploma legal dispõe que o atendimento médico sem consentimento somente será legítimo em situações de risco iminente de morte ou de emergência em saúde, devendo, em tais casos, ser observadas as salvaguardas legais e o princípio do superior interesse da pessoa com deficiência. Essa proteção é extensiva às pessoas em situação de curatela, não havendo qualquer exclusão normativa nesse sentido.

Nesse cenário normativo, é igualmente relevante considerar a interface com a Lei nº 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, além de instituir a reestruturação do modelo assistencial em saúde mental. Essa lei prevê, em seu art. 6º, parágrafo único, três formas de internação: a voluntária, quando há consentimento do paciente; a involuntária, autorizada por terceiro; e a compulsória, determinada judicialmente. Embora preveja hipóteses de internação sem o consentimento do indivíduo, tal norma não conflita com o Estatuto da Pessoa com Deficiência, uma vez que este admite o suprimento de consentimento nos casos em que a pessoa não possui condições de manifestar-se, desde que observadas as salvaguardas legais e o respeito à sua integridade moral e existencial.

Assim, à luz do ordenamento jurídico brasileiro, verifica-se que, mesmo nos casos de deficiência mental ou intelectual acompanhada de curatela, a autonomia da pessoa deve ser preservada em sua máxima extensão possível. Ainda que haja limitações cognitivas, é dever do sistema jurídico assegurar sua participação nas decisões relativas aos cuidados em saúde, respeitando quaisquer sinais de discernimento. O modelo legal vigente, portanto, não nega a proteção, mas a orienta

pela via do reconhecimento da autonomia progressiva, contribuindo para a concretização dos princípios da dignidade da pessoa humana e da igualdade substancial.

Valverde Terra e Brochado Teixeira (2021, 40-41) defendem que o “superior interesse” deve refletir os valores, a história e as experiências da própria pessoa com deficiência, e não a vontade presumida de terceiros. Reconhecem, contudo, que a autonomia plena pode ser mitigada quando essa limitação for indispensável para proteger seus direitos humanos e fundamentais.

Diante do constante tensionamento entre a proteção jurídica e a autonomia individual, impõe-se reconhecer que a modulação pontual da autonomia existencial da pessoa com deficiência, especialmente nos casos em que há limitação severa de discernimento, constitui a única resposta juridicamente legítima e eticamente aceitável para resolver o paradoxo entre proteção e autonomia. A negação de apoio nos atos existenciais, sob a justificativa de uma autonomia formal e abstrata, pode, na prática, representar uma grave violação da dignidade humana, ao deixar o sujeito à mercê de sua vulnerabilidade sem a mediação de salvaguardas adequadas. A funcionalização da curatela e o dever de reconstrução biográfica da vontade, bem como a escuta qualificada do sujeito, não anulam a autonomia, mas a viabilizam de forma compatível com a realidade concreta de cada indivíduo. Assim, essa modulação da autonomia, quando orientada pelo compromisso com os direitos fundamentais e com a dignidade da pessoa, não representa retrocesso, mas condição para o exercício pleno da liberdade em contextos de vulnerabilidade. É nesse espaço ético-jurídico de equilíbrio entre liberdade e cuidado que se deve fundar uma concepção verdadeiramente inclusiva e democrática da capacidade para decidir.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise desenvolvida demonstra que o ordenamento jurídico brasileiro atual, em consonância com compromissos internacionais e constitucionais, consagra um modelo de capacidade jurídica centrado na dignidade, na autonomia possível e no respeito à subjetividade da pessoa com deficiência. A curatela, longe de constituir instrumento de anulação da vontade, deve ser compreendida como medida de apoio e, quando necessário, de representação ética, sempre orientada pelo melhor interesse do indivíduo. A substituição da vontade, em casos de ausência absoluta de discernimento, não implica a negação da autonomia, mas sua transformação em dever de consideração. Assim, entre a proteção e a autodeterminação, impõe-se um equilíbrio responsável, que garanta os direitos fundamentais sem comprometer a integridade existencial da pessoa representada.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Aline. **Capacidade jurídica e direitos humanos**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2018.

ALMEIDA, Vítor. **A capacidade civil das pessoas com deficiência e os perfis da curatela**. 2. ed. Belo Horizonte: Fórum, 2021.

APPELBAUM, Paul S. *Assessment of patients' competence to consent to treatment*. **New England Journal of Medicine**, v. 357, n. 18, p. 1834-1840, 2007. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMcp074045>. Acesso em: 10 out. 2025.

ARQUETTE L. N. Alinne; ROBLES-LESSA, Moyana; BOECHAT, Hildeliza. Da autodeterminação ao discernimento: autonomia existencial da pessoa curatelada e evolução da manifestação de vontade no direito civil brasileiro. In: SANTIAGO, Maria Cristina; MENEZES, Joyceane Bezerra de; MOUTINHO, Maria Carla (Orgs.). **20 anos do Código Civil brasileiro: uma (re)leitura dos institutos do direito civil sob as perspectivas de gênero e vulnerabilidade**. Rio de Janeiro: Processo, 2023. p. 357- 382.

ARQUETTE L. N. Alinne; SOUZA, Carlos Henrique Medeiros de Souza. Decisões da pessoa com deficiência mental ou intelectual sobre seu médico: autodeterminação, discernimento e solução de conflitos. In: ARQUETTE L. N., Alinne; MOREIRA, Raquel Veggi; CABRAL, Hildeliza Lacerda Tinoco Boechat (Coords.) **Direito médico e da saúde**. São Paulo: Almedina, 2024. p. 53-92.

BARBOSA-FOHRMANN, Ana Paula; ARAÚJO, Luana Adriano. As autonomias das pessoas com deficiências intelectuais e cognitivas graves. In: TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado; MENEZES, Joyceane Bezerra de (Coords). **Gênero, vulnerabilidade e autonomia: repercussões jurídicas**. 2. ed. Indaiatuba: Foco, 2021. p. 79-104.

BARROSO, Luís Roberto. **A dignidade da pessoa humana no direito constitucional contemporâneo**: a construção de um conceito jurídico à luz da jurisprudência mundial. Belo Horizonte: Fórum, 2020.

BOMTEMPO, Tiago Vieira. **Consentimento das pessoas com transtornos e deficiências mentais: diálogos interdisciplinares na relação médico-paciente**. Belo Horizonte: Editora Expert, 2022. Disponível em: <https://experteditora.com.br>. Acesso em: 10 nov. 2025.

BRASIL. **Conselho Federal de Medicina**. Recomendação CFM nº 1/2016 – Dispõe sobre o processo de obtenção do consentimento livre e esclarecido na assistência médica. Brasília, 21 jan. 2016. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/images/Recomendacoes/1_2016.pdf. Acesso em: 10 out. 2025.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Presidente da República, 2024. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 10 out. 2025.

BRASIL. **Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009**. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 26 ago. 2009. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm. Acesso em: 10 out. 2025.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 9 abr. 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em: 9 out. 2025.

BRASIL. **Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002**. Institui o Código Civil. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, ano 139, n. 8, p. 1-74,

11 jan. 2002. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406compilada.htm?ref=blog.suitebras.com. Acesso em: 10 out. 2025.

BRASIL. **Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015**. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113146.htm. Acesso em: 10 out. 2025.

CHARON, Rita. **Medicina narrativa**: honrando as histórias de enfermagem. Tradução de Silvana Marrón, Juan Carlos Claro e Carlos Daniel Tajer. Buenos Aires: Libros del Zorzal, 2024. Edição do Kindle.

COSTA, Margarete Terezinha de Andrade. **Tecnologia assistiva**: uma prática para a promoção dos direitos humanos [livro eletrônico]. Curitiba: Editora Intersaberes, 2020. Edição do Kindle.

ENGEL, G. L. *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine*. In: **Science**, v. 196, n. 4286, p. 129-136, 8 abr. 1977. Disponível em: <https://doi.org/10.1126/science.847460>. Acesso em: 10 out. 2025.

FARIAS, Cristiano Chaves de; ROSENVALD, Nelson. **Curso de direito civil**: parte geral e LINDB. v.1. 14. ed. Salvador: JusPodivm, 2016.

GADAMER, Hans-Georg. **O caráter oculto da saúde**. Tradução de Antônio Luz Costa. Petrópolis: Vozes, 2006.

JONAS, Hans. **O princípio da responsabilidade**: ensaio de uma ética para a civilização tecnológica. Rio de Janeiro: Contraponto; PUC-Rio, 2006.

LEVINÀS, Emmanuel. **Entre nós – ensaios sobre a alteridade**. Tradução de Pergeritino Stefano Pivatto. Petrópolis: Vozes, 1997.

LIMONGI, Viviane Cristina de Souza. **A capacidade civil e o Estatuto da Pessoa com Deficiência**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2018.

MORIN, Edgar. **Ciência com consciência**. Trad.: Maria D. Alexandre e Maria Alice Sampaio Dória. 82. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência**. Nova Iorque, 2006. Disponível em: https://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/documentos/instrumentos/pessoas_deficiencia_convencao_sobre_direitos_pessoas_com_deficiencia.pdf. Acesso em: 10 out. 2025.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Paris, 1948. Disponível em: <https://www.ohchr.org/en/human-rights/universal-declaration/translations/portuguese?LangID=por>. Acesso em: 10 out. 2025.

PERLINGIERI, Pietro. **O direito civil na legalidade constitucional**. Tradução de Maria Cristina De Cicco. Rio de Janeiro: Renovar, 2008.

PEREIRA, André Gonçalo Dias. O consentimento informado na relação médico- paciente: estudo de direito civil. 2004. **Dissertação** (Mestrado em Direito) – Faculdade de Direito, Universidade de Coimbra, Coimbra, 2004. Disponível em: <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/89350>. Acesso em: 10 out. 2025.

RIBEIRO, Gustavo Pereira Leite. As pessoas com deficiência mental e o consentimento informado nas intervenções médicas. In: MENEZES, Joyceane Bezerra de (Org.). **Direito das pessoas com deficiência psíquica e intelectual nas relações privadas**. 2. ed. Rio de Janeiro: Processo, 2020. p. 827-859. https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672014000100017. Acesso em: 10 out. 2025.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988**. 10. ed. Livraria do Advogado: Porto Alegre, 2019.

SCHRAMM, Fermin Roland. Bioética da Proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização. In: **Revista Bioética**. 2008 16 (1). pp. 11 – 23. Disponível em https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/52/55. Acesso em: 10 out. 2025.

SILVA, Erika Mayumi Moreira da. **Capacidade civil da pessoa com deficiência intelectual e mental**: entre a autonomia e a desproteção jurídica. São Paulo: Thomson Reuters Brasil, 2021.

TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado. Autonomia existencial. In: **Revista Brasileira de Direito Civil**. [S. l.], v. 16, p. 75-107, 2018. Disponível em: <https://rbdcivil.ibdcivil.org.br/rbdc/article/view/232>. Acesso em: 10 out. 2025.

TERRA, Aline de Mirante Valverde; TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado. É possível mitigar a autonomia da pessoa com deficiência para a prática de atos patrimoniais e existenciais? In: TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado; MENEZES, Joyceane Bezerra de (Coord.). **Gênero, vulnerabilidade e autonomia**: repercussões jurídicas. 2. ed. Indaiatuba: Foco, 2021. p. 25-44.

TOPOL, Eric. **Medicina profunda**: como a inteligência artificial pode reumanizar os cuidados da saúde. Tradução de André Garcia Islabão. Porto Alegre: Artmed, 2024. E-book.

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE EMBRIONÁRIA AUTOMATIZADA: PERSPECTIVAS TECNOCIENTÍFICA, JURÍDICA E BIOÉTICA DA IA IDAScore

Raquel Veggi Moreira⁶

João Carlos de Aquino Almeida⁷

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A incorporação da Inteligência Artificial (IA) na reprodução assistida, exemplificada pelo iDAScore (*Intelligent Data Analysis Score*), representa um avanço significativo ao automatizar a avaliação embrionária, aumentar a padronização e potencializar a previsibilidade dos resultados. Esse sistema permite decisões clínicas mais rápidas e precisas, pois reduzindo falhas e minimizando a exposição dos embriões a condições laboratoriais desfavoráveis, beneficiando diretamente pacientes e profissionais de saúde.

Contudo, o uso do iDAScore impõe desafios éticos e jurídicos. A opacidade dos algoritmos dificulta a compreensão do processo de decisão, comprometendo o consentimento informado e a autonomia reprodutiva. No Brasil, as legislações normativas existentes – como a Lei nº 9.263 (BRASIL, 1996) (Lei do planejamento familiar) e a Resolução nº 2.320 (CFM, 2022), que adota normas éticas para a utilização de técnicas de reprodução assistida – não contemplam explicitamente sistemas de IA na seleção embrionária, gerando lacunas regulatórias. Experiências internacionais, como o *AI Act* (União Europeia, 2024) da

⁶ Em Estágio pós-doutoral em andamento em Cognição e Linguagem pela Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (Uenf). Pós doutora em Direito Processual Civil pela Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes). Doutora e mestre em Cognição e Linguagem pela Uenf. Autora. Advogada. E-mail: rveggi@yahoo.com.br

⁷ Professor da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (Uenf). Licenciado em Ciências Biológicas pela UFRJ e bacharel em Filosofia pela Unisul. Mestre e doutor em Ciências Biológicas (Biofísica) pela UFRJ. Pós-doutor em Bioética pela PUC/PR. E-mail: jalmeida@uenf.br

União Europeia, indicam caminhos possíveis para regulamentação destacando supervisão humana, transparência e explicabilidade.

Do ponto de vista bioético, autores como Hans Jonas e Van Rensselaer Potter reforçam a necessidade de avaliar, cuidadosamente, as consequências de longo prazo das tecnologias, integrando ciência e valores humanos universais. No caso do iDAScore, decisões automatizadas podem impactar não apenas o sucesso dos tratamentos, mas também a saúde genética, a diversidade biológica e o desenvolvimento social das futuras gerações. Ademais, é essencial considerar a equidade no acesso à tecnologia, a representatividade e a qualidade dos dados utilizados nos algoritmos, prevenindo vieses, “distorções” nos resultados e desigualdades que poderiam comprometer a justiça social.

Assim, a aplicação da IA na reprodução assistida, especificamente no que tange à seleção embrionária, exige análise interdisciplinar que combine inovação biotecnológica, regulamentação jurídica e fundamentos bioéticos, garantindo que os benefícios do iDAScore sejam alcançados sem comprometer direitos fundamentais, autonomia, dignidade e justiça social.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, por meio de revisão bibliográfica e exploratória, que analisou literatura científica, normas jurídicas e documentos sobre reprodução assistida, IA e bioética. O estudo buscou compreender os impactos clínicos do iDAScore e suas implicações éticas e jurídicas, identificando lacunas e oferecendo uma visão integrada entre inovação tecnológica, regulamentação e reflexão bioética.

O USO DA INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL NAS TÉCNICAS DE REPRODUÇÃO MEDICAMENTE ASSISTIDAS

O **iDAScore** representa um dos avanços mais recentes no campo da reprodução assistida, consistindo em um sistema baseado em IA que realiza a avaliação automática de embriões para prever seu potencial

de implantação e sucesso reprodutivo. Essa tecnologia utiliza imagens obtidas em incubadoras *time-lapse*⁸ que registram continuamente o desenvolvimento embrionário, permitindo que algoritmos de *deep learning*⁹ processem as sequências visuais e identifiquem padrões morfocinéticos¹⁰ associados a maiores chances de gravidez. Diferentemente da análise convencional que depende da avaliação subjetiva do embriologista, o iDAScore fornece uma pontuação contínua correlacionada com a probabilidade de implantação ou detecção de batimento fetal, oferecendo maior padronização e consistência na seleção dos embriões.

Estudos recentes demonstram a utilidade clínica do iDAScore. Em uma pesquisa publicada no *Reproductive BioMedicine Online* envolvendo 311 blastocistos, verificou-se que embriões que resultaram em implantação bem-sucedida apresentaram pontuações significativamente mais altas em comparação àqueles que não implantaram, mostrando concordância relevante entre o sistema e a avaliação de especialistas (Lassen *et al.*, 2023). Em outro estudo multicêntrico de validação realizado com 181.428 embriões oriundos de 22 clínicas, o iDAScore v2.0 (versão mais recente do sistema) alcançou áreas sob a curva (AUC)¹¹ de até 0,70 na predição de implantação superando métodos tradicionais em determinados contextos, especialmente em transferências no estágio de blastocisto, explicam Berntsen *et al.*, 2022.

Resultados semelhantes foram relatados em investigações envolvendo ciclos de teste genético pré-implantacional (PGT-A), nas

8 Equipamentos utilizados em laboratórios de reprodução assistida, como a fertilização *in vitro* (FIV), que permitem monitorar continuamente o desenvolvimento dos embriões sem precisar retirá-los do ambiente controlado.

9 *Deep learning* (aprendizado profundo): é uma subárea da inteligência artificial, que utiliza redes neurais artificiais de múltiplas camadas para analisar sequências de imagens capturadas por incubadoras *time-lapse*, permitindo avaliar automaticamente características embrionárias complexas e prever seu potencial de implantação.

10 Refere-se às características morfológicas (forma e estrutura) e cinéticas (movimento e desenvolvimento ao longo do tempo) de algo, sendo, no caso, dos embriões.

11 No contexto do iDAScore, a AUC avalia o desempenho do algoritmo na predição de quais embriões têm maior chance de implantação bem-sucedida.

quais embriões com maiores pontuações pelo iDAScore apresentaram taxas de *live birth*¹² superiores, mesmo após o controle para fatores cromossômicos (Lee *et al.*, 2024). Outro trabalho avaliando 3.018 ciclos de transferência de blastocisto vitrificado demonstrou desempenho superior do iDAScore em comparação a outros sistemas, com AUC de 0,72 em pacientes com menos de 35 anos.

Além da predição clínica, conforme NG *et al.*, 2025, a tecnologia também mostrou correlação significativa entre as pontuações e a euploidia embrionária, sugerindo que o iDAScore pode refletir não apenas características morfológicas, mas também a viabilidade genética dos embriões. Isso reforça o seu potencial como ferramenta complementar à tomada de decisão em laboratórios de fertilização *in vitro*.

Apesar dos avanços, ainda existem limitações importantes. Os valores preditivos do iDAScore, embora promissores, não são absolutos, variando conforme protocolos clínicos, condições laboratoriais e características das amostras utilizadas no treinamento do algoritmo. A dependência de grandes bancos de dados de embriões com resultados clínicos conhecidos levanta o risco de vieses, especialmente quando esses bancos não representam adequadamente a diversidade populacional. Ademais, a relativa opacidade dos modelos dificulta explicar ao paciente por que determinado embrião recebeu uma pontuação específica, criando desafios éticos para o consentimento informado. Como apontam estudos recentes, o iDAScore deve ser compreendido não como um substituto da análise humana, mas como uma ferramenta auxiliar capaz de reduzir a variabilidade entre avaliadores e aumentar a previsibilidade dos resultados (Lassen *et al.*, 2023).

Assim sendo, o iDAScore simboliza a integração da IA na reprodução assistida de forma inovadora com potencial para transformar a prática clínica e aumentar as taxas de sucesso dos tratamentos. Contudo, a sua adoção exige cautela e reflexão crítica

¹² Refere-se ao nascimento de um bebê vivo, sendo a taxa de *live birth* um indicador do sucesso da reprodução assistida.

sobre suas limitações técnicas e implicações éticas, além de estudos longitudinais que confirmem sua eficácia em diferentes contextos populacionais.

Apesar do desempenho promissor do iDAScore em estudos clínicos, a utilização de sistemas de IA na seleção embrionária envolve incertezas biomédicas que não podem ser ignoradas. Um dos principais desafios está na ocorrência de falsos positivos – embriões que recebem alta pontuação, mas não resultam em gestação – e falsos negativos – embriões com baixa pontuação que poderiam, de fato, resultar em nascimento bem-sucedido. Tais erros podem decorrer de limitações nos dados de treinamento, variações não controladas em protocolos laboratoriais ou de fatores biológicos ainda não completamente compreendidos, como interações endometriais específicas ou variações epigenéticas que não são capturadas por imagens morfocinéticas. Essas possibilidades, assim como a incerteza de predição que é inerente a todo sistema biológico, deve ser explicitada, antes de se construir uma ideia de “infallibilidade da máquina”.

Esses equívocos classificatórios introduzem um grau de incerteza clínica que precisa ser reconhecido nas práticas de consentimento informado e nas decisões compartilhadas com os pacientes. Além disso, a ausência de explicabilidade dos modelos (“black box”) dificulta a identificação das causas dessas falhas, o que limita a possibilidade de correções clínicas precisas. Tal cenário demanda prudência na interpretação das pontuações fornecidas pelo iDAScore e reforça a necessidade de supervisão humana qualificada, que considere o escore algorítmico como apoio à decisão, e não como critério absoluto.

Do ponto de vista ético, os falsos positivos e negativos não são apenas erros estatísticos, mas decisões com impacto sobre a saúde física e emocional dos pacientes, o custo do tratamento e a própria constituição da família. A bioética, portanto, deve refletir sobre a responsabilidade diante das incertezas algorítmicas e da complexidade do próprio sistema biológico, garantindo que a busca por maior

eficiência reprodutiva não negligencie a complexidade e a dignidade dos processos de vida em curso.

DESAFIOS JURÍDICOS E REGULATÓRIOS DA SELEÇÃO EMBRIONÁRIA PELA IA IDAScore

No Brasil, ainda não existe legislação específica que regule a utilização de sistemas de IA na reprodução medicamente assistida, em especial quanto à seleção de embriões com base em técnicas como o iDAScore. Essa lacuna normativa gera um cenário de incertezas jurídicas e éticas, sobretudo porque a decisão sobre quais embriões têm maior potencial de implantação não é meramente técnica, mas envolve valores fundamentais ligados à dignidade da pessoa humana e à autonomia reprodutiva. Como destaca Sarlet (2015), a Constituição Federal de 1988, em seu artigo 1º, inciso III, erige a dignidade da pessoa humana como fundamento da República, sendo imprescindível que qualquer inovação tecnológica seja compatibilizada com esse princípio estruturante.

O marco jurídico mais diretamente relacionado ao tema é a Lei nº 9.263, conhecida como Lei do Planejamento Familiar. Essa lei regulamenta o artigo 226, § 7º da Constituição, assegurando que o planejamento familiar é livre decisão do casal, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições públicas ou privadas (Brasil, 1996). No entanto, a lei não contemplou, à época de sua edição, as tecnologias mais recentes de reprodução assistida, muito menos a utilização de algoritmos de IA na seleção embrionária. Essa ausência de previsão legal reforça a necessidade de atualização normativa, a fim de garantir que tais técnicas respeitem os direitos reprodutivos previstos em lei.

Na prática, a regulamentação mais próxima do tema é de natureza deontológica. A Resolução nº 2.320/2022 do Conselho Federal de Medicina (CFM) estabelece parâmetros éticos para a utilização de técnicas de reprodução assistida, abordando questões como criopreservação, anonimato de doadores, limites de idade e destino de

embriões excedentários (Brasil. CFM, 2022). Contudo, a resolução não dispõe sobre a integração de sistemas de IA como o iDAScore, deixando sem resposta questões centrais, como os critérios para validação de algoritmos, a responsabilidade profissional em caso de falhas e os limites éticos para o uso de ferramentas automatizadas na decisão clínica. Como observa Moraes (2023), a normatividade deontológica possui força limitada, pois orienta a prática médica, mas não supre a ausência de legislação específica, nem resolve as consequências jurídicas de eventual dano.

No cenário internacional, o *AI Act* da União Europeia, aprovado em 2024, constitui um exemplo de esforço regulatório abrangente. Esse regulamento classifica os sistemas de IA conforme o nível de risco e estabelece requisitos obrigatórios para aqueles considerados de “alto risco”, impondo exigências de transparência, explicabilidade e supervisão humana (União Europeia, 2024). A aplicação do iDAScore poderia ser enquadrada nessa categoria, dada a relevância das decisões que impactam direitos fundamentais relacionados à reprodução e à vida. Segundo Floridi (2023), a classificação europeia evidencia uma preocupação ética e política com a confiabilidade das tecnologias algorítmicas, buscando evitar que sua adoção agrave vulnerabilidades humanas ou sociais. Assim, ainda que o *AI Act* não se aplique diretamente ao Brasil, serve como referência importante para o desenvolvimento de uma regulamentação nacional mais robusta.

Outro ponto que merece destaque é o risco de violação do princípio da autodeterminação informativa, entendido como o direito do indivíduo de controlar o tratamento de seus dados pessoais. De acordo com Rodotà (2008), tal princípio é essencial para a preservação da dignidade e da liberdade em uma sociedade digitalizada, pois busca evitar que o ser humano seja reduzido de sujeito de direitos a mero objeto de perfilação e de previsão algorítmica. No contexto do iDAScore, os dados clínicos e embrionários, quando processados por sistemas de IA, podem não apenas ser utilizados para fins estritamente médicos, mas também servir de insumo para análises preditivas que escapam ao controle direto dos pacientes.

Isso levanta preocupações quanto ao consentimento informado, ao sigilo das informações genéticas e ao risco de exploração econômica de dados sensíveis sem a devida transparência. Como argumenta Doneda (2019), a proteção de dados deve ser compreendida como um instrumento de garantia da própria cidadania, de modo que a utilização de algoritmos em áreas sensíveis, como a reprodução humana, precisa ser acompanhada de salvaguardas jurídicas reforçadas.

A ausência de normas específicas no Brasil deixa lacunas sensíveis: não há clareza sobre a quem pertence à decisão final na seleção de embriões – ao médico, ao casal ou ao sistema de IA –, nem sobre a forma como deve ser garantido o consentimento informado diante da opacidade algorítmica. Além disso, persiste a preocupação com o potencial de vieses nos dados que alimentam o sistema, o que poderia gerar discriminações indiretas ou resultados injustos, como alertam Barocas e Selbst (2016), ao tratar dos riscos de discriminação algorítmica em contextos sensíveis.

Nesse contexto, a regulamentação não pode se restringir a aspectos técnicos, devendo também considerar os valores constitucionais e os princípios éticos envolvidos. Como defendem Diniz e Costa (2020), o direito à reprodução deve ser entendido como um direito fundamental conectado ao projeto de vida dos indivíduos, e sua restrição ou instrumentalização por tecnologias não regulamentadas compromete a autonomia e a justiça social.

Assim, observa-se que o marco normativo atual é insuficiente para lidar com os desafios colocados pela seleção embrionária automatizada. Se, de um lado, a Constituição Federal (Brasil. CF/1988) e a Lei nº 9.263/1996 oferecem fundamentos gerais para a proteção da liberdade reprodutiva, e a Resolução nº 2.320 (Brasil. CFM, 2022) disciplina eticamente a prática médica, de outro, a ausência de regulação legal específica cria insegurança jurídica e abre espaço para potenciais violações de direitos. A experiência europeia com o *AI Act* pode servir como guia, mas o Brasil deve desenvolver uma normatividade própria, capaz de harmonizar inovação científica e proteção de valores fundamentais.

Diante disso, impõe-se a necessidade de uma análise bioética aprofundada sobre o uso do iDAScore, tanto por sua relevância prática, ao influenciar decisões de reprodução assistida, quanto pela ausência de regulamentação clara. A reflexão bioética torna-se essencial para preencher o vazio normativo e orientar a construção de um marco jurídico que respeite simultaneamente a dignidade humana, a autonomia reprodutiva e a justiça distributiva.

REFLEXÕES BIOÉTICAS SOBRE O IDAScore: ENTRE POTTER E JONAS

Do ponto de vista bioético, o iDAScore representa uma inovação tecnológica com potencial significativo para beneficiar casais e indivíduos, ao aumentar as chances de sucesso nos procedimentos de fertilização *in vitro*. Por meio da análise automatizada de características morfológicas e cinéticas dos embriões, a ferramenta fornece uma avaliação objetiva do potencial de implantação, reduzindo a subjetividade inerente à escolha embrionária e, potencialmente, diminuindo o número de transferências necessárias e o risco de falhas (Khosravi *et al.*, 2019; Shoham, G., Shoham, Z., Shoham, I., 2025). Além disso, ao processar grandes volumes de dados com precisão e rapidez, o iDAScore permite decisões clínicas mais eficientes e baseadas em evidências, reduzindo o tempo de exposição do embrião a condições laboratoriais e melhorando a taxa de sucesso dos ciclos de fertilização *in vitro*.

Apesar de seus benefícios clínicos, o iDAScore levanta dilemas éticos complexos que demandam reflexão interdisciplinar. Hans Jonas (2006), ao propor o princípio da responsabilidade, enfatiza que a humanidade deve avaliar cuidadosamente as consequências, muitas vezes incertas e de longo prazo, de suas inovações tecnológicas. As decisões automatizadas que influenciam a viabilidade de embriões em desenvolvimento carregam implicações irreversíveis, exigindo prudência, reflexão ética e responsabilização. Potter (2006), ao tratar

da bioética como ponte para o futuro, reforça que o conhecimento científico deve ser sempre integrado a valores humanos universais, garantindo que a aplicação da tecnologia não comprometa a dignidade, a justiça social e os princípios éticos fundamentais.

O iDAScore exemplifica bem essa tensão: enquanto otimiza o processo reprodutivo, aumenta a probabilidade de sucesso e reduz intervenções médicas repetitivas, também evidencia riscos e desafios significativos. Um deles é a desigualdade no acesso. Atualmente, o uso do iDAScore está restrito a pacientes com maior poder aquisitivo, criando uma lacuna entre aqueles que podem usufruir de tecnologias avançadas e aqueles que dependem de métodos tradicionais de avaliação embrionária. Esta desigualdade levanta questões de justiça distributiva, já que os benefícios clínicos da IA podem ser inequitativamente distribuídos, segundo esclarecem Barocas; Selbst (2016).

Outro desafio central refere-se à qualidade, representatividade e transparência dos dados utilizados para treinar os algoritmos. Sistemas de IA são tão bons quanto os dados que os alimentam. Caso haja vieses implícitos, dados incompletos ou insuficientemente diversificados, o algoritmo pode reproduzir discriminações históricas ou critérios subjetivos de qualidade embrionária, comprometendo a equidade e introduzindo riscos éticos e clínicos (Shoham, G.; Shoham, Z.; Shoham, I., 2025).

Por exemplo, características genéticas ou morfológicas minoritárias podem ser subvalorizadas, levando à exclusão de embriões com potencial viável, apenas por não se enquadrarem nos padrões predominantes do banco de dados de treinamento. Além disso, a priorização de certos embriões baseada em algoritmos pode reforçar padrões socioculturais ou econômicos que não têm base científica, transformando decisões reprodutivas em práticas parcialmente enviesadas (Barocas; Selbst, 2016).

A questão da autonomia do paciente também merece atenção detalhada. Rodotà (2008) define o princípio da autodeterminação informativa como o direito do indivíduo de controlar o tratamento

de seus dados pessoais, preservando dignidade e liberdade em uma sociedade digitalizada. No contexto do iDAScore, informações genéticas e clínicas são processadas por sistemas de IA que fornecem recomendações automatizadas, mas cuja lógica interna pode ser opaca para médicos e pacientes. Essa opacidade algorítmica compromete o consentimento informado, dificultando que os pacientes compreendam como e por que certas decisões foram sugeridas, reduzindo sua capacidade de escolha consciente (Doneda, 2019). A falta de transparência também limita a responsabilização dos profissionais de saúde, que podem se apoiar em resultados gerados pela IA sem compreender integralmente os critérios que levaram à decisão final.

Além disso, o uso de IA em reprodução assistida levanta questões sobre o limite entre eficiência clínica e ética. Até que ponto é aceitável confiar totalmente na avaliação automatizada do embrião, quando a experiência do embriologista humano ainda oferece insights subjetivos importantes? Como equilibrar os ganhos de precisão com a necessidade de julgamento humano, empatia e consideração de fatores contextuais que algoritmos não podem interpretar? Como garantir que pacientes sejam plenamente informados e participem ativamente do processo decisório, mesmo diante de tecnologias que prometem maior eficiência e previsibilidade?

Outro ponto relevante refere-se à responsabilidade ética frente às gerações futuras. Jonas (2006) alerta que as decisões tecnológicas atuais podem ter impactos irreversíveis sobre indivíduos ainda não existentes. Ao selecionar embriões com base em critérios automatizados, há implicações de longo prazo que incluem não apenas o sucesso reprodutivo imediato, mas também a saúde genética, a diversidade biológica e o potencial social dos descendentes. Potter (2006) complementa essa perspectiva, reforçando que a bioética deve funcionar como ponte entre ciência e valores humanos universais, garantindo que a aplicação de tecnologias disruptivas, como o iDAScore, não comprometa princípios de dignidade, equidade e justiça social.

Portanto, embora o iDAScore traga ganhos clínicos relevantes, seu uso deve estar ancorado em diretrizes éticas claras, supervisão humana rigorosa, transparência nos processos de decisão e normativas específicas que considerem implicações sociais, clínicas e genéticas. A análise bioética contínua é, assim, indispensável, não apenas pela complexidade técnica da IA, mas também pela lacuna jurídica que regulamente seu uso na reprodução assistida, exigindo avaliação interdisciplinar permanente e criteriosa, que proteja a autonomia dos pacientes, a equidade no acesso e os direitos das futuras gerações (Sarmiento, 2020; Shoham, G.; Shoham, Z.; Shoham, I., 2025).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso do iDAScore na reprodução assistida evidencia o potencial transformador da IA na medicina reprodutiva. A capacidade de automatizar a avaliação embrionária, padronizar critérios e aumentar a previsibilidade dos resultados representa um avanço significativo, com benefícios diretos para pacientes e profissionais de saúde. No entanto, a adoção dessa tecnologia não está isenta de desafios éticos, jurídicos e sociais.

A ausência de legislação específica no Brasil sobre a aplicação de IA na seleção embrionária cria lacunas regulatórias que podem gerar insegurança jurídica e riscos à proteção de direitos fundamentais, como a autonomia reprodutiva, a dignidade humana e a autodeterminação informativa. Embora normas deontológicas, como a Resolução nº 2.320 (CFM, 2022), forneçam diretrizes éticas, elas não substituem um marco legal robusto que regulamente o uso de algoritmos e que garanta transparência, equidade e responsabilização. Experiências internacionais, como o *AI Act* (União Europeia, 2024) da União Europeia, indicam caminhos possíveis para regulamentação, mas sua aplicação exige adaptação à temática, em específico ao contexto nacional e aos princípios constitucionais brasileiros.

Do ponto de vista bioético, o iDAScore apresenta tanto oportunidades quanto dilemas. Se, por um lado, melhora a eficiência clínica e reduz subjetividades na seleção embrionária, por outro, pode reforçar desigualdades de acesso, reproduzir vieses nos dados e comprometer a autonomia do paciente diante da opacidade algorítmica. A reflexão ética pautada nos princípios clássicos de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça torna-se imprescindível para orientar a implementação responsável da (bio) tecnologia e proteger os direitos das gerações atuais e futuras.

Entretanto, é necessário avançar para uma reflexão de longo prazo sobre os desdobramentos futuros dessa tecnologia. O contínuo desenvolvimento de sistemas como o iDAScore pode conduzir a algoritmos capazes não apenas de prever a viabilidade de implantação de embriões, mas também outras características fenotípicas ou genéticas, como predisposições a doenças, traços comportamentais ou até indicadores de desempenho intelectual — o que amplia exponencialmente os dilemas éticos, sociais e jurídicos. Essa possibilidade projeta um cenário em que decisões reprodutivas poderiam ser guiadas por critérios de aperfeiçoamento e não apenas de viabilidade, aproximando perigosamente práticas clínicas de eugenia algorítmica, ainda que não intencional.

Nesse sentido, ressoa com ainda mais força o alerta de Hans Jonas, ao afirmar que a responsabilidade ética perante a técnica moderna deve considerar não apenas os efeitos imediatos, mas o impacto potencial sobre a “condição futura do homem”. Para Jonas, é dever da ética contemporânea garantir que “a essência da vida humana continue sendo reconhecível como tal”, evitando que as gerações futuras sejam moldadas por escolhas tecnológicas que comprometam liberdade, dignidade e diversidade humanas.

Do ponto de vista jurídico, impõe-se uma postura preditiva e tecnicamente antecipatória: mesmo que certas funcionalidades ainda não estejam presentes, o ordenamento deve prever cenários plausíveis e estabelecer diretrizes ex ante (tecnoneutras e adaptativas) para avaliação de riscos, governança algorítmica e prestação de

contas. Isso inclui cláusulas de atualização periódica (“sunset/refresh clauses”), avaliações de impacto algorítmico e de proteção de dados by design, exigência de supervisão humana significativa, auditorias independentes e mecanismos de correção quando evidenciados falsos positivos/negativos ou vieses. Tal arquitetura normativa não congela a inovação, mas canaliza seu desenvolvimento segundo parâmetros de segurança, transparência e justiça distributiva, reduzindo assimetrias e protegendo direitos fundamentais em um futuro talvez não tão distante.

Assim, a incorporação de sistemas de IA na reprodução assistida exige não apenas regulação e supervisão, mas um compromisso ético-jurídico contínuo com os limites do que desejamos prever e selecionar. O princípio da responsabilidade, tal como formulado por Jonas, convoca prudência diante de tecnologias disruptivas, zelando não apenas pelo sucesso clínico imediato, mas também pela integridade da vida humana em seu horizonte mais amplo.

REFERÊNCIAS

BAROCAS, S.; SELBST, A. D. Big data's disparate impact. **California Courts: Judicial Branch of California**, v. 104, p. 671-732, 2016. Disponível em: <https://cs.yale.edu/homes/jf/BarocasDisparateImpact.pdf>. Acesso em: 06 set. 2025.

Berntsen, J.; Rimestad, J.; Lassen, J. T.; Tran, D.; Kragh, M. F. Seleção de embriões robusta e generalizável com base em inteligência artificial e sequências de imagens de lapso de tempo. **PloS um**, v. 17, n. 2, p. e0262661, 2022. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0262661>. Acesso em: 15 set. 2025.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 08 set. 2025

BRASIL. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o §7º do art. 226 da Constituição Federal, para tratar do planejamento familiar, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 15 jan. 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9263.htm. Acesso em: 08 set. 2025.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina (CFM). **Resolução nº 2.320**, de 17 de setembro de 2022. Dispõe sobre as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida. Brasília, DF, 2022. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2022/2320_2022.pdf. Acesso em: 08 set. 2025.

DINIZ, D.; COSTA, S. *Tecnociência, corpo e reprodução*. Brasília: LetrasLivres, 2020.

DONEDA, D. **Da privacidade à proteção de dados pessoais**: elementos da formação da Lei Geral de Proteção de Dados. São Paulo: Thomson Reuters Brasil, 2019.

FLORIDI, L. **The Ethics of Artificial Intelligence**: principles, challenges, and opportunities. Oxford: Oxford University, 2023.

JONAS, H. **O princípio responsabilidade**: ensaio de uma ética para a civilização tecnológica. Rio de Janeiro: Contraponto, 2006.

LASSEN, J. T.; FLY KRAGH, M.; RIMESTAD, J.; NYGÅRD JOHANSEN, M.; BERNTSEN, J. Development and validation of deep learning based embryo selection across multiple days of transfer. **Scientific reports**, v. 13, n. 1, p. 4235, 2023. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41598-023-31136-3>. Acesso em: 11 set. 2025.

LEE, C. I.; HUANG, C. C.; LEE, T. H.; CHEN, H. H.; CHENG, E. H.; LIN, P. Y.; LEE, M. S.

Associações entre o sistema de pontuação de inteligência artificial e os resultados de nascidos vivos em testes genéticos pré-implantação para ciclos de aneuploidia. **Biologia reprodutiva e endocrinologia**, v. 22, n. 1, p. 12, 2024. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38233926/>. Acesso em: 10 set. 2025.

KHOSRAVI, P.; KAZEMI, E. ZHAN, Q.; MALMSTEN, J. E.; TOSCHI, M.; ZISIMOPOULOS, P.; HAJIRASOULIHA, I. O aprendizado profundo permite uma avaliação e seleção robustas de blastocistos humanos após a fertilização in vitro. **Medicina digital NPJ**, v. 2, n. 1, p. 21, 2019. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41746-019-0096-y>. Acesso em: 09 set. 2025.

MORAES, C. A. Regulação das técnicas de reprodução assistida nas legislações brasileira e comparada. **Revista Brasileira de Direito Constitucional**, v. 3, n. 1, p. 45-62, 2023.

NG, N. Y. W.; LIM, M. W.; LIM, Y. X.; LEE, C. S. S. P-160 Assessing the predictive ability of iDAScore v2.0 for embryo euploidy rate. *Human Reproduction*, **Oxford Academic**, v. 40, Issue Supplement, jun. 2025. Disponível em: https://academic.oup.com/humrep/article/40/Supplement_1/deaf097.469/8170949. Acesso em: 12 set. 2025.

POTTER, V. R. **Bioética**: a ponte para o futuro. Trad.: Diego Carlos Zanella. São Paulo: Loyola, 2006.

RODOTÀ, S. **A vida na sociedade da vigilância**: a privacidade hoje. Rio de Janeiro: Renovar, 2008.

SARLET, I. W. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988**. 9. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2015.

SARMENTO, D. A dignidade da pessoa humana e o direito à privacidade no contexto tecnológico. **Revista de Direito Constitucional e Internacional**, v. 28, n. 112, p. 83-102, 2020.

SHOHAM, G., SHOHAM, Z., SHOHAM, I. Artificial Intelligence in Reproductive Medicine: Transforming Assisted Reproductive Technologie. **Journal of In Vitro Fertilization and Assisted Reproductive Technologies**, v. 42, n. 1, p. 1-10, 2025. Disponível em: <https://jivfww.scholasticahq.com/article/137620-artificial-intelligence-in-reproductive-medicine-transforming-assisted-reproductive-technologies>. Acesso em: 08 set. 2025.

UNIÃO EUROPEIA. Regulamento (UE) 2024/1689 **Artificial Intelligence Act**. Parlamento Europeu e Conselho da União Europeia, Bruxelas, 2024. Disponível em: <https://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2024/1689/oj>. Acesso em: 10 set. 2025.

A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE SOB A PERSPECTIVA DA JUSTIÇA DISTRIBUTIVA E DA EQUIDADE

Viviane Carneiro Lacerda Meleep¹³

Alice de Souza Tinoco Dias¹⁴

Valtair Afonso Miranda¹⁵

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A judicialização da saúde no Brasil tem se consolidado como um fenômeno crescente nas últimas décadas, evidenciando-se na multiplicação de demandas judiciais voltadas ao fornecimento de medicamentos, tratamentos e procedimentos não contemplados pelas políticas públicas de saúde. Tal realidade coloca em tensão o direito fundamental à saúde (consagrado nos artigos 6º e 196 da Constituição Federal de 1988) e os princípios que norteiam o SUS, especialmente o da equidade. A análise desse fenômeno exige, portanto, uma reflexão mais ampla que transcende a dimensão estritamente normativa e processual, incorporando perspectivas filosóficas e teóricas da justiça distributiva.

A metodologia adotada neste artigo é de natureza documental e bibliográfica, fundamentando-se tanto na análise de legislações, jurisprudências e relatórios oficiais, quanto na revisão de obras clássicas e contemporâneas sobre justiça distributiva, equidade e políticas públicas de saúde. Esse percurso metodológico permitirá não

13 Mestra e Doutoranda em Cognição e Linguagem pela Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (Uenf). Advogada. E-mail: viviacerдав@гmail.com. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6132863333790129>.

14 Mestra e Doutoranda em Cognição e Linguagem pela Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (Uenf). Oficial de Justiça. E-mail: alice tinoco@hotmail.com. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4910540546064075>.

15 Professor do Programa de Pós Graduação em Cognição e Linguagem (PPGCL) na Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (Uenf). E-mail: valtairmiranda@gmail.com Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7689281124574923>

apenas identificar os principais dilemas da judicialização da saúde no Brasil, mas também problematizar seus impactos na efetivação do direito à saúde, em diálogo com os princípios constitucionais que orientam o SUS.

Dessa forma, o objetivo central deste estudo é analisar a judicialização da saúde sob a ótica da justiça distributiva e da equidade, buscando compreender de que maneira as decisões judiciais podem, ao mesmo tempo, garantir direitos individuais e, paradoxalmente, gerar distorções que comprometem a igualdade no acesso às políticas públicas. Pretende-se, ainda, refletir sobre possíveis caminhos para a harmonização entre a tutela jurisdicional do direito à saúde e a preservação da equidade como valor estruturante do sistema.

MARCO NORMATIVO DO DIREITO À SAÚDE E DA EQUIDADE

A saúde, segundo a definição clássica da Organização Mundial da Saúde (OMS), é compreendida como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (Brasil, 1964). Tal concepção amplia o entendimento de saúde para além da mera inexistência de enfermidades, vinculando-a ao conceito de qualidade de vida, o que envolve a análise integrada do corpo, da mente e do contexto social em que o indivíduo está inserido. Nesse sentido, tornam-se imprescindíveis intervenções legais, culturais, sociais e econômicas para a efetivação desse ideal. Essa definição foi consolidada no preâmbulo da Constituição da Assembleia Mundial da Saúde, adotada na Conferência Sanitária Internacional realizada entre 19 e 22 de junho de 1946, em Nova York.

O processo de construção desse conceito foi longo e complexo, uma vez que cada país possuía critérios próprios para estabelecer parâmetros de saúde, inexistindo, até então, consenso universal. A Liga das Nações, criada após a Primeira Guerra Mundial, não conseguiu superar essa fragmentação conceitual. Foi apenas após a experiência devastadora da Segunda Guerra Mundial que se estruturou

um novo cenário internacional, marcado pela criação da Organização das Nações Unidas (ONU), em 1945, na cidade de São Francisco (EUA), com a adesão de cinquenta países à Carta das Nações. Poucos anos depois, em 1948, foi fundada a OMS, agência especializada em saúde subordinada à ONU e sediada em Genebra, Suíça, com o objetivo central de promover o mais elevado nível de saúde possível para todos os povos.

Atualmente, discute-se o caráter abrangente da definição da OMS, na medida em que a saúde é influenciada por determinantes sociais, econômicos e ambientais, bem como pelas características e comportamentos individuais. Assim, compreende-se que o ambiente em que a pessoa está inserida constitui fator decisivo para a sua qualidade de vida e estado de saúde. No plano social e econômico, variáveis como educação, profissão e renda impactam diretamente o padrão de vida, interferindo no acesso a oportunidades e recursos que asseguram melhores condições de saúde.

No Brasil, a década de 1960 foi marcada por profundas transformações sociais e políticas. Após um breve período de governo democrático, o país vivenciou, em 1964, a instauração de um regime militar que se manteve no poder por mais de vinte anos. Justificado pelo discurso de restaurar a ordem e fortalecer a economia, esse governo baseou-se em mecanismos de repressão a opositores, na suspensão do Estado de Direito e na supressão de órgãos de representatividade (Faleiros, 1986).

Nesse cenário, a década de 1970 testemunhou o surgimento de um movimento social liderado por profissionais e militantes da saúde, cujo propósito era repensar o sistema sanitário brasileiro e democratizar o acesso da população aos serviços de saúde. Mais do que uma proposta técnica de reorganização do setor, tratava-se de um projeto social e político voltado à consolidação do direito universal à saúde pública. Esse movimento, conhecido como Reforma Sanitária Brasileira, mobilizou diferentes atores sociais, instituições, agentes políticos e cidadãos engajados, unindo forças em torno da conquista desse direito fundamental (Leal, 2015).

No início da década de 1980, o Estado autoritário-militarista enfrentava crises em suas políticas setoriais, entre as quais se destacavam a previdência e a saúde. Como resposta, foi criado em 1981 o Conselho Nacional de Administração de Saúde Previdenciária (Conasp), por meio do Decreto nº 56.329/81, como órgão do Ministério da Previdência Social, reunindo representantes estatais e da sociedade civil. Entre suas principais medidas, destacaram-se a Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e as Ações Integradas de Saúde (AIS), que promoveram a articulação entre o Ministério da Previdência e Assistência Social, o Ministério da Saúde e as secretarias estaduais, possibilitando maior descentralização e transferência de recursos financeiros (Leal, 2015). Embora relevantes, tais iniciativas foram consideradas insuficientes, demandando mudanças estruturais mais profundas na organização do setor de saúde (Rodrigues Neto, 1988).

Nesse mesmo período, movimentos sociais e acadêmicos se fortaleceram com a criação, em 1979, da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) e do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes). Essas entidades tiveram papel fundamental tanto na resistência à ditadura quanto na formulação e difusão das ideias da Reforma Sanitária, defendendo a saúde como direito universal e a democratização do setor. Segundo Nelson Rodrigues dos Santos, o Cebes exerceu papel aglutinador e politizador do debate, reunindo diferentes atores sociais em torno de um projeto suprapartidário. Para José Gomes Temporão, o Cebes constituiu espaço decisivo de formulação e divulgação das propostas da Reforma Sanitária, sobretudo por meio de sua revista (Brasil, 2006).

A Reforma Sanitária Brasileira, nesse contexto, consolidou-se como um fenômeno histórico e social de múltiplas dimensões. Conforme Paim (2008), ela pode ser compreendida como ideia, proposta, projeto, movimento e processo: ideia enquanto percepção inicial; proposta como articulação de princípios e diretrizes; projeto como síntese contraditória de políticas; movimento como prática ideológica, política e cultural; e processo como encadeamento de ações em distintos momentos e espaços.

A Reforma Sanitária também se vinculou à emergência do campo da Saúde Coletiva, que, a partir de 1979, foi se consolidando como área científica e prática social. Distinguindo-se da Saúde Pública institucionalizada, a Saúde Coletiva buscava integrar produção de conhecimento e compromisso político com a população, aproximando ciência e movimentos sociais (Paim, 2007).

Esse acúmulo histórico resultou na realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, considerada marco decisivo para a construção do SUS. Pela primeira vez, a sociedade civil foi amplamente convocada a debater e formular políticas públicas, em um processo participativo e democrático inédito até então (Carvalho, 1995). Durante cinco dias, discutiram-se três eixos centrais: “a saúde como dever do Estado e direito do cidadão”, “a reformulação do Sistema Nacional de Saúde” e “o financiamento setorial” (Brasil, 1986). Como destacou Rodrigues Neto (1988), a conferência simbolizou o salto político do movimento sanitarista, ao propor que a saúde deixasse de ser apenas um objetivo técnico-setorial e se transformasse em projeto da sociedade.

Assim, a Reforma Sanitária, a criação da Saúde Coletiva, a crise do sistema de saúde e a mobilização social dos anos 1970 e 1980 se entrelaçaram em um mesmo processo histórico. Essas iniciativas abriram caminho para a institucionalização do SUS, aprovado pela Assembleia Constituinte de 1987 como um sistema nacional, democrático e universal, que passou a integrar os direitos fundamentais assegurados pela Constituição Federal de 1988.

CONSTITUIÇÃO DE 1988 E OS PRINCÍPIOS DO SUS (UNIVERSALIDADE, INTEGRALIDADE E EQUIDADE)

A Constituição Federal de 1988 representou um marco histórico para a consolidação do direito à saúde no Brasil, resultado direto das lutas do movimento sanitarista e da mobilização social que se intensificou nas décadas anteriores. Ao inaugurar o chamado

“Constitucionalismo Social”, a Carta de 1988 reconheceu a saúde como direito fundamental de todos e dever do Estado, estabelecendo em seu artigo 196 que esse direito deve ser garantido por meio de políticas sociais e econômicas que reduzam riscos de doenças e assegurem acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde.

O texto constitucional, ao lado do artigo 6º, que insere a saúde no rol dos direitos sociais, estruturou as bases jurídicas para a criação do SUS. Regulamentado pelas Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, o SUS constituiu-se como um sistema público, descentralizado, com participação social e voltado à promoção, proteção e recuperação da saúde em todo o território nacional.

Entre seus princípios e diretrizes fundamentais, destacam-se: **universalidade**: acesso garantido a todos os cidadãos, sem distinções de ordem social, econômica, cultural ou territorial; **integralidade**: atendimento que abrange ações preventivas, promocionais, curativas e reabilitadoras, em todos os níveis de complexidade; **equidade**: tratamento desigual aos desiguais, de forma a reduzir disparidades e garantir prioridade àqueles em maior situação de vulnerabilidade.

A equidade, nesse contexto, assume papel central, pois busca corrigir desigualdades históricas no acesso à saúde e assegurar que os recursos públicos sejam distribuídos de maneira justa e proporcional às necessidades da população. Esse princípio conecta-se diretamente à perspectiva da justiça distributiva, já que exige a alocação racional e ética de recursos limitados, conciliando a universalidade do sistema com as diferenças concretas da realidade social brasileira.

Silva (2003) observa que, até a década de 1980, a população brasileira estava segmentada em três categorias distintas quanto ao acesso à assistência em saúde: em primeiro lugar, aqueles que possuíam recursos financeiros para custear serviços privados; em segundo, os beneficiários da assistência prestada pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS); e, por fim, os que não tinham qualquer direito garantido, denominados indigentes. Essa desigualdade estrutural evidenciava um modelo fragmentado, excludente e distante do ideal de universalidade.

Nesse contexto, Dalmo Dallari (2011, p. 131) adverte que as políticas públicas devem conciliar as necessidades individuais e coletivas. Para o autor, embora o indivíduo represente o valor mais alto da sociedade, a primazia absoluta do interesse individual pode comprometer o bem-estar coletivo. Assim, a satisfação de um único sujeito ou de pequenos grupos, em detrimento da maioria, gera distorções incompatíveis com a lógica da justiça social.

A partir desse quadro desigual, descrito por Souza (2002) como violador de direitos básicos inerentes à condição humana, emergiu no Brasil o movimento pela Reforma Sanitária, articulado ao processo de redemocratização e à mobilização social dos anos 1970 e 1980. O marco da mudança foi a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB/88), que consolidou a saúde como direito de todos e dever do Estado (Aguiar, 2015). Essa conquista histórica, que conferiu à Carta Magna a alcunha de “Constituição Cidadã”, estabeleceu a saúde como direito universal e integral, definindo diretrizes fundamentais no artigo 198, tais como: descentralização, atendimento integral com ênfase na prevenção e participação da comunidade (Brasil, 1988).

O texto constitucional também fixou o financiamento do SUS como obrigação compartilhada entre União, Estados, Distrito Federal e Municípios, previsto no artigo 198, §1º, posteriormente regulamentado pela Emenda Constitucional nº 29/2000. Essa previsão é essencial, pois garante a corresponsabilidade federativa na sustentação do sistema e busca assegurar recursos mínimos para sua manutenção (Amaral, 2018).

JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE SOB A PERSPECTIVA DA JUSTIÇA DISTRIBUTIVA E DA EQUIDADE

Com a promulgação da Lei nº 8.080/1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, deu-se efetividade ao comando constitucional, regulamentando o funcionamento do SUS. Essa norma redefiniu a

política pública de saúde, atribuindo ao Ministério da Saúde o papel de gestor no âmbito federal e instituindo princípios fundamentais, como a universalidade do acesso, a integralidade da atenção e a equidade na distribuição dos serviços (art. 7º). Nesse sentido, consolidou-se um novo paradigma, marcado pela transição de um modelo excludente e fragmentado para um sistema público e democrático, orientado pela universalização e pelo reconhecimento da saúde como direito fundamental. No entanto, as dificuldades históricas de implementação das políticas públicas, somadas a problemas estruturais como insuficiência de financiamento, gestão ineficiente e desigualdades regionais, abriram espaço para a intensificação da judicialização da saúde.

A expressão designa o fenômeno do crescente recurso ao Poder Judiciário para garantir o acesso a medicamentos, tratamentos, internações e procedimentos não disponibilizados ou negados pela administração pública. Essa realidade ganhou força especialmente a partir da década de 1990 e intensificou-se nos anos 2000, com a consolidação de uma jurisprudência voltada à efetividade do direito à saúde, tendo como base os artigos 6º e 196 da Constituição.

Entre as principais causas da judicialização, destacam-se: a ausência ou desatualização de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas; a negativa administrativa para fornecimento de medicamentos e tratamentos de alto custo; as falhas na gestão e no financiamento do SUS; e a crescente atuação de advogados, associações e defensorias públicas em defesa de pacientes.

Embora o acesso à via judicial tenha possibilitado a concretização de direitos individuais em inúmeros casos, o fenômeno gerou consequências significativas para o sistema de saúde. De um lado, garante-se a efetividade imediata de direitos constitucionais, materializando o princípio da dignidade da pessoa humana. De outro, verifica-se o risco de comprometer os princípios da equidade e da justiça distributiva, uma vez que decisões judiciais que determinam o fornecimento de medicamentos ou tratamentos de alto custo a um

único paciente podem impactar o orçamento destinado a políticas coletivas.

Dados do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) indicam que, somente em 2019, tramitavam mais de 2 milhões de processos judiciais envolvendo demandas de saúde no Brasil, evidenciando a dimensão e a complexidade do fenômeno. Além disso, estudos apontam que grande parte dessas ações se refere ao fornecimento de medicamentos fora das listas do SUS, com valores muitas vezes incompatíveis com a capacidade financeira dos entes federativos (CNJ, 2020). Assim, a judicialização da saúde se apresenta como uma realidade paradoxal: ao mesmo tempo em que constitui um instrumento de efetivação de direitos fundamentais, pode provocar desequilíbrios no sistema público, reforçando desigualdades e comprometendo a gestão racional dos recursos escassos.

Na perspectiva de Ronald Dworkin (2005), a justiça deve ser compreendida a partir da ideia de igualdade de recursos, segundo a qual a sociedade deve assegurar a cada indivíduo uma parcela justa de bens e oportunidades, de modo que as diferenças no acesso a direitos não decorram de desigualdades arbitrárias. Nesse sentido, a judicialização pode, paradoxalmente, reforçar desigualdades ao privilegiar quem possui maior acesso ao sistema de justiça, em detrimento daqueles que, embora igualmente necessitados, não conseguem recorrer ao Judiciário. A busca pela igualdade de recursos, nesse contexto, exige que as decisões judiciais considerem não apenas o caso concreto, mas também o impacto redistributivo sobre a coletividade.

John Rawls (2002), por sua vez, ao formular sua teoria da justiça como equidade, apresenta o princípio da diferença, que legitima desigualdades apenas quando estas beneficiam os menos favorecidos. Aplicada à saúde, essa perspectiva sugere que decisões judiciais deveriam priorizar grupos em maior situação de vulnerabilidade, de modo a reduzir desigualdades estruturais. No entanto, quando o Judiciário atende demandas individuais de caráter oneroso, sem considerar critérios sociais amplos, pode acabar produzindo o efeito

contrário: destinar recursos públicos de forma desproporcional e pouco equitativa, ferindo os fundamentos do SUS.

Por sua vez, Nancy Fraser (2009) amplia o debate ao propor uma concepção de justiça baseada na articulação entre redistribuição, reconhecimento e participação. Para a autora, a justiça não se limita à repartição de bens materiais, mas também envolve o reconhecimento das identidades e necessidades específicas dos grupos sociais, além de possibilitar efetiva participação nos processos decisórios. Nesse sentido, a judicialização da saúde deve ser analisada não apenas sob a ótica da distribuição de recursos, mas também quanto à capacidade de dar voz aos diferentes segmentos da sociedade. O risco, nesse caso, é que a via judicial privilegie certos grupos muitas vezes mais informados ou com maior acesso à assessoria jurídica em detrimento da maioria da população, aprofundando desigualdades de representação e de reconhecimento.

Dessa forma, observa-se que a judicialização da saúde, quando desvinculada de uma análise distributiva e de equidade, pode gerar uma injustiça tripla: (i) distorce a alocação de recursos (Dworkin), (ii) não atende ao princípio da diferença (Rawls) e (iii) reforça exclusões no campo da redistribuição, do reconhecimento e da participação (Fraser). Logo, o desafio está em compatibilizar a tutela jurisdicional do direito à saúde com os valores estruturantes do SUS, assegurando que o exercício da justiça no campo da saúde se oriente tanto pela efetividade individual quanto pela equidade coletiva.

Para Nancy Fraser (2001; 2006), a justiça deve ser compreendida de forma ampliada, pois os movimentos sociais expressam simultaneamente demandas por mudanças econômicas e culturais, que muitas vezes se entrelaçam. A autora identifica duas formas de injustiça: a socioeconômica, ligada à exploração, privação e marginalização, visível na desigualdade de acesso aos recursos materiais; e a cultural ou simbólica, caracterizada pela negação do reconhecimento e pelo não respeito a identidades, práticas e formas de vida, que passam a ser invisibilizadas nos processos sociais e institucionais. Ambas dimensões, segundo Fraser, estão interligadas

e só podem ser superadas de forma conjunta, mediante políticas que promovam redistribuição e reconhecimento.

Aplicando essa perspectiva ao fenômeno da judicialização da saúde, percebe-se que o acesso ao Judiciário não envolve apenas desigualdades materiais, mas também barreiras simbólicas e culturais. De um lado, há a injustiça socioeconômica, quando indivíduos ou grupos sem recursos não conseguem litigar para assegurar tratamentos de saúde; de outro, a injustiça cultural, quando determinadas necessidades como as de populações vulneráveis, indígenas, quilombolas ou pessoas com deficiências permanecem invisíveis na formulação das políticas públicas e, por consequência, nas próprias decisões judiciais. Assim, ao privilegiar demandas individuais de quem possui maior capital social, cultural e econômico, a judicialização tende a reproduzir tantas desigualdades distributivas (em termos de recursos) quanto de reconhecimento (em termos de vozes e identidades), aprofundando as tensões entre justiça individual e justiça coletiva.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise da judicialização da saúde sob a perspectiva da justiça distributiva e da equidade evidencia que, embora este fenômeno seja essencial para a concretização do direito fundamental à saúde, também impõe desafios significativos à efetividade do SUS. O recurso ao Poder Judiciário tem garantido o acesso a tratamentos, medicamentos e procedimentos, assegurando, em muitos casos, a dignidade da pessoa humana. No entanto, ao privilegiar demandas individuais sem considerar o impacto coletivo, a judicialização pode comprometer os princípios da universalidade e da equidade, pilares estruturantes do sistema.

À luz da justiça distributiva, Dworkin ressalta a necessidade de uma igualdade de recursos que impeça que apenas alguns se beneficiem em detrimento da coletividade; Rawls adverte que as desigualdades só

se justificam quando favorecem os menos privilegiados, o que nem sempre se observa nas decisões judiciais em saúde; e Fraser amplia o debate ao demonstrar que a justiça envolve não apenas redistribuição material, mas também reconhecimento e participação, dimensões frequentemente negligenciadas no processo judicial.

Diante disso, a judicialização da saúde, se não pautada por critérios de justiça distributiva e de equidade, corre o risco de reforçar desigualdades, perpetuando tanto a injustiça socioeconômica quanto a cultural. O desafio contemporâneo consiste em harmonizar a tutela judicial dos direitos individuais com a preservação da justiça social e da eficiência do SUS, de modo que o Judiciário atue como garantidor de direitos sem desestabilizar o sistema coletivo. Para tanto, é necessário fortalecer políticas públicas, aprimorar protocolos técnicos, fomentar o diálogo entre os Poderes e garantir espaços de participação social, assegurando que a saúde seja efetivamente um direito de todos, concretizado com base na equidade e na justiça.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, André Ramos de. **Direito à saúde: análise constitucional e jurisprudencial**. São Paulo: Atlas, 2015.

AMARAL, Gustavo. **Judicialização da saúde: impactos, desafios e perspectivas**. Belo Horizonte: Fórum, 2018.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Organização Mundial da Saúde no Brasil**. Brasília, 1964.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde no Brasil: contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília: Diário Oficial da União, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde: Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

CNJ. Conselho Nacional de Justiça. **Relatório Justiça Pesquisa: judicialização da saúde no Brasil**. Brasília: CNJ, 2020.

DALLARI, Dalmo de Abreu. **Elementos de teoria geral do Estado**. 32. ed. São Paulo: Saraiva, 2011.

DWORKIN, Ronald. **A virtude soberana: a teoria e a prática da igualdade**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

FALEIROS, Vicente de Paula. **Política social: uma introdução**. São Paulo: Cortez, 1986.

FRASER, Nancy. **Justice interruptus**: critical reflections on the “postsocialist” condition. New York: Routledge, 2001.

FRASER, Nancy. **Da redistribuição ao reconhecimento?** Dilemas da justiça na era pós-socialista. Cadernos de Campo, São Paulo, n. 14/15, p. 231-239, 2006.

FRASER, Nancy. **Escalas de justiça**. São Paulo: Unesp, 2009.

LEAL, Maria Cristina. **Reforma Sanitária e políticas de saúde no Brasil**: uma análise crítica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

PAIM, Jairnilson. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: Edufba, 2008.

PAIM, Jairnilson. O que é saúde coletiva. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 521-530, 2007.

RAWLS, John. **Uma teoria da justiça**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

RODRIGUES NETO, Nelson. **Saúde e democracia**: história e perspectivas do SUS. São Paulo: Hucitec, 1988.

SILVA, José Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo**. 22. ed. São Paulo: Malheiros, 2003.

SOUZA, Celina. **Políticas públicas**: uma revisão da literatura. Sociologias, Porto Alegre, ano 4, n. 8, p. 20-45, jul./dez. 2002.

A LINGUAGEM DO LAUDO PERICIAL: UMA ANÁLISE DA CONSTRUÇÃO DISCURSIVA DA INCAPACIDADE EM PROCESSOS PREVIDENCIÁRIOS

Brenon Adriano Maluf Molina Balthar¹⁶

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O presente estudo é um Ensaio Teórico-Crítico de base bibliográfica, ancorado na Análise do Discurso (AD) e na Bioética da Vulnerabilidade, para desconstruir o laudo pericial como mero documento técnico, e na Bioética da Vulnerabilidade, argumentando que o léxico especializado (CID) e a estrutura formal operam um ato de violência simbólica. A judicialização dos benefícios por incapacidade no Brasil é um fenômeno social e jurídico de proporções massivas, expondo a tensão estrutural entre o reconhecimento do direito fundamental à proteção social e a lógica instrumental da gestão orçamentária do Estado. Nesse cenário de conflito, o juiz, o perito e o requerente tornam-se atores em um palco no qual o sofrimento humano se confronta com a técnica.

No epicentro desse processo reside o laudo médico pericial, um documento de natureza híbrida que transcende a mera função informativa. Ele se estabelece como um tradutor, incumbido da tarefa complexa de converter a narrativa de dor e a condição clínica do indivíduo em uma linguagem técnica e supostamente neutra, essencial para a cognição e a decisão judicial. Sua função primordial é construir a ponte entre o fato médico e o fato jurídico da incapacidade, tornando-se, para o julgador, o ponto de partida e, frequentemente, o veredito final da verdade processual.

¹⁶ Jurista, professor poliglota e conciliador criminal. Como pesquisador, é autor e organizador de obra, com trabalhos publicados nas áreas de Direito Internacional, Direitos Fundamentais e Bioética.

O problema central consiste na profunda assimetria de poder e de linguagem. O requerente, portador de uma vulnerabilidade ampliada – pela doença, pela exclusão social e pela dependência institucional –, tem sua narrativa de vida confrontada pela força do discurso científico-jurídico. O laudo, ao mobilizar seu léxico técnico (Classificação Internacional de Doenças [CID], jargões), configura-se como um gênero discursivo de autoridade, atuando como peça retórica que molda a percepção judicial da realidade, delegando tacitamente o mérito decisório ao saber-poder do perito.

Foi refletindo sobre tal quadro que se utilizou a análise bibliográfica para então propor a desconstrução do laudo pericial como um documento meramente técnico. Também recorreu-se à Análise do Discurso para desvendar como suas escolhas lexicais e sua estrutura formal operam o silenciamento da narrativa do paciente. A propósito, tal processo de codificação prioriza a incapacidade clínica em detrimento da dimensão social e funcional da incapacidade (funcionalidade, contexto), erigindo uma barreira cognitiva para o julgador e comprometendo a autonomia do requerente. Já sob a ótica da Bioética da Vulnerabilidade, o objetivo foi ir além da análise formal, demonstrando que essa assimetria linguística resulta em um dano ético e na violação do princípio da Dignidade da Pessoa Humana. Argumenta-se que a linguagem pericial, ao reduzir o indivíduo a códigos, impacta a garantia de direitos e a percepção de justiça.

A pesquisa se desenvolveu em três eixos principais: (i) a análise do laudo como gênero discursivo de poder na tradução do sofrimento; (ii) a investigação de como a linguagem técnica constrói a incapacidade e influencia a cognição do juiz; e (iii) a discussão das implicações bioéticas e para o acesso à justiça diante do silenciamento da narrativa do paciente. A conclusão aponta para a necessidade de um laudo mais ético e inclusivo, sugerindo a adoção de referenciais como a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) e a Linguagem Cidadã.

O LAUDO COMO GÊNERO DISCURSIVO, PEÇA DE PODER E OPERADOR DA VIOLÊNCIA SIMBÓLICA

O laudo médico pericial não se restringe a um texto meramente descritivo, desprovido de juízos de valor ou de intencionalidade pragmática. Pelo contrário, configura-se como um gênero discursivo altamente especializado e formal, essencialmente inserido na esfera da comunicação judicial e dotado de uma evidente e fundamental finalidade: a persuasão do julgador acerca da comprovação ou da inexistência da incapacidade laboral. A conformidade estrita aos roteiros técnicos estabelecidos por diretrizes normativas, a exemplo dos manuais de Perícia Médica do Conselho Federal de Medicina (CFM, 2012), e a adoção de protocolos específicos conferem à estrutura textual uma aparência de neutralidade que, na realidade, funciona como uma potente estratégia retórica de legitimação.

Este artefato textual atua, de maneira incontornável, como um tradutor. O perito é convocado a transpor o complexo e subjetivo sofrimento humano, a dor crônica e a limitação funcional do indivíduo – em sua dimensão existencial – para categorias diagnósticas codificadas (CID) e para parâmetros objetivos de funcionalidade. Contudo, essa complexa tarefa de tradução é, intrinsecamente, um processo carregado de perdas significativas. A mais profunda e estrutural dessas perdas é o silenciamento da narrativa do paciente. Embora a deontologia profissional recomende que o histórico narrado pelo periciando seja registrado sem distorções, o texto final do laudo invariavelmente hierarquiza a linguagem científica e o léxico técnico, despojando a experiência vivida e o sofrimento humano de sua inerente dimensão existencial.

Nesse sentido, atenção seja dada para o discurso estabelecido entre profissional da saúde (às vezes permeado de violência simbólica) e o requerente/paciente (nem sempre provido de capacidade suficiente para exprimir sua situação de enfermidade). Eis que então algumas considerações são feitas a seguir.

O discurso de autoridade e o mecanismo da violência simbólica:

A judicialização dos benefícios por incapacidade expõe a tensão entre o direito social e a lógica da gestão de recursos do Estado. Neste panorama, o laudo médico pericial atua como principal mediador, mas se estabelece como um gênero discursivo de autoridade que promove o silenciamento da narrativa do paciente.

Na perspectiva da Análise do Discurso, o laudo consolida-se como um discurso de autoridade (Azevedo; Romanholi, 2019). A voz do perito, investida do saber-poder médico-científico, sobrepõe-se e anula as demais vozes presentes no processo, notadamente a do próprio requerente. O documento alcança sua credibilidade, por vezes inquestionável, e sua objetividade aparente por meio da mobilização de um léxico propositalmente hermético e de sua inserção em um circuito burocrático, que tem a capacidade de transformar o diagnóstico clínico em um veredito de natureza legal (Trezub; Patsis, 2021). Esse mecanismo não apenas informa a corte, mas, fundamentalmente, constitui a versão da verdade fática que será aceita pelo Poder Judiciário.

Essa imposição do saber técnico sobre a experiência do requerente configura um ato de violência simbólica, na acepção de Pierre Bourdieu (2017). A forma de dominação não se opera pela coerção física, mas pela imposição de categorias de percepção e de pensamento que são tidas como legítimas e naturais pela sociedade e pelas instituições. O paciente, já em uma situação de fragilidade e vulnerabilidade ampliada, é conduzido a internalizar a deslegitimação de sua própria narrativa corporal, aceitando o diagnóstico frio e codificado (CID) como a única verdade válida e legal sobre seu corpo e sua condição. A linguagem do laudo, ao reduzir o indivíduo a um conjunto de códigos patológicos, torna-se, portanto, um instrumento de controle e classificação social, atuando na esfera da biopolítica ao demarcar e gerir os corpos considerados aptos e inaptos para o regime de força de trabalho e de proteção social. O dano existencial advindo desse silenciamento é a negação da dignidade do indivíduo em sua integralidade.

A hibridização do gênero e a retórica da redução da incapacidade:

O laudo pericial é, em sua essência, um gênero discursivo híbrido, cuja tensão reside na coexistência forçada de duas matrizes normativas distintas. Ele é, simultaneamente: (i) um documento técnico-científico, cuja normatividade funda-se na Medicina (foco na patologia orgânica e na limitação clínica, regido pelo CID); e (ii) um documento jurídico-social, cuja normatividade reside no Direito Previdenciário (foco na incapacidade laborativa contextualizada e na proteção do direito fundamental, exigindo referenciais como a CIF). A falha estrutural do laudo se instaura, precisamente, na sua opção discursiva por priorizar a primeira natureza em detrimento da segunda, que é a essencial para a tutela jurídica.

A estrutura do laudo é, de forma incontestável, inerentemente retórica e obedece a um *modus operandi* formalista que busca, a todo custo, legitimar sua conclusão (Savaris, 2020). A sequência hierárquica e rígida (identificação, histórico, exame físico, discussão e conclusão) serve como uma estratégia de argumentação por autoridade e por evidência, deliberadamente concebida para conduzir o julgador, que é leigo na matéria técnica, a uma única conclusão considerada cientificamente inelutável.

Assim, ao focar na incapacidade clínica em detrimento da dimensão social, o laudo persuade a delegação epistêmica da jurisdição, gerando uma subsunção falha do fato jurídico e um dano existencial. Desse modo, a conclusão do laudo, ao declarar a natureza (total/parcial) e o tempo (temporária/permanente) da incapacidade, representa o momento de máxima efetividade discursiva. Ao ser apresentada como a dedução inelutável do raciocínio técnico, ela se transforma no ápice da prova pericial. Essa potência da linguagem, ao minimizar a necessidade de o julgador buscar outras provas ou de aprofundar a análise do contexto social do indivíduo, opera uma delegação tácita de poder que transforma a opinião técnica em um determinante de facto do direito fundamental.

A CONSTRUÇÃO DA INCAPACIDADE: LÉXICO, EPISTEMOLOGIA E DELEGAÇÃO DA JURISDIÇÃO

Se a Seção 1 estabeleceu o laudo pericial como um gênero discursivo de autoridade, a Seção 2 se aprofunda no mecanismo linguístico – o léxico técnico – que opera a construção da incapacidade na esfera cognitiva do julgador. As palavras escolhidas pelo perito não são meros descritores neutros; são, antes, vetores de codificação que possuem a potência de determinar a concessão ou a negativa de um direito social. A análise transcende o campo da interpretação gramatical, adentrando a Epistemologia da Prova Judicial, por meio da qual se questiona a origem e a validade do conhecimento técnico na formação do convencimento do magistrado.

O laudo, revestido da presunção de cientificidade, exige do juiz uma confiança no método que, em última instância, se traduz em uma delegação de poder epistêmico. O excesso de tecnicismo e a opacidade deliberada da linguagem pericial não anulam o poder do documento, mas o transformam: o julgador, na impossibilidade de interpretar o conteúdo técnico em sua plenitude, adota o efeito de sentido produzido pela linguagem. Esse efeito é o da incontestabilidade científica, que o leva a minimizar a exigência do livre convencimento motivado em outras provas, delegando tacitamente o julgamento do mérito à conclusão técnica.

A complexa relação entre o poder do conhecimento técnico-científico do perito a influenciar a decisão judicial e, em contrapartida, a fragilidade do sujeito em um processo legal requerem uma maior reflexão. Sendo assim, são discutidas, na sequência, a autoridade do léxico pericial e a veemência decisória em face do cenário simplista no qual um vulnerável se estabelece no fato jurídico.

O poder codificador do léxico e a retórica da certeza

O vocabulário especializado exaustivamente empregado nos laudos – termos como “simulação”, “exageros de sintomas”, “quadro insubsistente” ou a fria citação de códigos da Classificação Internacional de Doenças (CID) – exerce um poder codificador

imediatamente, atuando como uma retórica da certeza. Essas escolhas lexicais carregam uma forte carga avaliativa que categoriza o requerente, frequentemente induzindo o quadro de referências do juiz à desconfiança, especialmente em casos de patologias de difícil objetivação, como as de ordem psiquiátrica ou a dor crônica.

A excessiva utilização de jargão técnico cria uma barreira cognitiva intransponível para o leitor leigo, o magistrado. Tal opacidade, no entanto, não é um acidente, mas um dispositivo que reforça a hierarquia. O discurso pericial, ao se apresentar como irrefutável, opera no domínio da racionalidade jurídica como um argumento de autoridade que dispensa o crivo da crítica. Essa abdicação da cognição plena por parte do Judiciário é o ponto central da crítica jurídica. A decisão, embora formalmente proferida pelo juiz, é materialmente estruturada e limitada pelo laudo, transformando o parecer técnico em um determinante da jurisdição.

A perspectiva reducionista e a subsunção deficiente do fato jurídico:

O cerne do Direito Previdenciário é a avaliação da incapacidade laborativa, a qual, em sua correta inteligência legal, deve ser contextualizada socialmente, levando em consideração a idade, a escolaridade, o histórico profissional e as condições socioeconômicas e do mercado de trabalho do indivíduo (Savaris, 2020). Contudo, o léxico do laudo, por sua origem eminentemente médica, tende a focar de forma restrita na incapacidade clínica, ou seja, na limitação físico-mental inerente à patologia pura (CID).

Essa priorização reducionista do clínico sobre o social gera uma perspectiva deficiente que compromete a aplicação da Lei n.º 8.213/91 (Brasil, 1991). A linguagem pericial, ao descrever o requerente, não é apenas omissa, ela silencia ativamente os elementos cruciais da vulnerabilidade social do indivíduo (baixa escolaridade, idade avançada, ausência de qualificação).

O foco do léxico recai sobre a persistência da doença (fato médico), e não na interdição social que a doença impõe ao projeto de vida do trabalhador (fato jurídico). A cognição do juiz é, portanto,

intencionalmente direcionada pelo viés linguístico do laudo: a decisão judicial, embora ostensivamente jurídica, é estruturada e limitada por aquilo que o perito escolhe explicitar (a clínica) e por aquilo que decide silenciar (o contexto e a vulnerabilidade social). O resultado é a negativa do direito por subsunção incompleta ou deficiente, violando o mandamento constitucional da máxima eficácia da proteção social.

IMPLICAÇÕES BIOÉTICAS, DANO EXISTENCIAL E O IMPERATIVO DA PROTEÇÃO

A análise da linguagem do laudo pericial transcende o campo jurídico-linguístico e processual, alcançando o âmago das questões de Bioética e de Direitos Fundamentais. O laudo, como instrumento de poder e vetor de codificação, expõe a vulnerabilidade estrutural do paciente e impõe um severo desafio ético ao sistema de justiça. Se a finalidade do Direito é a proteção do indivíduo, a linguagem do laudo, ao invés de atuar como meio de esclarecimento, manifesta-se como uma barreira de exclusão, colocando a ética da prática pericial em xeque.

O problema central reside no fato de que o laudo, ao silenciar a narrativa e reduzir a existência a códigos, falha em reconhecer a Dignidade da Pessoa Humana em sua integralidade. A falha não é apenas formal; ela produz um dano existencial no requerente, manifestado pelo sentimento de alienação e de desumanização (Matias, 2025). A experiência vivida é substituída pela narrativa fria do déficit funcional e do diagnóstico codificado (CID), gerando uma profunda percepção de injustiça epistêmica – o indivíduo não se sente visto ou reconhecido como sujeito de direito, mas apenas como objeto de uma perícia.

Vê-se, pois, de um lado, os impeditivos do consentimento informado processual; de outro, o que deveria imperar: a ética/bioética frente à definição de um laudo inclusivo – observações que se fazem logo abaixo.

Autonomia, incompreensão e a negação do consentimento informado processual:

O princípio bioético da autonomia refere-se ao direito irrenunciável do indivíduo de governar a si mesmo e de ter sua narrativa de vida ouvida e respeitada. No contexto do laudo previdenciário, a autonomia do paciente é comprometida em duas dimensões cruciais, as quais configuram a negação de um consentimento informado processual. Uma delas é o embaraço da compreensão e a ineficácia da contestação; a outra é a Bioética da Vulnerabilidade e o imperativo de um laudo inclusivo.

A linguagem excessivamente técnica e hermética do laudo cria uma barreira (Lima; Cachoeira, 2024) que impede o paciente de compreender o documento que decide seu futuro e, conseqüentemente, que o impossibilita exercer sua defesa de forma plena. Essa opacidade anula sua capacidade de contestação efetiva, pois o recurso ou a manifestação só podem ser fundamentados se o indivíduo souber com clareza a qual argumento técnico está se opondo.

O laudo transforma, assim, a autonomia processual em mera formalidade, com a eficácia de anulação da narrativa e da desintegração do sujeito/paciente. Ao se estabelecer como um discurso de autoridade que impõe a violência simbólica, o laudo anula a narrativa de dor e sofrimento do indivíduo. A experiência vivida, a memória do corpo e o contexto de vida são substituídos pela frieza do código. Essa desintegração narrativa do sujeito de direito em objeto pericial agrava a vulnerabilidade e resulta na já mencionada injustiça epistêmica, de modo que o conhecimento experiencial do paciente é rejeitado pela autoridade do conhecimento científico.

A Bioética da Vulnerabilidade e o imperativo de um laudo inclusivo:

A Bioética da Proteção, especialmente em sua vertente latino-americana (Bioética de Intervenção) (Kotow, 2010), exige que as instituições atuem para mitigar as situações de injustiça social e proteger aqueles que se encontram em vulnerabilidade ampliada. A vulnerabilidade, sendo um atributo inerente a todo ser humano,

manifesta-se de forma crítica em processos de incapacidade, de tal forma que o indivíduo fica exposto a danos não apenas físicos, mas também psicossociais.

A linguagem hermética do laudo, ao invés de operar como um instrumento de garantia e inclusão, atua como uma barreira institucional de exclusão. A vulnerabilidade social do requerente (baixa escolaridade, dificuldades de acesso a exames, ausência de apoio) é frequentemente ignorada pelo foco estrito na clínica (CID).

O laudo pericial, que possui um poder de veto sobre direitos sociais (Lima; Cachoeira, 2024), precisa incorporar uma linguagem inclusiva que transcenda o diagnóstico para reconhecer a dimensão social e contextual da incapacidade, conforme a abordagem da CIF. O imperativo ético reside em transformar o laudo de um instrumento de poder vertical em uma ferramenta de esclarecimento horizontal. O documento precisa ser, simultaneamente, científico e humano, um texto que reafirme a dignidade do indivíduo em sua integralidade, servindo ao Direito sem desumanizar o paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O laudo médico pericial em processos previdenciários revela-se como um espelho da tensão irresgatável entre a autoridade da ciência e o imperativo ético do direito. A análise discursiva demonstrou que a sua linguagem técnica – ao mesmo tempo que lhe confere autoridade decisiva para a cognição do juiz, operando uma sutil delegação epistêmica da soberania decisória –, atua como um poderoso mecanismo de violência simbólica e de silenciamento da narrativa do requerente. A incapacidade é, portanto, construída no texto mais pela força do discurso científico reducionista e sua opacidade do que pela plena consideração da realidade social e existencial do indivíduo.

A desconstrução do laudo como gênero discursivo e peça retórica comprova a necessidade imperiosa de um olhar crítico sobre a prática pericial, em nome da máxima eficácia dos Direitos Fundamentais e da

Bioética da Vulnerabilidade. A priorização do léxico clínico (CID) sobre a funcionalidade social resulta na subsunção falha do fato jurídico, gerando injustiça e dano existencial ao indivíduo. A responsabilidade ética do perito e do sistema de justiça deve ser elevada, exigindo-se um novo paradigma documental que honre a dignidade humana.

Diante dos achados, propõem-se medidas estruturais para transformar o laudo de um instrumento de poder em uma ferramenta de proteção social, a saber:

- Formação crítica e ética do perito: é imperativo que a grade curricular de Medicina Legal e Perícias incorpore módulos de Análise do Discurso e Bioética da Comunicação. O objetivo é capacitar os peritos a reconhecerem o impacto performativo de seu léxico na cognição judicial e, crucialmente, a internalizarem a ética da proteção contra a violência simbólica, mitigando o silenciamento do paciente.
- Modelo de laudo bidirecional com Linguagem Cidadã: sugere-se a padronização de modelos que contenham um resumo executivo em Linguagem Cidadã – clara, acessível e despojada de jargões herméticos – destinado ao requerente e a seus advogados. Tal medida efetivaria o princípio da autonomia e o direito fundamental à contestação, garantindo o pleno entendimento do fundamento da decisão pericial.
- Inclusão do contexto e abandono do reducionismo clínico (CIF): é fundamental orientar o léxico pericial para transcender a mera Classificação Internacional de Doenças (CID). A incorporação compulsória da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), da OMS, permite que o laudo explicita o impacto da condição de saúde na participação social e no ambiente de trabalho. Tal condição reconhece a dimensão social e contextual da incapacidade, combatendo o reducionismo e alinhando o laudo com o mandamento do Direito Previdenciário.

Em última análise, o desafio proposto é ético e epistemológico: transformar o laudo pericial de um instrumento de autoridade vertical em um documento de esclarecimento horizontal. Somente assim será possível garantir que a justiça previdenciária seja não apenas legalmente correta, mas também plenamente justa e humana, reafirmando a dignidade do indivíduo em sua integralidade.

Em suma, a conclusão aponta para o imperativo ético de um laudo mais inclusivo, sugerindo a adoção de um modelo bidirecional em Linguagem Cidadã e a incorporação da Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) para transformar o documento de um instrumento de poder vertical em uma ferramenta de esclarecimento horizontal.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, Anderson de; ROMANHOLI, Cíntia Patrícia. Análise do discurso jurídico: uma perspectiva interdisciplinar e pragmática da linguagem no processo civil. **Revista Jurídica da UniFil**, Londrina, v. 16, n. 16, p. 124-134, 2019.

BOURDIEU, Pierre. **O Poder Simbólico**. 20. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2017.

BRASIL. **Lei n.º 8.213**, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Perícia Médica**. Brasília: CFM, 2012.

KOTOW, Myriam. Bioética e vulnerabilidade. **Revista Brasileira de Bioética**, Brasília, v. 6, n. 2, p. 149-158, 2010.

LIMA, Maria José Gomes de S. M.; CACHOEIRA, M. Bioética e Biodireito: A Vulnerabilidade Social e os Desafios na Garantia do Direito e Justiça na Saúde. **Revista Missioneira**, Santo Ângelo, v. 26, n. 2, p. 57-68, 2024.

MATIAS, Catiana. **Benefícios por Incapacidade e Perícia Médica Previdenciária**: abordagem prática. São Paulo: LuJur, 2025.

SAVARIS, José Antonio. **Curso de Perícia Judicial Previdenciária**. 4. ed. Curitiba: Alteridade, 2020.

TREZUB, Cláudio José; PATSIS, Keti Stylianos. **Perícia Médica Previdenciária**. 4. ed. Salvador: Juspodivm, 2021.

RESPONSABILIDADE MÉDICA E HOSPITALAR DIANTE DA INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE: DESAFIOS ÉTICOS, JURÍDICOS E ORGANIZACIONAIS

Diego do Nascimento Sousa¹⁷

Matheus do Nascimento Sousa¹⁸

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A Inteligência Artificial (IA) emergiu como uma ferramenta profundamente transformadora na prática médica. Introduziu avanços significativos na precisão diagnóstica, na otimização de fluxos clínicos e na ampliação do acesso a serviços de saúde, como telemedicina e monitoramento remoto de pacientes. Seus recursos permitem suporte avançado à decisão clínica, análise automatizada de exames de imagem e integração de dados complexos, o que contribui para uma tomada de decisão mais informada e eficiente (CFM, 2022).

Segundo Beauchamp e Childress (2019), a tecnologia deve ser utilizada estritamente como instrumento auxiliar, assegurando que a autonomia do profissional de saúde e o julgamento ético permaneçam centrais na condução do cuidado ao paciente. Nesse contexto, a IA não substitui o raciocínio clínico humano, mas complementa-o, proporcionando uma abordagem que combina inovação tecnológica com prudência e responsabilidade ética, reforçando a centralidade do médico como mediador do cuidado.

O avanço da IA na área da saúde suscita desafios éticos, jurídicos e organizacionais que afetam de forma direta a responsabilização tanto

17 Advogado, Procurador Municipal, Pós-graduado em Direito Contemporâneo com ênfase em prática civil, Pós-graduado em Direito Constitucional. Pós-graduando em Direito Médico e Hospitalar, Membro da 46ª Subseção da OAB-RJ ocupando o cargo de Secretário Adjunto e Presidente da Comissão OAB Vai à Escola. Acadêmico de Medicina na Unig-Itaperuna. Pesquisador na área de Medicina e Cientificidade na Unig Itaperuna. <http://lattes.cnpq.br/4007044910240904>

18 Acadêmico em Medicina. <http://lattes.cnpq.br/4797866417745609>

do profissional de saúde quanto das instituições que empregam essas tecnologias. A integração de sistemas automatizados no processo de cuidado impõe uma reavaliação das práticas tradicionais de vigilância, supervisão e tomada de decisão clínica, exigindo protocolos claros para minimizar riscos e assegurar a segurança do paciente. Nesse contexto, a Constituição Federal de 1988 (art. 196) estabelece que a saúde é direito de todos e dever do Estado, impõe que qualquer tecnologia utilizada na assistência médica preserve este princípio fundamental, garanta acesso equitativo, qualidade no atendimento e proteção aos direitos individuais. Ademais, a adoção da IA deve estar alinhada aos padrões éticos da profissão e às normas legais vigentes; deve promover a responsabilidade compartilhada entre médicos, instituições e desenvolvedores de tecnologia, de modo a conciliar inovação tecnológica com respeito aos direitos constitucionais do paciente.

Posto isso, esclarece-se que o problema central deste estudo reside em determinar como se distribuem as responsabilidades quando decisões clínicas envolvem sistemas automatizados. Diniz (2023) destaca que a responsabilidade civil no Brasil é orientada pela verificação de culpa e nexos causal, ainda que tecnologias complexas estejam envolvidas.

Nesse sentido, após estabelecida uma análise da responsabilidade médica e hospitalar frente à IA, fazer uma abordagem dos fundamentos jurídicos, éticos e organizacionais, o presente capítulo objetiva trazer à baila uma discussão da legislação vigente, incluindo o Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078/1990), a LGPD (Lei nº 13.709/2018) e o Código de Ética Médica (CEM).

A metodologia consiste em revisão bibliográfica, análise de jurisprudência e estudo de normas regulatórias a fim de apresentar um panorama abrangente das implicações legais e éticas da utilização da IA na saúde brasileira. A relevância social do estudo reside na necessidade de segurança e proteção dos pacientes frente à inovação tecnológica, o que demanda conhecimentos sobre o que ora se aborda neste texto.

INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL E A TRANSFORMAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Inteligência Artificial é a capacidade de sistemas computacionais de executar tarefas que normalmente requereriam inteligência humana, como raciocínio, aprendizado e tomada de decisão (Russell; Norvig, 2021). Na medicina, esses sistemas são aplicados em diagnósticos por imagem, triagem de pacientes e monitoramento remoto, oferecendo suporte à decisão clínica e otimizando processos assistenciais. Além disso, a IA permite integrar grandes volumes de dados clínicos, laboratoriais e de imagens; identificar padrões que poderiam passar despercebidos ao olhar humano, o que contribui para diagnósticos mais precisos e tratamentos personalizados.

Estudos recentes demonstram que algoritmos de aprendizado de máquina podem antecipar complicações, auxiliar na priorização de atendimentos e melhorar a eficiência hospitalar (Topol, 2019). Contudo, a implementação da IA exige protocolos de validação rigorosos, supervisão contínua e treinamento dos profissionais de saúde, garantindo que a tecnologia complemente, mas não substitua o julgamento clínico humano.

O uso da IA permite um aumento significativo da eficiência, redução de erros médicos e otimização do tempo dedicado ao atendimento clínico; proporciona maior capacidade de gestão de pacientes e recursos hospitalares. Hoje as pesquisas indicam que algoritmos de IA podem superar o desempenho humano em detecção de patologias complexas, como câncer de pulmão e retinopatia diabética, oferecendo diagnósticos mais rápidos e precisos (Topol, 2019).

Além disso, a IA contribui para a padronização de processos clínicos, minimizando variações de conduta e erros decorrentes de fatores humanos, como fadiga ou sobrecarga de trabalho. Essa tecnologia também permite a integração de informações de múltiplas fontes — prontuários eletrônicos, exames laboratoriais e imagens

médicas — favorecendo decisões mais embasadas e personalizadas para cada paciente.

Entretanto, apesar dos benefícios evidentes, a adoção da IA requer atenção rigorosa aos protocolos de validação, supervisão profissional e monitoramento contínuo, garantindo que a tecnologia complemente a expertise humana sem comprometer a segurança ou a ética no cuidado à saúde. Todavia, a dependência excessiva de algoritmos levanta preocupações quanto a vieses incorporados nos sistemas e possíveis falhas operacionais.

Doneda (2022) alerta que a proteção de dados sensíveis e a rastreabilidade das decisões automatizadas são essenciais para assegurar a segurança jurídica e ética da assistência. Outrossim, a Constituição Federal (art. 5º, caput e X) protege a privacidade e inviolabilidade de dados pessoais, o que reforça a necessidade de compliance digital nas instituições de saúde. A LGPD regulamenta o tratamento desses dados, impondo responsabilidade objetiva sobre eventuais violações.

Importa ressaltar que a integração da IA à rotina hospitalar requer avaliação crítica e protocolos de validação, garantindo que a tecnologia complemente, porém não substitua o julgamento clínico do profissional, em consonância com os princípios bioéticos de beneficência e não maleficência (Beauchamp; Childress, 2019).

RESPONSABILIDADE MÉDICA DIANTE DA AUTOMAÇÃO DAS DECISÕES CLÍNICAS

A responsabilidade médica é tradicionalmente de natureza subjetiva, fundamentada na verificação de culpa, conforme dispõe o Código Civil Brasileiro (arts. 186 e 927); exige a demonstração de negligência, imprudência ou imperícia para que haja o dever de indenizar. No contexto da IA, contudo, surge o desafio de delimitar o alcance dessa responsabilidade quando a conduta médica é

influenciada ou mediada por sistemas inteligentes que participam do processo decisório clínico (Gagliano; Pamplona Filho, 2023).

Essa nova realidade impõe ao profissional o dever de exercer controle e supervisão sobre a tecnologia, avaliando criticamente as recomendações automatizadas e assegurando que o uso de algoritmos não substitua o juízo clínico humano. A ausência de protocolos normativos específicos para situações em que a IA intervém diretamente na conduta terapêutica torna ainda mais complexa a análise donexo causal e da culpa, sobretudo em casos de erro diagnóstico ou falha técnica.

Assim, a responsabilidade do médico deve ser compreendida dentro de um modelo de corresponsabilidade tecnológica, em que a prudência e a validação das informações geradas por sistemas automatizados se tornam elementos indispensáveis à boa prática médica e à segurança jurídica da atuação profissional. Dessa forma, o médico deve manter o dever de diligência e validação das informações fornecidas pelo algoritmo, não pode transferir integralmente sua responsabilidade à máquina. Venosa (2022) ressalta que a autonomia técnica do profissional é inalienável, mesmo diante de recomendações automatizadas.

O Código de Ética Médica (CFM, Resolução nº 2.217/2018) estabelece que o médico deve agir com competência, prudência e diligência; garantir que qualquer tecnologia utilizada na prática clínica seja empregada de forma ética, responsável e segura. No contexto da IA, esses princípios assumem importância ainda maior, uma vez que a atuação do profissional envolve a interpretação crítica de recomendações automatizadas e a supervisão das decisões geradas por algoritmos. O médico continua sendo o principal responsável pelo cuidado do paciente, deve validar e contextualizar as informações fornecidas pelos sistemas de IA; deve, pois, evitar a dependência cega da tecnologia.

O consentimento informado, nesse cenário, adquire relevância essencial, pois assegura que o paciente compreenda o papel da IA no processo assistencial, seus potenciais benefícios e limitações, e autorize

de forma consciente o uso dessas ferramentas. Tal procedimento fortalece o vínculo de confiança entre médico e paciente, garante a transparência das decisões e a observância dos princípios bioéticos da autonomia e da não maleficência, fundamentais à prática médica contemporânea.

Assim, a responsabilidade médica frente à IA exige equilíbrio entre inovação tecnológica e manutenção da segurança clínica, combina conhecimento técnico, ética profissional e observância da legislação aplicável.

RESPONSABILIDADE HOSPITALAR E INSTITUCIONAL NA ERA DA INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL

As instituições de saúde assumem responsabilidade objetiva pelos danos causados aos pacientes, conforme o artigo 14 do Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078/1990), o que significa que a obrigação de reparar independe da comprovação de culpa. Esse entendimento se aplica também às falhas decorrentes do uso de sistemas de IA quando interferem na prestação de cuidados médicos, uma vez que o hospital responde pelos riscos inerentes à sua atividade e pelos instrumentos tecnológicos que adota.

A responsabilidade objetiva decorre do dever de garantir segurança, qualidade e eficácia dos serviços prestados, abrangendo desde a escolha e manutenção dos sistemas automatizados até a capacitação das equipes que os operam. Assim, eventuais erros diagnósticos, falhas de software ou decisões clínicas equivocadas influenciadas por algoritmos podem gerar dever de indenizar, ainda que o profissional de saúde tenha agido com diligência. Tal cenário exige das instituições políticas rigorosas de governança, monitoramento de riscos tecnológicos e auditoria permanente, assegurando conformidade ética e legal no uso da IA em ambientes hospitalares.

O hospital deve implementar medidas de *compliance*¹⁹ digital, garantindo a rastreabilidade das decisões automatizadas e o monitoramento contínuo dos sistemas utilizados (Doneda, 2022). Essa estrutura de governança tecnológica é essencial para prevenir falhas, mitigar riscos e assegurar transparência nos processos de decisão mediados por IA. A adoção de protocolos de auditoria e registro das interações entre médicos e algoritmos permite identificar a origem de erros e determinar responsabilidades de forma mais justa e precisa. Além disso, o *compliance* digital deve estar alinhado à Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) (Lei nº 13.709/2018), que impõe deveres de segurança e confidencialidade quanto às informações sensíveis dos pacientes.

Dessa forma, o hospital não apenas cumpre exigências legais, mas fortalece a confiança institucional, promovendo uma cultura ética de inovação tecnológica voltada à segurança do paciente e à responsabilidade social na saúde. Além disso, contratos com fornecedores de tecnologia devem prever responsabilidades claras, políticas de segurança e auditoria regular dos sistemas para prevenir litígios e danos ao paciente (Diniz, 2023).

A LGPD (Lei nº 13.709/2018) impõe obrigações rigorosas quanto ao tratamento de dados pessoais, especialmente aqueles classificados como sensíveis, como informações de saúde, biometria e histórico clínico. O descumprimento dessas normas pode resultar em sanções administrativas, civis e reputacionais, reforçando a responsabilidade institucional pela proteção da privacidade e pela adoção de medidas de segurança adequadas.

No contexto hospitalar, a LGPD exige que os sistemas de IA operem sob princípios de finalidade, necessidade e transparência, assegurando que o uso dos dados ocorra estritamente para fins assistenciais legítimos. Ademais, é imprescindível garantir o consentimento informado do paciente para o compartilhamento

¹⁹ *Compliance* – termo derivado do inglês “to comply” (cumprir). É, pois, uma gama de práticas e procedimentos indispensáveis à operação de regras voltadas à segurança, integridade e minimização de riscos.

e processamento de suas informações, bem como assegurar a possibilidade de revisão humana de decisões automatizadas.

Dessa forma, a LGPD atua como instrumento normativo essencial para equilibrar inovação tecnológica e direitos fundamentais à intimidade e à dignidade da pessoa humana. Casos práticos demonstram que hospitais podem ser responsabilizados solidariamente com médicos em incidentes relacionados a falhas tecnológicas, exigindo uma abordagem integrada de gestão, ética e direito.

DESAFIOS ÉTICOS E BIOÉTICOS NA UTILIZAÇÃO DA INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL

Os princípios bioéticos de beneficência, não maleficência, autonomia e justiça (Beauchamp & Childress, 2019) orientam de forma essencial a aplicação da IA na prática médica, servindo como balizas morais para o uso responsável da tecnologia. A introdução de algoritmos no processo clínico deve sempre visar à promoção do bem-estar do paciente, minimizando riscos e prevenindo danos decorrentes de decisões automatizadas. A autonomia, por sua vez, reforça a necessidade de que o consentimento informado seja obtido de maneira clara, permitindo que o paciente compreenda o papel e os limites da IA no seu tratamento. Já os princípios de justiça e equidade impõem que o acesso às tecnologias médicas seja distribuído de modo igualitário, evitando vieses algorítmicos que possam gerar discriminação.

Assim, a integração entre ética e inovação tecnológica constitui requisito fundamental para a prática médica contemporânea, preservando a dignidade humana e a confiança social na atuação profissional. A ética médica, conforme o Código de Ética Médica (CFM), exige que a IA seja um instrumento auxiliar, nunca substituindo a responsabilidade do profissional. A transparência algorítmica é essencial para explicabilidade das decisões e confiança do paciente.

A desumanização do cuidado é um risco crescente quando a tecnologia predomina sobre a interação médico/paciente, compromete o vínculo terapêutico e a confiança que sustentam a relação clínica. O uso excessivo de sistemas automatizados pode reduzir o papel empático do profissional e transformar o paciente em mero dado estatístico, o que afronta o princípio da dignidade da pessoa humana previsto no artigo 1º, inciso III, da Constituição Federal de 1988.

Segundo Pellegrino e Thomasma (1993), a essência da prática médica reside na escuta, no acolhimento e na compreensão integral do sofrimento humano, elementos que não podem ser totalmente substituídos por algoritmos. Assim, a IA deve ser vista como instrumento de apoio, e não de substituição da sensibilidade ética e da responsabilidade profissional. Preservar a dimensão humana do cuidado implica equilibrar a eficiência tecnológica com a empatia e o respeito à singularidade de cada paciente, garantindo uma medicina verdadeiramente centrada na pessoa. Diego Gracia (2020) enfatiza que o juízo clínico humano permanece insubstituível para decisões complexas e contextuais.

Além disso, a equidade deve ser preservada, garantindo acesso a tecnologias avançadas sem discriminação ou desigualdade, em consonância com o princípio constitucional de direito à saúde (CF/88, art. 196) (Brasil 1988). Por sua vez, a mediação ética do médico é crucial para interpretar as recomendações produzidas pela IA, integrando-as aos dados clínicos, contextuais e subjetivos de cada paciente. Cabe ao profissional exercer o juízo crítico sobre as informações apresentadas pelos algoritmos e reconhecer que tais sistemas não substituem a experiência clínica nem a compreensão das nuances humanas do adoecimento.

Segundo Beauchamp e Childress (2019), a ética médica exige que as decisões sejam orientadas não apenas pela eficiência, mas também pelo respeito à autonomia e aos valores pessoais do paciente. Nesse sentido, o médico atua como elo entre a inovação tecnológica e a prática humanizada, garantindo que a tecnologia sirva ao bem-estar e à dignidade do indivíduo. Essa postura mediadora reforça

o papel insubstituível da responsabilidade moral na medicina contemporânea e evita que o avanço científico se torne instrumento de despersonalização do cuidado.

ASPECTOS JURÍDICOS E REGULATÓRIOS DA INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL NA SAÚDE

O Marco Legal da IA no Brasil, proposto pelo PL nº 2.338/2023, estabelece princípios de transparência, responsabilidade e segurança, aplicáveis à saúde. O objetivo é orientar o uso da IA de forma ética e juridicamente segura (Brasil, 2023). A LGPD (Lei nº 13.709/2018) regulamenta a proteção de dados pessoais sensíveis, incluindo informações de saúde, impondo responsabilidades tanto a profissionais quanto a instituições e fornecedores de tecnologia (Doneda, 2022).

A Constituição Federal de 1988 – especialmente em seus artigos 5º, inciso X; 196; e 200 – consagra a inviolabilidade da intimidade, o direito à saúde e o dever estatal de promover políticas que assegurem a assistência integral à população (Brasil, 1988). Esses dispositivos formam o alicerce constitucional da proteção do paciente diante do uso de tecnologias médicas, incluindo a IA. Complementarmente, o artigo 14 do Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078/1990) estabelece a responsabilidade objetiva das instituições de saúde por danos decorrentes de falhas nos serviços prestados, abrangendo também os sistemas tecnológicos utilizados em diagnósticos e terapias.

Assim, a combinação entre normas constitucionais e infraconstitucionais garante que o paciente não fique desamparado frente a erros ou omissões resultantes da aplicação de algoritmos clínicos. Com efeito, essas bases normativas reforçam o dever ético e jurídico das instituições de assegurar a confiabilidade e a transparência dos recursos tecnológicos empregados na assistência à saúde.

A responsabilidade solidária entre médico, hospital e desenvolvedor de IA é prevista em situações nas quais a falha de qualquer parte contribua para dano ao paciente (Gagliano; Pamplona

Filho, 2023). Entretanto, a regulamentação ainda é incipiente, exige acompanhamento legislativo, adaptação de normas éticas e definição de protocolos claros para assegurar segurança jurídica e proteção dos direitos fundamentais do paciente.

DESAFIOS ORGANIZACIONAIS E GERENCIAIS

A adoção de IA em instituições de saúde demanda planejamento estratégico, capacitação contínua da equipe e atualização dos protocolos clínicos (Topol, 2019). Para que a tecnologia seja integrada de forma segura e eficiente, é necessário preparar os profissionais para interpretar corretamente as recomendações algorítmicas e compreender seus limites. Dessa forma, a IA pode aprimorar a qualidade assistencial e otimizar os processos sem comprometer o julgamento clínico nem a humanização do cuidado.

A cultura de segurança digital deve ser incorporada, incluindo auditorias regulares, *backup* de dados e monitoramento de sistemas, em consonância com LGPD e normas de compliance (Doneda, 2022). O custo de implementação, manutenção e atualização dos sistemas de IA deve ser cuidadosamente ponderado, considerando as limitações orçamentárias e os princípios de equidade que regem o SUS.

A adoção tecnológica sem planejamento pode acentuar desigualdades regionais e comprometer o acesso universal aos serviços de saúde. Nesse sentido, políticas públicas devem orientar a incorporação da IA de modo sustentável e inclusivo, garantindo que os benefícios da inovação alcancem toda a população, e não apenas instituições com maior capacidade financeira. Assim, a eficiência tecnológica deve caminhar junto com a justiça social e a responsabilidade ética na gestão dos recursos públicos.

Protocolos institucionais devem estabelecer responsabilidades, fluxos de decisão e critérios para intervenção humana em caso de falha algorítmica, garantindo a segurança clínica e legal do paciente. Exemplos de implementação bem-sucedida demonstram que a

integração de IA requer sinergia entre tecnologia, governança, ética e treinamento profissional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A IA representa um avanço significativo na assistência à saúde, potencializa diagnósticos e dá suporte à decisão clínica. No entanto, a incorporação tecnológica impõe responsabilidades éticas, jurídicas e organizacionais complexas. O equilíbrio entre inovação e segurança exige que médicos, hospitais e desenvolvedores atuem de forma coordenada, respeitando princípios bioéticos e normas legais vigentes (CFM, Código de Ética Médica; LGPD; CDC; CF/88).

A responsabilidade não se dissipa com o uso da IA; ao contrário, torna-se compartilhada entre médicos, instituições e desenvolvedores, exige protocolos claros, auditoria contínua e validação clínica rigorosa. Segundo Gagliano e Pamplona Filho (2023), a IA cria uma rede de corresponsabilidade que deve ser delimitada por normas éticas e técnicas, garantindo que a tecnologia complementar — e não substitua — o dever de prudência e segurança inerente à prática médica.

Recomenda-se que políticas públicas, normas institucionais e regulamentações específicas acompanhem o ritmo da inovação tecnológica e assegurem segurança jurídica e proteção dos direitos dos pacientes. Em síntese, a integração da IA à prática médica deve privilegiar a ética, a humanização e o cumprimento das obrigações legais, promovendo uma medicina segura, eficiente e responsável.

O uso dessa tecnologia deve servir como instrumento de aprimoramento da decisão clínica, e não como substituto do discernimento profissional. Para tanto, é fundamental que médicos, instituições e gestores adotem postura crítica e comprometida com os direitos fundamentais do paciente e assegure que a inovação caminhe em harmonia com os valores da dignidade humana e da justiça social. Assim, a IA pode consolidar-se como aliada do cuidado, e não como fator de desumanização da prática médica.

REFERÊNCIAS

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Princípios de Ética Biomédica**. 8. ed. São Paulo: Loyola, 2019.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018**. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Brasília: Senado Federal, 2018

BRASIL. **Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990**. Código de Defesa do Consumidor. Brasília: Senado Federal, 1990.

BRASIL. **Projeto de Lei nº 2.338, de 2023**. Estabelece princípios, direitos e deveres para o uso da Inteligência Artificial no Brasil. Brasília: Senado Federal, 2023.

CFM. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica. **Resolução CFM nº 2.217/2018**. Brasília: Senado Federal, 2188.

CFM. Conselho Federal de Medicina. **Resolução nº 2.314, de 20 de abril de 2022**. Dispõe sobre a ética na telemedicina. Brasília: Senado Federal, 2022.

CFM. Conselho Federal de Medicina. **Resolução nº 2.327, de 17 de junho de 2022**. Regulamenta o uso de tecnologias na prática médica. Brasília: Senado Federal, 2022.

DINIZ, M. H. **Curso de Direito Civil Brasileiro: responsabilidade civil**. 34. ed. São Paulo: Saraiva, 2023.

DONEDA, D. **Da privacidade à proteção de dados pessoais: elementos da formação da autoridade nacional**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2022.

GAGLIANO, P.; PAMPLONA FILHO, R. **Responsabilidade Civil**. 22. ed. São Paulo: Saraiva, 2023.

GRACIA, D. **Ética biomédica e medicina humanizada**. Madrid: Tecnos, 2020.

PELLEGRINO, E.; THOMASMA, D. **The virtues in medical practice**. Oxford: Oxford University Press, 1993.

RUSSELL, S.; NORVIG, P. **Artificial Intelligence: a modern approach**. 4. ed. Pearson, 2021.

TOPOL, E. **Deep medicine: how Artificial Intelligence can make healthcare human again**. New York: Basic Books, 2019.

VENOSA, S. de S. **Direito Civil: responsabilidade civil**. 20. ed. São Paulo: Atlas, 2022.

“SAÚDE MENTAL E TRABALHO”: A RESPONSABILIDADE DO ESTADO DIANTE DO AUMENTO DE DOENÇAS PSÍQUICAS OCUPACIONAIS

*Wagner Luiz Ferreira Lima*²⁰

*Maxwel Chaves da Silva Cruz*²¹

*Larissa Lugate Ribeiro Leite*²²

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Nas últimas décadas, observa-se um significativo crescimento dos casos de adoecimento mental relacionados ao ambiente de trabalho, fenômeno que revela a complexidade das novas formas de organização produtiva e suas consequências sobre a saúde psíquica dos trabalhadores. Distúrbios, como a síndrome de burnout, depressão, ansiedade generalizada e outros transtornos emocionais, vêm se consolidando como importantes causas de afastamento laboral e incapacidade, afetando a vida do trabalhador e a dinâmica das instituições. No Brasil, as doenças mentais já figuram entre as principais causas de afastamento do trabalho e, por conseguinte, de concessão de benefícios previdenciários, demonstrando a magnitude e a urgência do problema.

O objeto da pesquisa delimita-se à análise da responsabilidade do Estado diante do aumento das doenças psíquicas relacionadas ao trabalho, especialmente sob a ótica constitucional e das políticas públicas de saúde. Busca-se compreender de que forma o poder público tem atuado ou se omitido na estruturação de mecanismos

20 Professor Adjunto na Universidade Iguazu. Mestrado e Doutorado pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

21 Bacharelado em Direito, Universidade Iguazu – Campus V. Estudante pesquisador. Lattes: <https://lattes.cnpq.br/9592318124139391>. Contato: maxchaves05@gmail.com

22 Bacharelada em Direito, Universidade Iguazu - Campus V. Estudante e pesquisadora. Lattes: <https://lattes.cnpq.br/4882498840729665>. Contato: larissalugate@gmail.com

de prevenção, diagnóstico e acompanhamento desses agravos, assim como refletir em que medida tais ações refletem a efetividade do direito fundamental à saúde.

A discussão ganha relevância diante das transformações nas relações laborais contemporâneas, marcadas por intensificação do trabalho, metas de desempenho cada vez mais rigorosas, instabilidade contratual e avanço das tecnologias digitais. Tais mudanças têm imposto novas formas de pressão psicológica e emocional sobre o trabalhador, favorecendo o surgimento de fatores psicossociais de risco. Além disso, observa-se que o modelo neoliberal de gestão contribui para a precarização e para a invisibilização do sofrimento psíquico, reforçando uma cultura de culpabilização do trabalhador adoecido. Nesse cenário, o Estado assume papel central não apenas como empregador, mas também como regulador e garantidor de políticas públicas voltadas à saúde e segurança no trabalho.

Do ponto de vista jurídico, a problemática desafia a interpretação e a aplicação dos direitos fundamentais sociais, especialmente no que se refere à efetividade das normas constitucionais que asseguram condições dignas de trabalho e proteção à saúde. A responsabilidade do Estado, nesse contexto, deve ser compreendida em suas múltiplas dimensões preventiva, reparatória e promocional, o que implica reconhecer o dever de desenvolver políticas públicas que contemplem a saúde mental como parte integrante da política de saúde e da política de trabalho e emprego.

O DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE E O DEVER ESTATAL

A Constituição Federal de 1988 inaugurou um novo paradigma de proteção social no Brasil, ao instituir um modelo de Estado Democrático de Direito fundado na promoção da dignidade da pessoa humana e na efetivação dos direitos sociais. Entre esses direitos, a saúde ocupa posição de destaque, sendo reconhecida tanto como direito fundamental de todos quanto como dever do Estado. Acerca

desse direito à saúde, diz Canotilho (1978:131) que é obrigação do Estado e decorre dessa força normativa da Constituição que se expande aos domínios da ordem social. Elucida-se que o artigo 6º da Carta Magna inclui a saúde no rol dos direitos sociais, ao lado da educação, da moradia, do trabalho e da segurança, conferindo-lhe natureza de direito prestacional e exigível.

A centralidade da saúde como valor constitucional é reafirmada pelo artigo 196, segundo o qual “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. A norma constitucional, portanto, impõe ao poder público uma atuação ativa, contínua e abrangente, que vá além do atendimento curativo e alcance a prevenção e a promoção da saúde em sentido amplo, incluindo a saúde mental como componente indissociável do bem-estar integral do indivíduo.

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

Segundo Alexandre de Moraes:

O conjunto institucionalizado de direitos e garantias do ser humano que tem por finalidade básica o respeito a sua dignidade, por meio de sua proteção contra o arbítrio do poder estatal e o estabelecimento de condições mínimas de vida e desenvolvimento da personalidade humana pode ser definido como direitos humanos fundamentais (2000, p.39).

Em consonância com esse comando constitucional, o artigo 7º, no inciso XXII, também estabelece o dever de assegurar aos trabalhadores “a redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança”. Tal previsão demonstra que a Constituição vincula diretamente o direito ao trabalho digno ao direito à saúde, reconhecendo que a atividade laboral não pode se converter em fator de adoecimento físico ou psíquico. Dessa forma, o Estado tem a obrigação de implementar políticas públicas e instrumentos normativos que garantam ambientes de trabalho saudáveis, prevenindo os fatores de risco psicossociais que afetam a saúde mental do trabalhador.

A função do Sistema Único de Saúde (SUS) é essencial nesse contexto. Criado pela Constituição Federal e regulamentado pela Lei nº 8.080/1990, o SUS é o principal instrumento de efetivação do direito à saúde no Brasil, atuando sob os princípios da universalidade, integralidade e equidade. No campo da saúde mental, o SUS é responsável por promover ações de prevenção, tratamento e reabilitação, de forma articulada com os serviços de atenção básica e especializada. Nesse sentido, o modelo de atenção psicossocial adotado pelo sistema público brasileiro visa substituir a lógica hospitalocêntrica por uma rede de cuidados territorializada e humanizada.

A Política Nacional de Saúde Mental e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituídas pela Portaria nº 3.088/2011 do Ministério da Saúde, representam marcos fundamentais dessa estrutura. A RAPS tem como objetivo ampliar e integrar os pontos de atenção em saúde mental, incluindo os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os serviços de atenção básica, os leitos em hospitais gerais e as unidades de urgência e emergência (Amorim *et al.*, 2025). Entre suas diretrizes, destaca-se a importância da promoção da saúde mental no ambiente de trabalho, com ações voltadas à prevenção do estresse ocupacional, do assédio moral e de outras formas de sofrimento psíquico relacionadas à atividade laboral.

As doenças ocupacionais possuem um histórico intrínseco às transformações do trabalho, especialmente a partir da Revolução

Industrial, quando a massificação da produção e as condições insalubres expuseram os trabalhadores a riscos até então desconhecidos (Nascimento, *et al.*, 2025).

Segundo Mendes e Dias (1991, p. 45).

O consumo da força de trabalho, resultante da submissão dos trabalhadores a um processo acelerado e desumano de produção, exigiu uma intervenção, sob pena de tornar inviável a sobrevivência e reprodução do próprio processo.

Não obstante o avanço normativo e institucional, observa-se que o Estado ainda enfrenta desafios significativos na efetivação das políticas de saúde mental voltadas aos trabalhadores. A carência de investimentos, a falta de capacitação dos profissionais e a desarticulação entre as esferas de governo comprometem a implementação de medidas preventivas e o acesso aos serviços especializados. Em muitos casos, o trabalhador adoecido é estigmatizado, e o fazendo com que o sofrimento psíquico seja tratado como questão individual, sem a devida responsabilização das condições organizacionais e estruturais que o originam (Nascimento, *et al.*, 2025).

A efetividade do direito à saúde mental demanda, pois, a compreensão de que a saúde é condição indispensável à concretização da dignidade da pessoa humana, princípio fundamental consagrado no artigo 1º, inciso III, da Constituição Federal. A dignidade humana, nesse contexto, não se resume à ausência de enfermidades, mas pressupõe o reconhecimento do trabalhador como sujeito de direitos, merecedor de respeito, proteção e condições adequadas para o pleno desenvolvimento de suas potencialidades físicas e mentais.

Assim, o dever estatal em relação à saúde mental do trabalhador deve ser interpretado sob uma perspectiva ampla e integrada, que envolva ações de prevenção, fiscalização, assistência e reparação. Isso inclui o fortalecimento das políticas públicas de saúde mental, a vigilância em saúde do trabalhador e a criação de estratégias

intersetoriais que envolvam o Ministério da Saúde, o Ministério do Trabalho e Emprego e a Previdência Social. Somente por meio dessa atuação articulada, é possível concretizar o ideal constitucional de uma sociedade justa, solidária e comprometida com o bem-estar de todos.

A SAÚDE MENTAL NO AMBIENTE DE TRABALHO

A saúde mental no ambiente de trabalho constitui tema de crescente relevância no campo jurídico, médico e social, diante do aumento expressivo das doenças psíquicas ocupacionais e da necessidade de repensar as condições em que se desenvolve o labor contemporâneo. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define saúde mental como um estado de bem-estar no qual o indivíduo é capaz de realizar suas potencialidades, lidar com as tensões normais da vida, trabalhar de forma produtiva e contribuir com sua comunidade. Quando o ambiente de trabalho deixa de oferecer condições que favoreçam esse equilíbrio, pode tornar-se um espaço de sofrimento e adoecimento, afetando diretamente o desempenho e a qualidade de vida do trabalhador.

No campo jurídico e previdenciário, as doenças psíquicas ocupacionais são aquelas cuja origem ou agravamento guarda nexo causal com as atividades laborais. O Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) classifica essas enfermidades segundo os códigos da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e, mais recentemente, da CID-11, reconhecendo o transtorno de burnout como doença relacionada ao trabalho. Entre os principais agravos psíquicos ocupacionais estão a depressão, os transtornos de ansiedade, os transtornos de adaptação, o transtorno de estresse pós-traumático e o burnout, cada um com manifestações clínicas próprias, mas frequentemente associados a ambientes organizacionais tóxicos, sobrecarga e ausência de suporte emocional.

Postula-se que alguns transtornos, devido à sua natureza psíquica, podem equiparar-se com acidente de trabalho, conforme já consolidado pela jurisprudência do Tribunal Superior do Trabalho:

“SÍNDROME DE BURNOUT. DOENÇA OCUPACIONAL EQUIPARADA A ACIDENTE DE TRABALHO. VALOR ARBITRADO A CONDENAÇÃO R\$30.000,00 (TRINTA MIL REAIS) A TÍTULO DE DANOS MORAIS REDUZIDO PARA R\$ 10.000,00 (DEZ MIL REAIS) PELO TRIBUNAL REGIONAL. STRESS OCUPACIONAL E QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO. MAJORAÇÃO DEVIDA R\$ 60.000,00 (SESSENTA MIL REAIS). Dallegrave Neto define o burnout como um esgotamento profissional provocado por constante tensão emocional no ambiente de trabalho ocasionado por um sistema de gestão competitivo com sujeição do empregado às agressivas políticas mercantilistas da empresa. Segundo Michael P. Leiter e Christina Maslach “a carga de trabalho é a área da vida profissional que está mais diretamente associada a exaustão. Exigências excessivas de trabalho provenientes da qualidade de trabalho, da intensidade dos prazos ou da complexidade do trabalho exaurem a energia pessoal”. Os autores também identificam que, do ponto de vista organizacional, a doença está associada ao absenteísmo (faltas no trabalho), maior rotatividade, má qualidade dos serviços prestados e maior vulnerabilidade de acidentes no local de trabalho. A síndrome do Burnout integra o rol de doenças ocupacionais do Ministério do Trabalho e do Emprego. Está inserida no Anexo II do Regulamento da Previdência Social. O mencionado Anexo identifica os agentes patogênicos causadores de doenças profissionais ou do trabalho, conforme previsão do art. 20 da Lei 8.213/91 [...] (TST 2ª Turma DEJT 08/05/2015 – Recurso de Revista RR 9593320115090026, Rel. Min. José Roberto Freire Pimenta).

Os fatores de risco psicossociais são elementos centrais para a compreensão do adoecimento mental no trabalho. Eles incluem o assédio moral e sexual, as metas abusivas, o controle excessivo, a instabilidade contratual, as jornadas extenuantes e a ausência de reconhecimento profissional. O assédio moral, em especial, caracteriza-se por condutas reiteradas que visam humilhar, isolar ou desestabilizar emocionalmente o trabalhador, gerando sofrimento psicológico intenso e comprometimento de sua autoestima. Já as metas abusivas e a pressão por resultados são expressões típicas da lógica produtivista que desconsideram os limites humanos e transformam o ambiente laboral em espaço de medo e competitividade patológica.

A síndrome de burnout, reconhecida pela OMS em 2019 e incorporada à CID-11 como fenômeno ocupacional, representa um dos mais graves reflexos desse cenário. Trata-se de um distúrbio caracterizado pelo esgotamento físico e emocional crônico, decorrente de estresse laboral prolongado. Suas manifestações incluem fadiga intensa, desmotivação, irritabilidade, insônia e redução significativa do desempenho profissional. Diferentemente da depressão, o burnout possui relação direta e exclusiva com o contexto de trabalho, sendo considerado um indicador de falhas estruturais na gestão organizacional e na política de saúde ocupacional.

Nessa perspectiva, transtornos psíquicos, como a síndrome de burnout, podem tornar o trabalhador incapaz de exercer suas funções laborais, assegurando-lhe o direito ao auxílio-doença acidentário e à estabilidade provisória, nos termos do art. 118 da Lei nº 8.213/1991. Nesse sentido, já se manifestou o Tribunal Superior do Trabalho, conforme se observa a seguir:

EMBARGOS DE DECLARAÇÃO EM RECURSO DE REVISTA DO RECLAMANTE. DOENÇA PROFISSIONAL. REINTEGRAÇÃO. ESTABILIDADE. Embargos acolhidos, com efeito modificativo, para sanar omissão constatada no julgamento do recurso de revista. RECURSO DE REVISTA. DOENÇA

PROFISSIONAL. REINTEGRAÇÃO. ESTABILIDADE. A Súmula nº 378, II, do Tribunal Superior do Trabalho permite o deferimento do direito à estabilidade provisória, também na hipótese de haver relação de causalidade da enfermidade, com as condições laborais; exatamente essa é a situação do reclamante. Mesmo sem a percepção do auxílio-doença acidentário, mantém-se a decisão regional, em face do contido em referido verbete e da moldura fática descrita pelo TRT, quanto à existência de prova pericial e testemunhal demonstrando o liame entre a enfermidade (quadro depressivo severo – Síndrome de Burnout-) e o assédio moral ocorrido no curso da contratualidade. Recurso de revista do reclamado de que não se conhece. (TST- RR – ED-RR 7731004720065090652 773100-47.2006.5.09.0652 – 7ª Turma – Rel. Ministro Pedro Paulo Teixeira Manus – DEJT – 17/08/2012.

O impacto do adoecimento mental ultrapassa a esfera individual, alcançando dimensões econômicas e sociais relevantes. Do ponto de vista produtivo, as doenças psíquicas geram absenteísmo, queda de rendimento, aumento de afastamentos e rotatividade de pessoal, além de custos elevados para empresas e para o sistema público de saúde e previdência. Segundo estimativas da Organização Internacional do Trabalho (OIT), o estresse relacionado ao trabalho causa bilhões de dólares em perdas anuais no mundo, decorrentes da redução de produtividade e do aumento de indenizações trabalhistas e previdenciárias.

No âmbito jurídico, o reconhecimento das doenças psíquicas como acidentes de trabalho tem implicações diretas na responsabilidade civil e previdenciária. A comprovação do nexos causal entre o transtorno mental e as condições laborais pode ensejar o direito à estabilidade provisória, ao benefício acidentário e à reparação por danos morais e materiais. Além disso, impõe ao empregador e ao Estado o dever de adotar medidas preventivas, por meio de programas

de saúde ocupacional, acompanhamento psicológico, capacitação de gestores e fiscalização efetiva dos ambientes de trabalho (Nascimento *et al.*, 2025).

Cabe ressaltar que a proteção da saúde mental do trabalhador não se limita à esfera individual, mas integra o conjunto de direitos fundamentais sociais previstos na Constituição Federal. A promoção de ambientes laborais saudáveis e humanizados é expressão concreta do princípio da dignidade da pessoa humana, que exige o respeito ao corpo e à mente como dimensões indissociáveis da condição humana. Assim, a defesa da saúde mental no trabalho deve ser compreendida como dever compartilhado entre Estado, empregadores e sociedade, mediante políticas públicas articuladas, campanhas educativas e instrumentos normativos de prevenção.

Em síntese, o enfrentamento das doenças psíquicas ocupacionais requer a consolidação de uma cultura institucional de cuidado e prevenção, sustentada por políticas de saúde mental e segurança do trabalho, bem como pela atuação integrada dos sistemas de saúde, trabalho e previdência. Somente a partir dessa abordagem multidimensional, será possível garantir ao trabalhador não apenas o direito ao labor, mas o direito de trabalhar em condições que preservem sua integridade física e emocional, concretizando, assim, o ideal constitucional de um trabalho digno e saudável.

A RESPONSABILIDADE DO ESTADO DIANTE DAS DOENÇAS PSÍQUICAS OCUPACIONAIS

O exercício de qualquer atividade laborativa envolve riscos à saúde física e psíquica dos trabalhadores. Conforme Silva e Dias (2017):

[...] “o desempenho de qualquer atividade laboral envolve riscos à saúde física e mental dos trabalhadores”, O desempenho de qualquer atividade laboral envolve riscos à saúde física e mental dos trabalhadores. Assim, cabe ao empregador, por

exigência legal ou do próprio contrato de trabalho, tomar as cautelas necessárias visando minorar suas responsabilidades em caso de doença profissional ou do trabalho (Silva e Dias, 2017, p.32).

Tais cautelas supracitadas previnem que o empregador responda civilmente pelos danos decorrentes da atividade, seja sob a ótica da responsabilidade subjetiva seja objetiva. Nas últimas décadas, cresceu a preocupação, tanto no âmbito jurídico quanto social, com o aumento das doenças relacionadas ao trabalho, sobretudo as de natureza psicológica.

Nesta seara, Costa (2003, esclarece que:

As doenças profissionais ou do trabalho são definidas como afecções, perturbações funcionais, lesões agudas ou crônicas de que podem se vitimar os trabalhadores, por força da atividade, de um trabalho ou profissão, na manipulação de materiais empregados ou por influência das condições e processos especiais de industrialização, produzindo dano físico ou psíquico, que os incapacita para a atividade habitual (Costa, 2003, p.76).

Tais enfermidades configuram doenças ocupacionais, gênero que abrange tanto a doença profissional quanto a doença do trabalho (BRASIL, 1991).

Assim, infere-se que determinadas atividades profissionais podem ocasionar alterações físicas ou funcionais no trabalhador, desviando-o da normalidade e resultando em doenças relacionadas ao trabalho. Nessas situações, presume-se a existência de vínculo causal entre a enfermidade e o exercício laboral.

No mesmo sentido, Silva e Dias (2017) mencionam que:

O exercício de determinada profissão pode produzir ou desencadear certo desvio anatômico e/ou fisiológico, em relação à normalidade, que constitua uma doença ou caracterize determinada doença. Em tais hipóteses como essa, o nexo de causalidade da doença com o labor é presumido (Silva e Dias, 2017, p.32).

Assim sendo, a patologia laboral caracteriza-se por um estado mórbido desencadeado pelo exercício do trabalho, e não apenas pela presença física no ambiente laboral.

A Constituição Federal de 1988 assegura, em seu artigo 6º, o direito à saúde como garantia social, cabendo ao Estado prover as condições indispensáveis ao bem-estar físico e mental do cidadão (BRASIL, 1988). De acordo com o Ministério da Saúde (2025), a saúde mental é compreendida como um estado de bem-estar que permite ao indivíduo desenvolver suas habilidades e enfrentar os desafios da vida, influenciada por fatores biológicos, psicológicos, sociais e ambientais.

A atuação do Poder Judiciário é determinante na efetivação do direito à reparação. O artigo 927, parágrafo único, do Código Civil de 2002, institui a responsabilidade objetiva do empregador em atividades que, por sua natureza, impliquem risco acentuado ao trabalhador. Conforme Silva e Dias (2017), a teoria do risco fundamenta a responsabilização civil objetiva em casos de doenças ocupacionais, mesmo quando o empregador adota medidas preventivas.

Na jurisprudência, o Tribunal Regional do Trabalho da 7ª Região consolidou entendimento de que a concausa não afasta o dever de indenizar. Em acórdão recente, reconheceu-se que “a prova demonstrou que os sintomas de ansiedade generalizada e síndrome do pânico foram desencadeados pelas condições de trabalho adversas”, fixando indenizações por danos morais e materiais ao empregado (TRT-7, 2025).

Esse entendimento reforça o posicionamento doutrinário de que a responsabilidade civil do empregador subsiste, mesmo

quando o trabalho atua como fator agravante ou concausa da doença, conforme leciona Cavalieri Filho, citado por Oliveira (2016), ao definir a concausa como “outra causa que, juntando-se à principal, concorre para o resultado”.

A análise normativa, doutrinária e jurisprudencial revela que o Estado brasileiro atua de forma multifacetada na proteção à saúde mental e física do trabalhador: por meio da fiscalização e prevenção, na esfera executiva; e, por meio da reparação judicial, na esfera jurisdicional. A responsabilidade civil objetiva e a teoria do risco — consagradas na doutrina e aplicadas pela jurisprudência trabalhista — consolidam o dever do empregador de zelar pela integridade biopsicossocial do trabalhador, sendo dever correlato do Estado garantir as condições estruturais para o exercício digno e seguro do trabalho.

POLÍTICAS PÚBLICAS E INSTRUMENTOS DE PREVENÇÃO DAS DOENÇAS PSÍQUICAS OCUPACIONAIS

O adoecimento psíquico decorrente do trabalho é um fenômeno crescente nas sociedades contemporâneas e constitui um dos maiores desafios das políticas públicas de saúde e de proteção social. “As transformações do mundo laboral têm contribuído para o aumento das doenças mentais relacionadas ao trabalho, como a síndrome de burnout, a depressão e os transtornos de ansiedade” (Seligmann-Silva, 2011, p. 45).

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 consagra a saúde como um direito de todos e dever do Estado, cabendo-lhe garantir políticas que visem à redução dos riscos inerentes ao trabalho (BRASIL, 1988, art. 6º e art. 7º, XXII). O artigo 196 estabelece que a saúde é direito de todos e dever do Estado, assegurado mediante políticas sociais e econômicas que visem à “redução do risco de doenças e outros agravos.” (BRASIL, 1988, art. 196).

No mesmo sentido, a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452/1943, reforça essa obrigação ao determinar que compete às empresas cumprir e fazer cumprir as normas de segurança e medicina do trabalho (BRASIL, 1943).

De modo complementar, o Decreto nº 3.048/1999, que regulamenta a Previdência Social, reconhece as doenças ocupacionais como equiparadas a acidentes de trabalho quando comprovado o nexo causal (BRASIL, 1999).

Nesse contexto normativo, compreender as políticas públicas e os instrumentos de prevenção das doenças psíquicas ocupacionais é fundamental para garantir a efetividade dos direitos sociais e da dignidade do trabalhador, assegurados pela Constituição Federal de 1988.

A formulação de políticas públicas voltadas à saúde mental do trabalhador ganha corpo com a Lei nº 10.216/2001, que redireciona o modelo assistencial em saúde mental e promove a reinserção social de pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2001). Essa lei consolida a chamada Reforma Psiquiátrica Brasileira, movimento que defende o cuidado em liberdade e a atenção psicossocial.

No âmbito da saúde pública, destaca-se a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), instituída pela Portaria n.º 1.823/2012 e consolidada pela Portaria de Consolidação n.º 2/2017 do Ministério da Saúde, que tem por finalidade:

Art. 2º [...] definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos.

Art. 3º Todos os trabalhadores, homens e mulheres, independentemente de sua localização, urbana

ou rural, de sua forma de inserção no mercado de trabalho, formal ou informal, de seu vínculo empregatício, público ou privado, assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperativados, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado ou desempregado são sujeitos desta Política.

Parágrafo único. A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora alinha-se com o conjunto de políticas de saúde no âmbito do SUS, considerando a transversalidade das ações de saúde do trabalhador e o trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença.

Essa portaria, se aplica na prevenção dos agravos psíquicos relacionados ao trabalho e nas estratégias de atenção integral para promover o cuidado à saúde mental do trabalhador.

Ademais, a abrangência da PNSTT é universal, aplicando-se, portanto, a “Todos os trabalhadores, homens e mulheres, independentemente de sua localização, urbana ou rural, de sua forma de inserção no mercado de trabalho, formal ou informal” (BRASIL, 2012, art. 3º).

Tal universalidade é de suma importância para alcançar categorias mais vulneráveis aos riscos psicossociais e que, muitas vezes, necessitam de proteção de outras normativas trabalhistas.

No que concerne à prevenção, a PNSTT elege a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) como estratégia central. A VISAT instrumentaliza o SUS para intervir nos fatores de risco psicossociais presentes nos ambientes laborais.

Um dos mecanismos importantes para essa intervenção é a obrigatoriedade da notificação dos agravos à saúde relacionados ao trabalho, o que permite o mapeamento dos transtornos mentais de origem ocupacional.

A identificação e a intervenção nos fatores psicossociais que levam a quadros como a Síndrome de Burnout, transtornos de ansiedade ou depressão relacionados ao trabalho dependem diretamente dessa

capacidade de vigilância e monitoramento (Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, 2022).

Um aspecto de relevo jurídico e social reside na exigência de participação dos trabalhadores nos processos de identificação das situações de risco presentes nos ambientes de trabalho (BRASIL, 2012, anexo I). Esse direcionamento fortalece o controle social sobre as condições laborais, reconhece o trabalhador como agente ativo na transformação de seu ambiente e mitiga os riscos à sua saúde mental.

Assim, pode-se inferir que a Portaria nº 1.823/2012 não apenas formaliza a PNSTT, mas também a consubstancia como um marco regulatório essencial que obriga o sistema de saúde a adotar uma postura proativa e integral na defesa da saúde mental dos trabalhadores, cumprindo, assim, seu papel de guardião do direito à saúde no campo ocupacional.

Entre os principais instrumentos de prevenção das doenças psíquicas ocupacionais estão as Normas Regulamentadoras (NRs) do Ministério do Trabalho, as políticas de vigilância em saúde e as campanhas educativas. A reabilitação psicossocial, prevista na Lei nº 10.708/2003, constitui medida de reinserção laboral e social para os trabalhadores acometidos por transtornos mentais (BRASIL, 2003).

Dessa forma, as políticas públicas e os instrumentos de prevenção constituem o eixo estruturante da atuação estatal, orientando-se pela promoção do trabalho saudável, pela identificação precoce dos agravos mentais e pela articulação entre saúde, assistência e fiscalização laboral.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise desenvolvida ao longo deste estudo evidencia que o adoecimento psíquico relacionado ao trabalho é um fenômeno complexo, multifatorial e em franca expansão, que desafia não apenas a Medicina e a Psicologia, assim como o direito e as políticas públicas. A intensificação das exigências laborais, a precarização das relações

de trabalho e a cultura organizacional centrada na produtividade em detrimento do bem-estar têm contribuído para o crescimento expressivo de transtornos mentais entre os trabalhadores, como a síndrome de burnout, a depressão e a ansiedade.

Diante desse cenário, o papel do Estado revela-se indispensável tanto como empregador quanto como ente regulador e garantidor dos direitos fundamentais. A Constituição Federal de 1988, ao consagrar a saúde como direito de todos e dever do Estado, impõe à Administração Pública o dever de implementar políticas sociais e econômicas que reduzam os riscos inerentes ao trabalho e assegurem condições dignas e seguras para o exercício da atividade laboral. Essa obrigação se desdobra em dimensões preventiva, reparatória e promocional, exigindo a atuação coordenada entre o Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério do Trabalho e Emprego e o sistema de Previdência Social.

As políticas públicas analisadas, como a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), representam avanços significativos na consolidação de uma abordagem integral e intersetorial da saúde mental. No entanto, ainda persistem desafios estruturais, como a falta de recursos, a insuficiência de fiscalização, a carência de dados epidemiológicos e a persistente naturalização do sofrimento psíquico no ambiente laboral. Tais obstáculos comprometem a efetividade dos direitos constitucionais e mantêm invisíveis milhões de trabalhadores adoecidos em decorrência das condições de trabalho.

Do ponto de vista jurídico, a responsabilidade civil e social do Estado deve ser compreendida à luz do princípio da dignidade da pessoa humana, núcleo axiológico do ordenamento constitucional. A proteção à saúde mental do trabalhador não é uma faculdade administrativa, mas um dever jurídico inafastável, que exige políticas públicas efetivas e contínuas, voltadas à prevenção dos riscos psicossociais, à reabilitação dos trabalhadores acometidos e à promoção de ambientes laborais saudáveis e humanizados.

Conclui-se, portanto, que a efetivação do direito fundamental à saúde mental no trabalho demanda uma mudança paradigmática,

pautada na valorização à vida, no reconhecimento do sofrimento psíquico como questão coletiva e na adoção de políticas públicas capazes de integrar as dimensões médica, social e jurídica do problema. Somente por meio dessa atuação articulada e humanizada que será possível concretizar o ideal constitucional de um trabalho digno, seguro e compatível com a plena realização da pessoa humana.

REFERÊNCIAS:

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. *Diário Oficial da União*: Seção 1, Brasília, DF, ano 126, n. 191, p. 1-32, 5 out. 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 5 nov. 2025.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.

BRASIL. Lei n.º 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8213cons.htm.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora*. Portaria n.º 1.823/2012, consolidada pela Portaria de Consolidação n.º 2/2017. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/saude-do-trabalhador/politica-nacional-de-saude-do-trabalhador-e-da-trabalhadora>.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n.º 1.823, de 23 de agosto de 2012*. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. *Diário Oficial da União*: Seção 1, Brasília, DF, n. 165, p. 46-51, 24 ago. 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria de Consolidação n.º 2, de 28 de setembro de 2017*. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*: Seção 1, Brasília, DF, n. 190, p. 19, 3 out. 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017_comp.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde do Trabalhador*. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/saude-do-trabalhador>.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Mental*. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-mental>.

BRASIL. Tribunal Superior do Trabalho (TST). *Saúde e Segurança do Trabalho*. Disponível em: <https://www.tst.jus.br/saude-e-seguranca-do-trabalho>.

CANOTILHO, J. J. G.; MOREIRA, V. *Constituição da República Portuguesa anotada*. Coimbra: Almedina, 1978.

COSTA, Hertz J. *Acidentes do Trabalho na Atualidade*. 1ª ed. Porto Alegre: Síntese, 2003. p. 32-36, 75-88.

MORAES, A. de. *Direitos humanos fundamentais*. São Paulo: Atlas, 2000.

Organização Internacional do Trabalho (OIT). OMS e OIT pedem novas medidas para enfrentar os problemas de saúde mental. Disponível em: <https://www.ilo.org/pt-pt/resource/news/oms-e-oit-pedem-novas-medidas-para-enfrentar-os-problemas-de-sa%C3%BAde-mental>.

REVISTA FT. A responsabilidade civil do empregador frente às doenças psíquicas desenvolvidas no ambiente de trabalho. Disponível em: <https://revistaft.com.br/a-responsabilidade-civil-do-empregador-frente-as-doencas-psiquicas-desenvolvidas-no-ambiente-de-trabalho/>.

REVISTA FT. Regime jurídico das políticas de atenção psicossocial e de cuidado da saúde mental no contexto do SUS. Disponível em: <https://revistaft.com.br/regime-juridico-das-politicas-de-atencao-psicossocial-e-de-cuidado-da-saude-mental-no-contexto-do-sus/>.

SILVA, Mateus Henrique; DIAS, Fernando Ramos Bernardes. A doença ocupacional e a responsabilidade civil do empregador. *Revista Rumos*

da Pesquisa em Ciências Empresariais, Ciências do Estado e Tecnologia, v. 2, p. 31–46, 2017. Disponível em: <https://www.unicerp.edu.br/revistas/rumos/2017-v2/ART-03-RUMOS-2017-2.pdf>.

TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 7ª REGIÃO. *Recurso Ordinário Trabalhista: ROT 0000295-73.2022.5.07.0025*. Fortaleza, 2025. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/busca?q=adoecimento+mental+no+trabalho>.

UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-BRASILEIRA (UNILAB). *Cartilha Saúde Mental Trabalho 2022*. Redenção, CE: UNILAB, 2022. Disponível em: <https://unilab.edu.br/wp-content/uploads/2022/09/CARTILHA-SAUDE-MENTAL-TRABALHO-2022.pdf>

QUANDO NÃO POSSO MAIS DECIDIR SOZINHO: A IMPORTÂNCIA DA CURATELA DA PESSOA IDOSA NA SÍNDROME DEMENCIAL

*Eliza Miranda Costa Caraline*²³

*Paola Pimentel Coelho de Araújo*²⁴

*Pedro Carvalho Tinoco*²⁵

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A abordagem sobre a curatela como instrumento jurídico de proteção, neste capítulo, procura estabelecer uma articulação de fundamentos legais com as demandas específicas da pessoa idosa acometida por síndromes demenciais. A discussão se inicia evidenciando que o envelhecimento, se afetado por processos neurodegenerativos, gera um quadro específico de vulnerabilidades que demanda resoluções éticas, sociais e institucionais.

Nesse itinerário, são explorados os fundamentos do direito à proteção e do dever de cuidado, vinculando-os às insuficiências tangíveis de monitoramento da autonomia possível, da dignidade e da segurança da pessoa idosa. Outrossim, discute-se de que modo a curatela pode operar para se tornar um aparato de amparo, em especial em situações em que as fragilidades cognitivas intervêm na capacidade de gestão da própria vida e dos próprios bens. Por último, exploram-se os conflitos éticos e sociais subsistentes nesse cenário,

23 Docente do Curso de Medicina da Unig – *campus V* – Itaperuna. Médica de Família e Comunidade – SBMFC. Mestre em Medicina – Santa Casa BH/ Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8508-292X> / Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4231479237905406> /e-mail: dr.elizacaraline@gmail.com

24 Discente do Curso de Medicina da Unig – *campus V* – Itaperuna. / Orcid: <https://orcid.org/0009-0008-5297-1681> / Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9695231200833142> / e-mail: araujopaola2403@gmail.com

25 Discente do Curso de Medicina da Unig – *campus V* – Itaperuna. Orcid: <https://orcid.org/0009-0005-8949-4434> / Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1682121966022266> / e-mail: pedroctinoco@outlook.com

levando em conta desconfortos entre autonomia e proteção, riscos de abusos e adversidades no decurso de tomada de decisão substitutiva.

Autores como Maria Berenice Dias (2013), Joaquim Cardoso Machado (2021), Jacy Bezerra Parmera e Ricardo Nitrini (2015), dentre outros, foram leituras oportunas para a realização desta discussão.

CURATELA NO ENVELHECIMENTO COM SÍNDROME DEMENCIAL: REFLEXÕES INICIAIS

A população idosa tem aumentado cada vez mais e, com o envelhecimento, há o aumento progressivo dos casos de demências, o que eleva os gastos do sistema de saúde com cuidados e tratamentos e afeta aspectos sociais, de saúde e econômicos da pessoa idosa. No envelhecimento fisiológico é esperado que os indivíduos apresentem declínios em suas funções cognitivas como na redução da velocidade de processamento e déficits na memória de longo prazo, ainda que não haja interferência funcional nas atividades de vidas diárias (Brasil, 2020).

À medida em que o indivíduo envelhece, a qualidade de vida é influenciada pela habilidade de manter autonomia e independência, de forma que muitas tarefas do cotidiano consideradas “simples” se tornam progressivamente mais difíceis gerando, assim, a necessidade de apoio para sua realização. O processo de dependência pode estar associado ao processo fisiológico do envelhecimento, porém, quando ocorre com maior intensidade e frequência, pode estar associado a patologias (Medeiros, 2021).

Quando ocorre interferência na vida diária, pela influência de fatores como alterações genéticas, baixa escolaridade e hábitos inadequados de saúde, há um comprometimento cognitivo relevante, alterando as funções sociais e funcionais (Dias; Melo, 2020). Portanto, no contexto em que a pessoa idosa apresenta incapacidade de decidir apropriadamente sobre a própria vida, a curatela se torna um benefício desejado (Brasil, 2020).

A curatela é um mecanismo de tomada de decisão substituta, de modo que uma pessoa capaz de gerir a própria vida substitui a decisão de outro indivíduo. Isso se dá após uma avaliação interdisciplinar, que constate a incapacidade da pessoa de gerir a própria vida. O Código Civil estabelece que estão sujeitos à curatela pessoas nestas condições: aqueles que, por causa transitória ou permanente, não puderem exprimir sua vontade; os ébrios habituais e os viciados em tóxico; e os pródigos.

É importante ressaltar que, mesmo nos casos supracitados, a capacidade da pessoa de tomar decisão deve ser investigada adequadamente para avaliar o nível de capacidade de decisão (Brasil, 2020). Nesse sentido, a curatela não deve ser implementada com base na idade, deficiência ou enfermidade, e sim na existência de benefícios à pessoa incapaz, sendo uma medida extraordinária, proporcional às necessidades da pessoa curatelada e às circunstâncias de cada caso, com duração do menor tempo possível (Medeiros, 2021).

A implementação da curatela não é um processo simples, deve abranger aspectos jurídicos e clínicos, por meio de laudos periciais e entrevistas para confirmar déficit cognitivo. O incapaz terá uma pessoa responsável por sua vida civil, que tem como função fornecer qualidade de vida e administrar os bens, direitos e obrigações financeiras do curatelado. Esse responsável não poderá se aproveitar do poder civil concedido. E, para haver certeza de que isso não ocorra, o sistema judiciário avalia e julga a necessidade dos atos feitos, além de estipular em conjunto com a medicina o que é possível de ser gerido pelo incapaz (Medeiros, 2021).

COMPREENDENDO A SÍNDROME DEMENCIAL

No contexto do envelhecimento fisiológico, o declínio cognitivo não afeta as Atividades de Vida Diária (AVD). Mas, quando há um declínio na capacidade funcional com limitações ao realizar as AVDs, é um sinal de possível patologia, sendo a demência uma grande

candidata a diagnóstico. As demências são definidas como uma condição na qual há diminuição da capacidade cognitiva comparada a um nível anterior de funcionamento, com comprometimento de sua capacidade funcional e social. As mais comuns na população idosa e causadas por degenerações progressivas e irreversíveis são: a demência de Alzheimer (DA), Demência vascular (DV), Demência por corpos de Lewy (DCL) e Demência frontotemporal (DFT).

Ainda, deve-se considerar quadros demenciais passíveis de reversão que geram incapacidades transitórias e são causados por fatores externos como toxicidade de medicamentos, quadros infecciosos e depressão. Cada tipo de demência contém sua particularidade nos sintomas e sinais neuropsicólogos, de extrema relevância na construção de hipóteses diagnósticas (Dias; Melo, 2020). Ademais, o diagnóstico de algumas só é possível no pós-morte e, por isso, a avaliação neuropsicológica deve ser minuciosa para obter o diagnóstico mais fidedigno, levando em conta as experiências ao longo da vida, status socioeconômico, escolaridade, hábitos de vida, ocupação profissional, doenças prévias, uso de medicamentos, histórico familiar, anamnese evidenciando o desempenho das funções cognitivas, exame físico, exames laboratoriais e de neuroimagem (Medeiros, 2021).

É de extrema importância saber a instalação e evolução do declínio cognitivo, de forma que o início de instalação abrupta é característico de doenças agudas, como na DV, encefalites e traumas. O acometimento progressivo indica as doenças degenerativas, que podem ser de rápida instalação como nas doenças priônicas ou de lenta instalação como na DA, DFT e DCL (Parmera; Nitrini, 2015).

A DA é a causa mais frequente de demências nas pessoas idosas. O início é insidioso com leves alterações nas funções neurocognitivas (memória, orientação, planejamento, senso crítico e comunicação). Com a progressão da demência, o indivíduo passa a ter dificuldade de realizar as AVDs e pode ter dificuldade de realizar as atividades básicas de vida diária, como alimentação e higiene (Dias; Melo, 2020).

A DV é decorrente de uma doença cerebrovascular. Quando uma área cerebral não tem irrigação vascular adequada há a sintomatologia. As manifestações de declínio cognitivo variam de acordo com a área acometida: se acometer a região cortical, é possível que ocorra diminuição da memória, capacidade linguística e funções executivas. Nesta demência, o início pode ser agudo ou progressivo e o registro prévio de alguma patologia isquêmica cerebral auxilia no diagnóstico, assim como exames de imagem (Dias; Melo, 2020).

A DLC ocorre por conta do acúmulo de proteína alfa-sinucleína no interior das células nervosas levando a alteração na neurotransmissão e nas funções dos axônios. É uma doença progressiva, com início no comprometimento das habilidades visuoespaciais, podendo haver alucinações intermitentes e na capacidade funcional, além de preservação da memória. Os sintomas motores ocorrem tardiamente, após o déficit cognitivo, decaindo ainda mais a qualidade de vida (Dias; Melo, 2020).

A DFT ocorre entre 45 e 65 anos e em grande maioria tem acometimento familiar. O início é insidioso e progressivo, causado pela atrofia nos lobos frontal e cerebral, assim gerando alterações no comportamento (irritabilidade, perda de autocrítica, disfunções da linguagem, declínio na cognição social, dentre outros). A memória e aprendizagem mantêm-se sem alterações significativas pela preservação das regiões posteriores (Dias; Melo, 2020).

O diagnóstico de transtorno neurocognitivo precisa de uma constatação de declínio cognitivo em relação a um nível de desempenho anterior, seja subjetivo (relatado pelo próprio indivíduo), por um informante ou pela documentação clínica (por teste neuropsicológico padronizado ou avaliação clínica quantificada) (Dias; Melo, 2020).

DIREITO À PROTEÇÃO E DEVER DE CUIDADO: A CURATELA

O envelhecimento por si só não reduz a autonomia do indivíduo, porém os eventos patológicos são precipitados com a longevidade,

pois interferem na capacidade funcional da pessoa idosa (Medeiros, 2021). Com o avançar da idade, há a maior prevalência das demências que podem levar a pessoa idosa à incapacidade de administrar a vida totalmente sozinha e ao aumento da necessidade de ações judiciais, como implementação da curatela para a garantia dos seus direitos, uma vez que o declínio cognitivo pode levar à incapacidade jurídica (Real, 2023).

A capacidade jurídica é um direito de qualquer indivíduo que tenha competência e juízo de tomar decisões sobre a própria vida, incluindo administrar o próprio patrimônio, gerir a sua profissão, cuidar da própria saúde e votar (Brasil, 2020). Quando há a falta da capacidade jurídica, o art. 1.767 do Código Civil estabelece que estão sujeitos à curatela aqueles que, por causa transitória ou permanente, não puderem exprimir sua vontade (Real, 2023). No contexto de incapacidade de gerir sozinho a própria vida, a pessoa idosa poderá ter um outro indivíduo capaz de reger e administrar os seus bens no tempo em que se encontra incapaz por meio da curatela, denominado curador (Medeiros, 2021).

Dessa forma, a curatela é um mecanismo de tomada de decisão substituta, que é aplicada em situações em que o indivíduo curatelado é incapaz de decidir sozinho sobre certa área da própria vida (Brasil, 2020). A nomeação do curador é feita pelo Estado, de maneira que o indivíduo seja capaz e tenha alguma ligação com a pessoa idosa incapaz, já que se tornará responsável sobre o exercício dos atos civis do curatelado. A instituição da Curatela encontra-se regulada pelos artigos 1.177 e seguintes do Código de Processo Civil, bem como nas disposições da Lei dos Registros Públicos (Lei nº 6.015/1973) (Dias, 2013).

A curatela, contudo, não deve ser considerada primeira opção em todos os casos em que há a incapacidade de tomar decisões sobre a própria vida. O Código civil oferece o mecanismo de tomada de decisão apoiada, direcionado a pessoas que são capazes de seguir as obrigações civis, mas que expressam dificuldades para realizá-las sem auxílio. Esse mecanismo se difere da curatela porque consiste em

duas pessoas auxiliando na tomada de decisão feita pelo incapaz, não substitui o poder de decisão, como na curatela. A pessoa idosa vai ter dois apoiadores que irão ajudá-la a decidir sobre atos civis conforme sua vontade e preferências devido à dificuldade em conduzir certas partes da vida civil sem auxílio.

Para que seja implementada a tomada de decisão apoiada, a pessoa idosa em questão é a única que pode requerer a ação da tomada de decisão apoiada. Juntamente com os candidatos a apoiadores, deve ser apresentado um documento que delimita os limites do apoio e os compromissos dos apoiadores, incluindo o prazo de vigência do acordo e o respeito à vontade, aos direitos e aos interesses da pessoa que devem apoiar. Os apoiadores devem fornecer as informações necessárias para que a pessoa idosa possa decidir e zelar por seus direitos. Caso o apoiador entenda que algum ato jurídico que o apoiado pretende realizar possa causar prejuízo relevante e haja divergência de opinião entre eles, deverá o juiz, ouvido o Ministério Público, decidir sobre a questão. Assim, nesse mecanismo, a pessoa idosa mantém a autonomia e se torna novamente capaz de exercer os compromissos civis (Brasil, 2020).

Com o papel de medida excepcional, a curatela deve se estender pelo menor tempo possível e oferecer a maior autonomia possível ao curatelado. O processo realizado deve contar com uma análise das capacidades funcionais da pessoa idosa, para definir o tipo de instalação, podendo ser total ou parcial. Quando há ausência total de capacidade, sem manifestação lúcida de vontade, a curatela é total. Para o processo da curatela é fundamental que documentos comprovem a necessidade de implementação: laudos médicos, resultados de exames e receituários (Medeiros, 2021).

O curatelado será entrevistado pelo juiz para comprovação da incapacidade jurídica. Após a entrevista, o curatelado terá um prazo para impugnar o pedido. E, caso não ocorra, nova prova pericial será realizada para avaliar a capacidade de praticar os atos da vida civil e, então, a emissão de um laudo pericial acerca do estado (Dias, 2013). Ao ser confirmada a incapacidade, haverá a nomeação do

curador, que pode ou não ser indicado pelo curatelado, sendo que, preferencialmente, deve-se deixar o curatelado indicar. O indivíduo nomeado deve ser plenamente capaz de tomar decisões e administrar patrimônio. Pode ser um curador direto (cônjuge), curador legítimo (pais) ou, na falta destes, o descendente mais apto. Ainda, na ausência de uma pessoa apta, cabe à justiça nomear um curador dativo (profissional de confiança do juiz).

No caso de idosos com deficiência que demandam maior cuidado, poderá ser determinado que tenha mais de um indivíduo para o compartilhamento da curatela e que as divisões de funções entre eles levem em consideração a experiência individual, de modo que cada um cuide de uma parte da vida civil à qual esteja mais apto (Machado, 2021). Caso haja a necessidade, pode ser solicitada uma tutela de urgência e, se concedida, haverá a nomeação pelo juiz de um curador provisório. Na sentença proferida deve conter os motivos da implementação e quais os limites da curatela. Se a curatela for parcial deve se constar para quais atos o curatelado tem autonomia (Medeiros, 2021).

Após proferida a sentença, o curador ficará responsável pelos atos da vida civil, de acordo com os limites impostos. No caso da curatela parcial, o curatelado poderá ter autonomia em determinados atos da vida civil, como fazer compras, assinar recibos e fazer vendas, contanto que seja assistido pelo curador, que deverá auxiliar e assinar em conjunto com o curatelado parcialmente incapaz (Medeiros, 2021). Além de administrar os bens do curatelado, o curador tem o dever de proporcionar o bem-estar e garantir o necessário para uma vida confortável e com segurança jurídica.

Entretanto, o curador não tem poder sobre o curatelado mesmo nos casos de curatela total, se limitando a fins assistenciais e suplementação da capacidade funcional. Afinal, a curatela tem como principal objetivo proteger a pessoa idosa e seus bens, respeitando as limitações impostas. Nos casos em que o curatelado não se adapta ao convívio familiar e doméstico, pode haver a necessidade de internação em instituições de longa permanência, devendo, assim, o curador se

responsabilizar pelo processo de internação, além da comunicação e autorização judicial (Dias, 2013).

As síndromes demenciais são, em geral, doenças crônicas de caráter progressivo. Portanto, a incapacidade se torna crônica e o tempo de instalação da curatela é indeterminado. Entretanto, pode haver a incapacidade transitória, causada por patologias infecciosas e efeitos adversos de medicações. Nessas situações, com a resolução do quadro sindrômico, a curatela é imediatamente suspensa. A curatela também é cessada no falecimento do curatelado, ressaltando que a morte do curador não é motivo para suspensão da curatela, devendo-se substituí-lo (Medeiros, 2021).

Por fim, caso haja falta de cuidado, má administração dos bens e/ou desrespeito ao curatelado, deverá ser suspensa a assistência do curador atual. Nesses casos, geralmente são nomeados curadores provisórios, pois somente serão nomeados curadores definitivos posteriormente. Ao instituir a curatela, cabe ao Estado averiguar se, de fato, há uma situação de incapacidade; deve analisar a motivação da ação e sua pertinência, além da interpretação das provas produzidas e cautela para não restringir direitos que são fundamentais e inerentes a todos os indivíduos; precisa monitorar a coerência dos atos realizados pelo curador e assegurar a participação da pessoa idosa, adotando a estratégia de escutar o curatelado em todos os casos que possíveis (Gomes; Leite, 2025).

OS BENEFÍCIOS DA CURATELA PARA IDOSOS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE

A demência é definida como uma síndrome resultante de uma doença cerebral de caráter crônico e/ou progressivo. O acometimento da região cortical superior afeta as funções cognitivas: compreende memória, pensamento, orientação, entendimento, habilidade de aprendizagem e linguagem; e interfere na independência funcional e nas AVDs. Posteriormente, ocorre deterioração do controle emocional,

do comportamento social ou da motivação (Dias; Melo, 2020). Dessa maneira, uma pessoa idosa portadora de demência é considerada com o juízo inadequado para tomar decisões sobre a própria vida, podendo pôr em risco a saúde, o patrimônio e a dignidade (Brasil, 2020).

A curatela tem o objetivo de preservação dos atos civis da pessoa idosa, e não para perder o direito sobre o próprio corpo, sexualidade, matrimônio, privacidade, saúde, trabalho e educação; não deve ser considerada a aplicação da curatela como “morte civil” (Dias, 2013). O curador tem a tarefa de atender os anseios e necessidades prioritárias do curatelado; importa que ele preserve o máximo da vontade do curatelado e que este participe e tenha o consentimento de todas as decisões tomadas (Brasil, 2020).

O juiz impõe algumas normas e regulamentos ditados pelo Estado: quando há ausência total de capacidade de discernimento do curatelado, a curatela será absoluta para todos os atos da vida civil pelo Código Civil, artigo 1.767, I e II; e quando o curatelado dispuser de discernimento parcial, deverá ser limitada de acordo com Código Civil, artigo 1.772 e 1.780. Por consequência, há a limitação dos atos da pessoa idosa, mas de forma que não omita sua autonomia e liberdade. Portanto, é essencial que o curatelado possa decidir, sozinho, questões para as quais ainda tenha discernimento. Assim, a proteção só será necessária quando praticar um ato em que há algum risco para o bem-estar da pessoa idosa (Machado, 2021).

No processo de implementação da curatela, é importante que exista apoio e comunicação familiar, principalmente nas síndromes demenciais quando, em fases iniciais, o paciente ainda está com capacidade de expor suas vontades, de decidir sobre a gerência da sua própria vida e patrimônio, ainda em condições de escolher o cuidador que melhor o representa e possa realizar a partilha dos seus bens. Essas ações podem agilizar a sentença da curatela e impedir a sensação de invalidação da pessoa idosa (Real, 2023).

As restrições à incapacidade de agir não existem para alienação, mas sim para proteção e para impedir o aproveitamento da situação de vulnerabilidade. O curador é sujeito à vigilância do magistrado até

mesmo dos atos mais simples por um período para avaliação da gestão da vida civil do incapaz. Ainda assim, por todo o período de curatela, o juiz pode e deve solicitar uma prestação de contas para análise da gestão patrimonial (Machado, 2021).

CONFLITOS ÉTICOS E SOCIAIS ENVOLVENDO A CURATELA

O grupo social mais acometido pela necessidade da implementação da curatela são as pessoas idosas. Infelizmente, por muitas vezes serem socialmente menosprezadas, tornam-se alvos de ações judiciais desnecessárias para implementar a curatela, realizadas por herdeiros interessados em antecipar o uso do patrimônio que futuramente seria concedido por herança (Medeiros, 2021). Quando o curador não for o cônjuge que possui a partilha de comunhão universal de bens, pode ocorrer o aproveitamento por parte do curador da situação de incapacidade para obter vantagens. Por isso é essencial que haja uma boa avaliação interdisciplinar do estado cognitivo da pessoa idosa para não haver a implementação desnecessária da curatela. É, pois, de suma relevância a vigilância do Estado sobre a assistência do curador; deve monitorar se há o respeito das limitações impostas aos curatelados e exigência do curador em prestar contas (Dias, 2013).

Além do aproveitamento da situação de vulnerabilidade da pessoa idosa, a curatela, se mal praticada, pode diminuir a qualidade de vida, pois a sensação de invalidez e a restrição da autonomia afetam negativamente a autoestima da pessoa idosa. Afinal, o principal efeito decorrente da curatela é a perda da capacidade civil, embora deva haver a promoção da autodeterminação e a não invalidação das funções naturais e sociais do curatelado (Brasil, 2020).

Da mesma forma em que há famílias que querem implementar a curatela para aproveitamento do controle da pessoa idosa, há famílias que são resistentes à instituição da curatela, assim como os próprios indivíduos idosos que ainda mantêm certa capacidade cognitiva e são resistentes por acharem que serão controlados pelo curador. A falsa

sensação de que vai haver invalidação, diminuição e constrangimento da pessoa idosa constantemente se torna um empecilho para a realização da curatela. Nesse caso, é de suma importância que haja o esclarecimento de como realmente funciona a curatela, já que o principal objetivo é a proteção (Medeiros, 2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As síndromes demenciais são condições crônicas de saúde que afetam principalmente a população idosa. Essa condição leva a um importante declínio cognitivo e prejuízo funcional, especialmente para as AVDs e atos da vida civil. A DA é a demência mais prevalente nessa população e apresenta evolução crônica é irreversível. A doença em questão leva à incapacidade de expressar a vontade própria e causa um impacto funcional, condição prevista no artigo 1.767 do código civil como requisito para a aplicação da curatela.

A curatela deve ser considerada um instrumento pacificador de relações sociais e familiares, assim como uma forma de proteção para garantir o bem-estar e a correta gestão do patrimônio do incapaz, de modo que não prejudique seus herdeiros ou mesmo o curatelado. Ela é uma medida excepcional e deve ser implementada pelo menor tempo possível. Para que seja praticada de forma correta, sem impactar negativamente na vida do curatelado, a comunicação do direito com a área da saúde se torna essencial.

O Poder Judiciário deve conduzir de modo rigoroso o processo de curatela; deve estabelecer limites e estratégias para que não tenha como resultado a restrição, perda da dignidade e da autonomia; deve preservar os direitos das pessoas idosas curateladas e promover sua inserção em atividades comunitárias e coletivas para melhor desenvolvimento psicossocial. O relatório médico, por sua vez, visa nortear e auxiliar a decisão judicial e pode identificar a extensão, a gravidade e a eventual reversibilidade da incapacidade do indivíduo a ser curatelado. Nesse sentido, cabe ao Estado regular a aplicação e a

boa gestão da curatela a fim de promover segurança à pessoa idosa por meio de equipe multidisciplinar da saúde para auxiliar no diagnóstico e acompanhamento do curatelado e família.

A sociedade, enfim, deve reconhecer que envelhecer não invalida o indivíduo, mesmo nos casos em que há um declínio cognitivo e que há a implementação da curatela. É essencial que a pessoa idosa seja ouvida e se manifeste sobre suas preferências, seu contexto de inserção, suas limitações em quem confiaria para administrar os cuidados e bens.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. **Curatela e tomada de decisão apoiada: vamos falar sobre isso?** Brasília, 2020. Disponível em <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2020-2/fevereiro/ministerio-lanca-cartilha-em-beneficio-da-populacao-idosa/cartilha-curatela.pdf>

DIAS, M. B. **Manual de direito das famílias**. 9. ed., São Paulo: Revista dos Tribunais, 2013.

DIAS, B. M.; MELO, D. M. Avaliação neuropsicológica e demências em idosos: uma Revisão da literatura. **Cadernos de Psicologia**, v. 2, n. 3, p. 64-84, 2020.

GOMES, E.; LEITE, G. S. A preservação da dignidade e autonomia dos idosos no contexto da curatela. **Revista Brasileira de Estudos Jurídicos**, v. 19, n. 1, p. 1-13, 2025.

MACHADO, J. C. A curatela compartilhada com atribuição de funções: um instrumento de proteção ao incapaz. **Revista da Faculdade de Direito**. Universidade de São Paulo, v. 116, n. 2, p. 369-390, 30 dez. 2021.

MEDEIROS, M. S. **Interdição da pessoa idosa**. 2021. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Direito). Universidade de Santa Cruz do Sul, [S. l.], 2021. Disponível em: <https://repositorio.unisc.br/jspui/bitstream/11624/3274/1/Mariana%20Sebasti%C3%A3o%20de%20Medeiros.pdf>. Acesso em: 13 out. 2025.

PARMERA, J. B.; NITRINI, R. Demências: da investigação ao diagnóstico. **Revista de Medicina**, v. 94, n. 3, p. 179, 21 dez. 2015.

REAL, M. S. L. C. **Análise de uma amostra de processos de Curatela de idosos com síndromes demenciais da Comarca de Belo Horizonte e proposta de um modelo de relatório médico**. 2023. Trabalho de

Conclusão de Curso (Curso de Medicina). Universidade Federal de Minas Gerais, [S. l.], 2023. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/12/1518686/dissertacao-mariana-santos-lyra-corte-real-23112023docx-2.pdf>. Acesso em: 13 out. 2025.

A INTERAÇÃO DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA COM AS FORMAS ALTERNATIVAS DE RESOLUÇÃO DE CONFLITO

*Bruna Marcelle Bastos Dias Marinho*²⁶

*Nilo Lima de Azevedo*²⁷

*Tauã Lima Verdan Rangel*²⁸

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A Constituição Federal de 1988 assegura diversos princípios processuais fundamentais, como o devido processo legal, o contraditório, a ampla defesa e a motivação das decisões judiciais (Brasil, 1988). Esses princípios garantem que todo cidadão tenha o direito de ver seus conflitos apreciados pelo Judiciário, com decisões baseadas em provas, leis e doutrina, e não apenas nas convicções pessoais do juiz. Assim, o processo deve ocorrer dentro de um tempo razoável, assegurando às partes o uso de todos os meios de prova permitidos para demonstrar a verdade dos fatos.

Entretanto, o ingresso no campo jurídico exige o domínio de uma linguagem técnica e formal, utilizada em petições, audiências e demais atos processuais. A formação jurídica tradicional prioriza o embate argumentativo e a defesa de teses, deixando em segundo plano

26 Pós-doutoranda vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Sociais. Mestre e Doutora em Sociologia Política. Graduada em Direito. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9988-6494>. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6511235808052033>. E-mail: brunamarcelle@gmail.com

27 Doutor em Sociologia Política. Professor Associado da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF). Membro do Laboratório de Gestão e Políticas Públicas. E-mail: azevedo.nilo@uenf.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3059-2441>. Lattes: <https://lattes.cnpq.br/8653582069551294>

28 Pós-Doutorando vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Sociais (UENF). Estudos Pós-Doutorais - Programa de Sociologia Política (UENF). Doutor (2015-2018) e Mestre (2013-2015) em Ciências Jurídicas e Sociais (UFF). Bacharel em Direito. Licenciado em Pedagogia. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8802878793841195>. Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-9205-6487>. Correio eletrônico: taua_verdan2@hotmail.com.

métodos consensuais de resolução de conflitos, como a mediação e a conciliação. Essa tradição reforça uma barreira entre quem domina o “jogo jurídico” e quem não compreende sua linguagem, tornando o Judiciário um espaço excludente e burocrático, com processos longos, caros e muitas vezes ineficientes.

O Direito, conforme o jurista Clifford Geertz (1997), é um saber local, moldado pelas particularidades históricas e sociais de cada sociedade. No Brasil, o Judiciário consolidou-se como campo de poder e hierarquia, no qual apenas os que dominam sua linguagem e rituais conseguem participar plenamente. Apesar de iniciativas para ampliar formas consensuais de resolução de litígios, o Poder Judiciário ainda mantém o monopólio sobre essas práticas, centralizando em si o controle sobre os modos de solucionar conflitos e de produzir a própria noção de justiça.

Diante disso, a análise do presente capítulo se debruça acerca dos Métodos Alternativos de Resolução de Conflitos, ainda muito defasados em comparação ao processo judicial, mas que hoje podem e devem ser utilizados em todas as instâncias judiciárias, bem como por todas as pessoas, inclusive as de Direito Público. Nesse sentido, no ano de 2014, o Estado do Rio de Janeiro cria uma Câmara de Resolução de Conflitos para abarcar conflitos de saúde. Essa Câmara recebe processos que abarcam pedidos de saúde, que são analisados tanto pela Procuradoria quanto pela Defensoria que, em conjunto, tem o condão de elaborar um acordo para entregar de forma mais rápida, efetiva e eficaz à Tutela Jurisdicional.

O DECRETO ESTADUAL Nº 45.034 DE 2014

O Decreto Estadual nº. 45.034 de 2014 dispõe sobre a realização de acordos visando ao fornecimento de medicamentos no âmbito da Câmara de Resolução de Litígios de Saúde, órgão criado em conjunto pela Procuradoria Geral do Estado do Rio de Janeiro, pela Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro (DPE) e pela Defensoria Pública da

União (DPU). Portanto, esse decreto regulamenta o procedimento para a realização de acordos entre a Procuradoria do Estado e cidadãos de baixa renda que necessitam de medicamentos e não possuem recursos para comprá-los (Rio de Janeiro, 2014).

A atual Constituição Federal do Brasil foi outorgada em um período em que havia escassez de direitos. Assim, os constituintes optaram em escrever um texto garantivista em que o Estado passaria a ter o dever de fornecer ao cidadão direitos civis, direitos políticos e os direitos sociais como educação, moradia, saúde, garantias trabalhistas, dentre muitos outros. O artigo 196 dispõe: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988).

Assim, é dado a todo o cidadão a garantia de que o Estado fará a promoção para a recuperação da saúde. Valendo-se desse direito, milhares de pessoas por ano, que não possuem condições de arcar com os custos de seus medicamentos ou tratamentos hospitalares, demandam contra o Estado, requerendo que lhe entregue o direito garantido pela Constituição. Essa demanda vem crescendo e cada sentença favorável ao cidadão. O Estado, além de ter que arcar com os custos pelo medicamento ou tratamento de saúde para o requerente, ainda precisa pagar pela sucumbência. Ou seja, acaba tendo que pagar um valor bem mais alto do que se houvesse feito a solução da lide de forma consensual.

Segundo Xavier e Mello (2022), a criação da Câmara decorreu da necessidade de reorganizar a Procuradoria de Serviços Públicos, bem como do aumento das ações judiciais envolvendo questões de saúde. Além disso, o próprio Decreto instituidor destaca que os princípios da eficiência e da economicidade também nortearam sua criação, uma vez que a entrega administrativa de medicamentos possibilita maior planejamento e organização na gestão desses insumos. Desse modo, a Câmara de Resolução de Litígios de Saúde (CRLS) tem como finalidade evitar o ajuizamento de ações para obtenção de medicamentos,

passando a receber e tratar essas demandas pela via administrativa (Estado do Rio de Janeiro, 2025).

Através desse Decreto, o Estado passa, então, a poder realizar acordos, no âmbito dessa Câmara, para a entrega de medicamentos que não sejam padronizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Contudo, não há discricionariedade dos Procuradores ou Defensores ao decidirem quais casos podem ser contemplados, pois estes são determinados por meio de Decretos Governamentais, ou seja, se restringem àqueles em que o Estado tenha sido obrigado a fornecer o medicamento, ao menos uma vez por decisão judicial e confirmada por Tribunal ou Turma Recursal.

Outros requisitos a cumprir, para que a Secretaria de Estado de Saúde realize os acordos, são: comprovação da hipossuficiência; laudo que demonstra a necessidade da utilização do medicamento, seu princípio ativo e dosagem emitido pelo SUS; nos casos em que houver tratamento alternativo para a patologia e o paciente não puder utilizar, ainda é necessário um documento que diga as razões pelas quais os fármacos fornecidos pela rede pública não podem ser utilizados; existência de registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), e não esteja em fase experimental; por fim, parecer do comitê técnico 30 indicado pela Secretaria de Estado de Saúde, que tenha concluído pela necessidade do remédio.

A minuta para celebração do acordo será elaborada pela Procuradoria Geral do Estado, que também tem por competência o esclarecimento de qualquer questão de natureza jurídica acerca da realização daqueles. Trata-se, portanto, de um Decreto pequeno, com apenas sete artigos, mas que tem o condão de ultrapassar diversas barreiras que foram construídas ao longo dos anos por todo o campo jurídico que ainda hoje afirma que o Estado não pode barganhar, uma vez que o faz utilizando dinheiro público.

CÂMARA DE RESOLUÇÃO DE LITÍGIO DE SAÚDE

A Câmara de Resolução de Litígios de Saúde (CRLS) e o Programa +Consenso são projetos criados pela Procuradoria Geral do Estado do Rio de Janeiro em parceria com outros órgãos da Administração Pública, cujo objetivo gira em torno da diminuição de demandas ao Poder Judiciário e promoção da administração consensual dos litígios. A Procuradoria do Estado fornece a estrutura física para a manutenção da Câmara, contudo, as Defensorias Públicas que se encontram no local. Segundo a Carta de Serviços (Procuradoria Geral do Estado do Rio de Janeiro, 2024), os usuários buscam a Câmara com intuito de serem atendidos pela Defensoria do Estado ou pela Defensoria da União e ter acesso à serviços de saúde. O serviço é oferecido a todos os cidadãos, seja para receber medicamentos, marcar cirurgias, obter transferências entre unidades hospitalares, para tanto deverá solicitar atendimento junto à Procuradoria de Serviço de Saúde (Estado do Rio de Janeiro, 2025), que irá encaminhar o caso à CRLS.

O funcionamento acontece da seguinte forma: primeiro, há um atendimento com o Assistente Social, que realiza uma triagem e decide se o caso é de competência da Defensoria do Estado ou a da União; em um segundo momento, de acordo com o parecer da triagem, a pessoa é enviada ao guichê de uma das duas Defensorias, onde entregam toda a documentação requerida e aguardam a análise técnica, que é feita por uma equipe formada por um médico, um farmacêutico e um nutricionista, após a entrega da documentação, é marcado um novo dia para que a parte volte para saber o resultado; por fim retornam até a Câmara para saber qual é o resultado e se o Estado irá ou não fornecer o medicamento.

O percentual de entrega do medicamento ou assistência de saúde, no ano de 2016 foi de 58%, já no ano de 2023, de 60% (Procuradoria Geral do Estado do Rio de Janeiro, 2024). Todavia, ainda existem muitas barreiras como, por exemplo, ainda não há como fornecer medicamentos que não estejam na lista da Anvisa; dessa forma, quando chegam medicamentos fora da lista, a equipe técnica

necessita requerer ao assistido que retorne ao médico para requerer tratamento alternativo que se enquadre nas listas fornecidas pelo Estado para tratamento da doença e, caso não haja, o único caminho é a judicialização.

Percebe-se que nessa Câmara não acontece mediação ou conciliação, o que há é a entrega do medicamento por meios administrativos, que já se encontram na lista da Anvisa e que o Estado já tem o dever de fornecer. Não há qualquer possibilidade de provimento de saúde que não constam na tal lista. Além disso, não há sequer algum representante do Estado para o caso de haver qualquer necessidade de conciliação. A própria estrutura que foi formada e os procedimentos exigidos não requerem a presença de um procurador.

Quanto à eficácia da Câmara, os números fornecidos pelo próprio órgão demonstram que 60% dos casos que chegam a eles são resolvidos, e 40% vão para o Poder Judiciário. É possível verificar que essa Câmara está realizando um projeto diferenciado, que ainda não existe em muitos estados, o Rio de Janeiro foi pioneiro nessa entrância. Há eficácia quanto ao seu objetivo de diminuir as demandas judiciais, contudo, não há conciliação ou mediação de fato, o que há é a entrega de um direito do qual o necessitado já dispunha.

Outra questão intrigante é o fato de não haver qualquer representante da PGE/RJ na Câmara que o próprio órgão implementou. Não foi encontrada nenhuma resposta concreta. Contudo, por meio de nossos estudos, principalmente a pesquisa de campo, é perceptível que a Procuradoria do Estado do Rio de Janeiro não participa de qualquer forma de resolução de litígio que não seja diante do magistrado, ou se o próprio órgão requerer.

Então, o que se verificou foi que, mesmo diante de um órgão que serve como exemplo para outros Estados, não há participação efetiva da PGE/RJ, pela mesma razão encontrada para que os procuradores não se dirijam às audiências de conciliação não presididas por um magistrado. Nesse sentido, a falta de regulamentação, o medo de uma ação de responsabilidade e a manutenção do *status* – não se curvando para falar diretamente com as partes necessitadas, já que essa é a

função da Defensoria, que aliás, se encontra na Câmara –, nos parece as principais variáveis que explicam a não participação da PGE/RJ nas audiências de conciliação.

Mills (1962, p. 329) ensina que a elite do poder compõe-se da coincidência do comando econômico, militar e político, não se baseando apenas na hierarquia de elites institucionais ou na correspondência de seus interesses, mas também na identidade de quem a forma, nas suas relações e afinidades psicológicas, pessoais e sociais.

Os altos membros das ordens militar, econômica e política estão sempre prontos a adotar o ponto de vista uns dos outros, com simpatia, e frequentemente também com conhecimento de causa. Definem-se como os que contam, e por isso devem ser levados em conta. Cada um deles, como membro da elite do poder, assimila a sua integridade, sua honra, sua consciência, o ponto de vista, a expectativa, os valores, de outros. Não havendo ideias nem padrões comuns entre eles baseados numa cultura explicitamente aristocrática, nem por isso deixam de se sentir responsáveis uns perante os outros (Mills, 1962, p. 334).

Mills (1962, p. 330) ainda explica que entre os que tomam as decisões se encontram aqueles que são escolhidos para a sua posição por causa de seus “conhecimentos especializados”, advertindo que por isso não há como deduzir os interesses de determinadas classes nesse moderno sistema de poder. Explica, nesse sentido, que se deve analisar através da psicologia política, das decisões e de sua composição social. Através desse entendimento, depreende-se que procuradores e juizes fazem parte dessa elite. Assim, para garantir o seu *status*, honra e poder, acabam por defender os interesses uns dos outros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante de todo o estudo bibliográfico, legislativo e de campo, é possível alcançar como conclusão que não há qualquer impedimento de que a Administração Pública resolva os seus conflitos por algum meio consensual; ao contrário, há diversas leis que permitem essas formas alternativas de resolução. Contudo, ainda há uma barreira muito grande criada pelos próprios atores, sejam os servidores do tribunal, procuradores e mesmo os juízes, que acabaram por se adequar às formas tradicionais de findar um processo, que é a sentença prolatada pelo magistrado.

O Rio de Janeiro já abarca alguns centos de resolução consensual de conflitos, inclusive um criado pela própria PGE, que é a Câmara de Resolução de Litígios de Saúde, que, mesmo não realizando mediações de fato, tem exercido um importante papel na mudança nas novas políticas instituídas pela Resolução 125 do CNJ e pelo CPC de 2015 (Brasil, 2015). Ainda há um longo caminho a percorrer, diversas barreiras a quebrar, as leis têm avançado e a cultura da sociedade jurídica tem que andar longos caminhos para alcançar essas mudanças, que vêm para mudar não somente a forma de se resolver um conflito, mas também a forma com que se enxergam o Judiciário, não mais como um aquele que dá as decisões, mas aquele que intermediam para com que as próprias partes consigam resolver o seu conflito, encontrando uma melhor resolução.

REFERÊNCIAS

BRASIL. [Constituição (1988)] **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidente da República. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 10 out. 2025.

BRASIL. Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015. **Código de Processo Civil**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 17 mar. 2015.

ESTADO DO RIO DE JANEIRO. [DECRETO 45.034 de 2014]. **Decreto 45.034 de 2014**. Rio de Janeiro, RJ: Governador do Estado do Rio de Janeiro. Disponível em: <https://leisestaduais.com.br/rj/decreto-n-45034-2014-rio-de-janeiro-altera-o-decreto-n%C2%BA-45034-de-10-11-2014-e-da-outras-providencias>. Acesso em 15 de outubro de 2025.

ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Acessar Câmara de Resolução de Litígios de Saúde (CRLS)**. Disponível em: <https://www.rj.gov.br/servico/acessar-camara-de-resolucao-de-litigios-de-saude-crls952>. Acesso em 19 de outubro de 2025.

GEERTZ, Clifford. **O saber local**. Petrópolis: vozes, 1997.

MILLS, C. Wright. **A elite do poder**. Rio de Janeiro: Zahar, 1962.

PROCURADORIA GERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, **Câmara resolução de litígios de saúde (CRLS)**. Disponível em: <https://pge.rj.gov.br/camara-resolucao-de-litigios-de-saude-crls>. Acesso em 15 de outubro de 2024.

XAVIER, Maria de Lourdes Costa; MELLO, Paula Rocha de. **Câmara de Resolução de Litígios de Saúde: uma homenagem aos dez anos de funcionamento**. Revista Carioca de Direito, Rio de Janeiro, Vol. 3, n. 1, jan./jun. 2022.

O EMPREGO DO TERMO “VELHO” COMO DEFINIÇÃO PARA A PESSOA IDOSA: A PERSPECTIVA SEMÂNTICO-PSICOLÓGICA

*Nelia da Fonseca Pinto Ferreira*²⁹

*Greziene dos Santos Silva*³⁰

*Luis Otavio Azevedo Barreto*³¹

*Valtair Afonso Miranda*³²

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Este trabalho se debruça sob a compreensão semântico-psicológica do termo “velho”, empregado para definir o indivíduo idoso. A semântica trata de estudar o significado da palavra dentro de um determinado contexto; é um instrumento da ciência linguística. Unida à psicologia, ela se converte numa ferramenta semântico-psicológica que vai observar a relação que se estabelece entre a linguagem e a mente e em seus desdobramentos, quais sejam: a influência no pensamento, a percepção do comportamento humano e seus vieses. Desse modo, pode-se entender como um expediente interdisciplinar vai se servir da semântica (que é o estudo dos significados), bem como da psicologia (que se dedica a estudar a mente e o comportamento).

Esta pesquisa surge dentro de uma realidade patente no Brasil: o aumento do número de indivíduos idosos. Dados do IBGE (2004) apontam uma curvatura acelerada na projeção de aumento dessa população, o que reclama a premente necessidade de um conjunto

29 Graduanda do Programa de Pós-graduação em Cognição e Linguagem (Uenf). E-mail: Neliafonseca.psi@gmail.com.

30 Graduanda do Programa de Pós-graduação em Cognição e Linguagem (Uenf). E-mail: grezienesantos@gmail.com.

31 Estudante de psicologia do Centro Universitário São Carlos (Unifamesc). E-mail: luisotaviobarreto.psi@gmail.com.

32 Pós-doutorado em Cognição e Linguagem (Uenf). E-mail: valtairmiranda@gmail.com.

de políticas públicas que sejam capazes de suprir as implicações envolvidas nesse crescimento. Conforme Jardim, Medeiros e Brito (2006), o Brasil não se preparou adequadamente para atender as necessidades da população idosa, de modo que o envelhecimento, ou o sujeito idoso, se configura como um “problema”. Ora, o que então deveria ser considerado uma conquista, seja esta a longevidade, é entendido como uma espécie de encargo para a família, sociedade e Estado.

Considerando tais fatores, surge o seguinte questionamento: de que forma o emprego do termo “velho”, em oposição a “idoso”, influencia as representações semânticas e psicológicas sobre o envelhecimento, afetando a forma como a sociedade compreende e trata seus sujeitos envelhecidos? Na busca de considerações a esse respeito, o principal objetivo consta de investigar o emprego do termo “velho” na construção social da pessoa idosa, sob a perspectiva semântico-psicológica, considerando sua incidência na formação de estereótipos, estigmas e percepções depreciativas sobre o envelhecimento. Como objetivos específicos, a pesquisa assinala: identificar os sentidos atribuídos ao termo “velho” em discursos midiáticos, institucionais e cotidianos; analisar os efeitos psicológicos do uso da expressão “velho” na autoimagem de pessoas idosas; investigar diferenças culturais e regionais no uso e percepção do termo; comparar o impacto semântico dos termos “velho” e “idoso” no imaginário social contemporâneo.

O trabalho se justifica a partir da compreensão de que a linguagem é uma poderosa ferramenta de construção de realidades e, por isso mesmo, tem papel crucial na formação das representações sociais sobre a velhice. Assim, no contexto do envelhecimento, o termo “velho” não apenas designa uma fase da vida, mas também carrega julgamentos de valor, que afetam diretamente o modo como os sujeitos são vistos e como se veem. Estudos demonstram que esse termo está associado a imagens de decadência, doença e dependência (Uchôa, 2003). Por sua vez, o termo “idoso”, adotado por legislações como o Estatuto do Idoso, tende a representar uma abordagem mais

respeitosa e cidadã. Tal diferença terminológica revela não apenas uma mudança linguística, mas também simbólica e política. Compreender as implicações da escolha vocabular é essencial para combater o ageísmo, ou preconceito etário, e promover um envelhecimento mais digno e socialmente valorizado.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de modo que para sua realização foi adotado um expediente de caráter exploratório e descritivo, com base em revisão bibliográfica. Considerou-se a Teoria das Representações Sociais (Moscovici, 2003), com apoio da Análise do Discurso Crítica (Fairclough, 2001), o que permitiu identificar a relação entre linguagem, poder e identidade.

Portanto, a presente investigação se propõe a uma reflexão em torno dos efeitos simbólicos, culturais e subjetivos provocados pela nomeação da pessoa idosa como “velho”, privilegiando uma abordagem interdisciplinar que compreende a linguagem como mediadora das relações sociais e estruturante das identidades. Ao lançar luz sobre os sentidos atribuídos a essa designação e seus impactos psíquicos e sociais, pretende-se não apenas contribuir para o avanço teórico sobre o tema, mas também subsidiar ações práticas e políticas públicas voltadas à valorização da velhice.

IMPLICAÇÕES SEMÂNTICAS NA REPRESENTAÇÃO DA TERCEIRA IDADE

A linguagem é um fenômeno estruturante da realidade social. Ela não apenas nomeia o mundo, mas também o interpreta, o valoriza e o hierarquiza. A semântica (ciência no campo da linguística) é responsável pelo estudo do significado das palavras; seu objeto de estudo é a relação dos signos com aquilo que estes significam, numa língua dada; logo, ela permite compreender como os termos carregam sentidos que não são neutros, mas social e historicamente construídos.

Segundo Biderman (2001), as palavras não existem em estado puro: são atravessadas por contextos culturais, usos históricos e

relações de poder. Assim, os termos “velho” e “idoso” não são apenas sinônimos do ponto de vista cronológico, não obstante, expressam visões de mundo distintas e, muitas vezes, antagônicas. Na verdade, não há sinônimos perfeitos, pois “é muitas vezes impossível dar o significado de uma palavra sem inseri-la num contexto” – como já lecionava Lyons (1979, p. 435) –, o que nos leva a inferir que a significação das palavras, além de estar atrelada às intenções do produtor da mensagem, trata-se, sobretudo, de um fenômeno contextual. Muito importam ao locutor as escolhas lexicais e as combinações sintáticas que faz para produzir sentidos compatíveis com suas intenções.

Nessa perspectiva, o termo “velho”, prodigamente utilizado no cotidiano brasileiro, traz consigo, em sua carga semântica, sentidos depreciativos associados à inutilidade, à fragilidade e à exclusão. Já numa outra perspectiva, o termo “idoso” – consolidado no campo jurídico e nas políticas públicas a partir do Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003) – busca conferir dignidade e reconhecimento à fase avançada da vida (Brasil, 2003). Essa distinção semântica assinala o papel performativo da linguagem, que não apenas descreve a realidade, mas a constitui (Austin, 1990). Dizer “velho” é, então, mais do que classificar um sujeito pela idade; trata-se de ativar uma rede de sentidos historicamente sedimentados que impactam a forma como o indivíduo é percebido e tratado socialmente.

Considerando o ponto de vista psicológico, as palavras mobilizam afetos, valores e expectativas. Ora, a psicologia social tem se debruçado sobre os efeitos dos estereótipos e do preconceito na autoimagem de grupos vulneráveis, como os idosos. De acordo com Neri e Freire (2020), a repetição de termos depreciativos em contextos familiares, midiáticos e institucionais contribui para a internalização de imagens negativas sobre o envelhecimento. Essa internalização afeta diretamente a autoestima, a motivação e o sentimento de pertencimento das pessoas idosas. O ageísmo manifesta-se não apenas em ações discriminatórias explícitas, mas também em práticas simbólicas e discursivas, como o vocabulário utilizado para se referir aos sujeitos envelhecidos.

A Teoria das Representações Sociais, desenvolvida por Moscovici (2003) (de caráter referencial e construtivista), ao re-apresentarem algo, oferece uma base teórica fundamental para a compreensão de como o imaginário coletivo se organiza em torno da velhice. Para o teórico, as representações sociais são formas de conhecimento prático que orientam os comportamentos e conferem sentido ao mundo cotidiano. Elas são transmitidas pela linguagem e reproduzidas nos discursos sociais, incluindo meios de comunicação, escola, família, instituições públicas dentre outras, isto é, nos lugares em que os atores/sujeitos sociais se encontram, falam e dão sentido ao cotidiano (Jovchelovitch, 2000).

Consoante Jovchelovitch (2000, p. 41), as representações sociais lutam “para dar sentido, interpretar e construir o mundo” no qual o sujeito social se insere. “Para além das estruturas dadas da vida social, elas oferecem a possibilidade da novidade, da autonomia, daquilo que ainda não existe, mas que poderia existir. Elas são, nesse sentido, uma relação do ausente e um meio de evocar o possível”. Assim, por que não substituir o termo “velho” por “idoso”, uma vez que chamar alguém de “velho” é, também, reiterar uma representação social de decadência e obsolescência? Afinal, as representações sociais ressaltam o quão necessário é a alteração do não familiar em familiar.

Outrossim, é importante considerar que a linguagem não opera de forma homogênea em toda a sociedade. Há variações culturais, regionais e geracionais nos usos e significados atribuídos às palavras. Desse modo, “mais do que a palavra em si, o homem carrega uma carga cultural: interage com outros homens, percebe o mundo a sua volta de maneira diferente e é capaz de significar o mundo de forma diferenciada” (Ribeiro, 20016, p. 9). Sendo assim, em determinadas culturas locais, o termo “velho” pode ser utilizado de forma afetuosa ou respeitosa, enquanto em outras tem conotação claramente negativa. Essa polissemia – multiplicidade de significados – evidencia a necessidade de uma abordagem interseccional e contextualizada da linguagem, que leve em conta os múltiplos fatores envolvidos em sua produção e recepção.

A articulação entre semântica, psicologia e representações sociais, portanto, fornece o alicerce teórico necessário para investigar os efeitos do vocabulário na construção simbólica da velhice. Ao examinar os discursos que naturalizam o termo “velho” e seus efeitos sobre a subjetividade dos idosos torna-se um caminho para contribuir para a desnaturalização de práticas linguísticas que sustentam o preconceito etário e para a promoção de uma cultura de respeito e valorização do envelhecimento.

TERMINOLOGIA E PERCEPÇÃO: PALAVRAS QUE IMPORTAM (VELHO OU IDOSO?)

Considerando a perspectiva da psicologia, o uso repetido de designações negativas interfere na autoimagem da pessoa idosa. Conforme Neri e Freire (2020), a linguagem atua como mediadora na formação da identidade subjetiva, e palavras depreciativas internalizadas afetam a autoestima, a motivação e o bem-estar. Ademais, há importantes variações regionais e culturais na aceitação do termo. Em comunidades tradicionais ou rurais, “velho” pode representar sabedoria e autoridade, enquanto em centros urbanos, é mais frequentemente associado à exclusão e à perda de funcionalidade. Essas distinções reforçam a importância de uma abordagem sensível ao contexto e à pluralidade dos sujeitos envelhecidos.

Ainda à luz da psicologia, as palavras mobilizam afetos, valores e expectativas. Ora, a psicologia social tem se debruçado sobre os efeitos dos estereótipos e do preconceito na autoimagem de grupos vulneráveis, como os idosos. De acordo com Neri e Freire (2020), a repetição de termos depreciativos em contextos familiares, midiáticos e institucionais contribui para a internalização de imagens negativas sobre o envelhecimento. Essa internalização afeta diretamente a autoestima, a motivação e o sentimento de pertencimento das pessoas idosas.

Outrossim, é importante considerar que a linguagem não opera de forma homogênea em toda a sociedade, mas, sim, vai servir algum tipo de necessidade humana, sua base emocional está arraigada na *psique* do homem (Camacho, 2010). Na etapa derradeira da vida, conforme Motta (1997),

[...] não contamos com uma designação satisfatória para ele [indivíduo longo]. Neste caso dos idosos, o problema conceitual tem a ver com a imagem social que se tem deles, isto é, antes de uma dificuldade de construção de categorias, tem-se um problema – e uma explicação – com as representações sociais do objeto de reflexão.

Nesse sentido, ainda que envelhecer seja um privilégio de quem chega a essa fase final da vida, tendo vivido anos repletos de experiências que enriquecem a formação de uma consciência crítica sobre o presente, o mundo capitalista imprimiu no imaginário coletivo a noção de decadência e inutilidade daqueles que não mais são produtivos ao mercado de trabalho. O que é inativo, velho, é descartável (Moscovici, 2003). Assim, ser chamado de velho pode soar de maneira negativa. Com efeito, a terminologia utilizada para se referir à população mais velha é crucial para a compreensão das percepções sociais e culturais associadas ao envelhecimento. Embora os termos “velho” e “idoso” sejam frequentemente utilizados de maneira intercambiável, eles carregam conotações semânticas distintas.

O termo “velho” tende a evocar uma imagem negativa, muitas vezes associada à fragilidade, obsolescência e desvalorização, refletindo estereótipos que podem contribuir para a marginalização dessa faixa etária. Já “idoso” é um termo mais neutro e respeitoso, que reconhece a dignidade e a experiência acumulada ao longo da vida. Essa diferença semântica é fundamental, pois o uso do termo adequado pode influenciar a percepção social e promover uma visão mais positiva e inclusiva do envelhecimento, contribuindo para a

valorização do conhecimento e das vivências dos indivíduos nessa fase da vida.

Nessa linha conceitual, tem-se hoje o termo “terceira idade” – uma denominação mais eufemística para a designação da velhice. O saber léxico-gramatical confere ao produtor de enunciados “exercer com proficiência sua capacidade de comunicação e de produção de sentido. Pode-se afirmar que a competência comunicativa está intimamente relacionada ao domínio de um vasto repertório linguístico, com todas as variações lexicais que ocorrem nas diversas situações de interação” (Coelho, 2016, p. 234).

Para Moura (2024) a comparação entre os dois termos revelou distinções relevantes. “Velho” aciona redes de sentido ligadas à degeneração, abandono e obsolescência. “Idoso”, por sua vez, se associa a direitos, dignidade e reconhecimento institucional. A mudança linguística não é apenas semântica, mas simbólica e política, e sua adoção tem implicações práticas para o combate ao preconceito etário.

Com efeito, a forma como uma sociedade nomeia os sujeitos revela muito sobre a maneira como os compreende e os valoriza. De modo particular, a designação da pessoa idosa como “velho” ainda é recorrente no Brasil, não obstante os avanços conceituais, legais e culturais na área do envelhecimento. Convém assinalar que o termo, frequentemente carregado de sentidos pejorativos, parece colidir com o ideal de dignidade do envelhecer defendido por organismos nacionais e internacionais. A expressão “velho” não é neutra, posto que evoca não apenas a idade cronológica do indivíduo, mas todo um conjunto de conotações ligadas à fragilidade, inutilidade e obsolescência. Para além disso, o uso corriqueiro da expressão em noticiários, filmes, músicas e nas relações familiares tende a reforçar e mesmo naturalizar visões estereotipadas da velhice, tornando-a sinônimo de decadência.

Nesse sentido, a análise do impacto dessa linguagem exige um olhar interseccional que una semântica e psicologia, para compreender de que forma o discurso atua na constituição de identidades e estigmas. A influência da linguagem no modo como as pessoas idosas são tratadas

vai além do plano simbólico: impacta diretamente políticas públicas, comportamentos sociais e até tomadas de decisões institucionais em áreas como saúde, assistência social e comunicação. Em um contexto em que a população brasileira envelhece de forma acelerada, refletir criticamente sobre os significados atribuídos aos termos utilizados para designar essa população torna-se uma urgência ética e política. O combate ao preconceito etário começa pela linguagem.

No contexto familiar, convém ressaltar, o termo “velho” é por vezes utilizado com afeto, como em “meu velho pai”. Por certo, o tom de voz impresso pelo locutor, quando carregado de afeto, é inofensivo, ou melhor, é bem-vindo, influencia positivamente na recepção da mensagem confere apreço à figura paterna. Porém, a simples inversão de termos “meu pai velho” pode resultar numa expressão isenta de ternura, isto é, uma simples constatação da idade; e ainda – a depender do tom de voz – pode ter uma conotação negativa. Infere-se juntamente com (Pinto, 2016, p. 46) que “o significado das sentenças não depende apenas das palavras que a formam, mas também de aspectos gramaticais como ordem das palavras, entre outros”. Nessa mesma linha de pensamento, lembra Coelho (p. 239) que

[...] as lexias (palavras de uma língua), constituem unidades de características complexas, que dependem das combinações que se fazem com elas. No processo de textualização, podem adquirir diferentes significados, visto que o léxico de cada língua tem como propriedade fundamental seu caráter dinâmico, assumindo o sentido que lhe é atribuído de acordo com a **intenção** do enunciador e o conhecimento do interlocutor (Grifo nosso).

Portanto, há de se ter cuidado para a utilização do termo “velho”, em razão da grande possibilidade de carregar traços de uma visão que associa a velhice à fragilidade e ao declínio. É patente que a ambiguidade semântica contribui para a naturalização e estruturação

de preconceitos, dificultando a construção de uma imagem positiva da velhice. Em contraste, o termo “idoso”, quando utilizado em documentos oficiais e na mídia institucional, evoca um sentido de respeito e cidadania, embora ainda enfrente resistência no uso cotidiano.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa demonstrou que a linguagem exerce papel central na construção das representações sociais sobre o envelhecimento. O uso do termo “velho”, embora enraizado na cultura brasileira, perpetua imagens negativas que contribuem para a marginalização simbólica da pessoa idosa. Em contrapartida, a adoção consciente de vocabulários como “idoso”, “experiente” ou “pessoa idosa” pode auxiliar na promoção de uma cultura de respeito e inclusão.

O estudo revelou que as palavras não são neutras e que suas escolhas refletem e reforçam posições sociais, afetando diretamente a autoestima e a percepção social dos sujeitos; elas traduzem o cuidado de respeitar o outro numa interação dialógica. Sendo assim, diante do aumento acelerado da população idosa no Brasil, torna-se urgente rever práticas discursivas que alimentam o ageísmo, reconhecendo o papel da linguagem como instrumento de inclusão ou exclusão.

Por fim, o trabalho aponta para a necessidade de políticas públicas que contemplem a linguagem como eixo transversal de promoção da cidadania e da dignidade na velhice, bem como a importância de ações educativas voltadas à formação de uma consciência crítica sobre os efeitos do discurso no trato com a população idosa.

REFERÊNCIAS

AUSTIN, J. L. **Quando dizer é fazer: palavras e ação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

BIDERMAN, M. T. C. **Semântica**. São Paulo: Ática, 2001.

BRASIL. Estatuto do Idoso. **Lei nº 10.741**, de 1º de outubro de 2003. Diário Oficial da União, Brasília, 2003.

CAMACHO, R. G.. Uma reflexão crítica sobre a teoria sociolinguística. DELTA: Documentação de Estudos em Lingüística Teórica e Aplicada, v. 26, n. 1, p. 141-162, 2010.

COELHO, F. A. C. As relações lexicais nas situações comunicativas e a construção do sentido. p. 231-260. *In*: PINTO, D. C. M. V.; COELHO, F. A. C.; RIBEIRO, R. M. P. **Introdução à semântica**. Rio de Janeiro: Fundação Cecierj, 2016.

FAIRCLOUGH, N. **Discurso e Mudança Social**. Brasília: UnB, 2001.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estudos e pesquisas, informação demográfica e socioeconômicas: síntese de indicadores sociais 2003**. Rio de Janeiro: 2004. n.12

LYONS, John. **Introdução à lingüística teórica**. São Paulo: Nacional, 1979.

JARDIM, T. A.; MEDEIROS, M. M.; BRITO, F. M. Envelhecimento populacional e políticas públicas no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 4, p. 941-949, 2006.

JOVCHELOVITCH, S. **Representações sociais e esfera pública: a construção simbólica dos espaços públicos no Brasil**. Petrópolis-RJ: Vozes, 2000.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais**: investigações em psicologia social. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

MOURA, E. L. B. de. Ageísmo na pesquisa científica. **Revista Bioética**, v. 32, p. e 3728 PT, 2024.

MOTTA, Alda Brito da. Palavras e convivência idosos, hoje. **Revista Estudos Feministas**, v. 5, n. 1, 1997.

NERI, A. L.; FREIRE, S. A. **Psicologia do envelhecimento**: interfaces com a saúde e a cultura. Campinas: Papirus, 2020.

PINTO, D. C. M. Semântica e Pragmática: divisão ou relação? p. 33-52. *In*: PINTO, D. C. M. V.; COELHO, F. A. C.; RIBEIRO, R. M. P. **Introdução à semântica**. Rio de Janeiro: Fundação Cecierj, 2016.

RIBEIRO, R. M. P. Muito além das palavras e sentidos: uma breve introdução à semântica. p. 7-32. *In*: PINTO, D. C. M. V.; COELHO, F. A. C.; RIBEIRO, R. M. P. **Introdução à semântica**. Rio de Janeiro: Fundação Cecierj, 2016.

UCHÔA, E. Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. **Caderno de Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 849-53, 2003.

A PERSPECTIVA DA MORTE SOB A ÓTICA DA VIVÊNCIA INTEGRATIVA

Denise Tinoco Novaes Bedim³³

Igor Tinoco Novaes Bedim³⁴

Thais Aparecida Marques Zanon Jacomino³⁵

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Processos psicológicos relacionados ao luto em caso da perda de alguém levam pacientes a necessitarem de intervenções especiais, tais como cuidados paliativos incluindo profissionais de saúde. Ainda que se saiba sobre a finitude da vida, nota-se o preparo ineficiente para lidar com a perda de alguém que seja precioso. Diante de inúmeras teorias que abordam o luto, uma das mais famosas, é os cinco estágios do luto de Elisabeth Kübler-Ross, psiquiatra suíço-americana. A autora escreveu o livro *Sobre a morte e o morrer*, que é uma pesquisa realizada com estudantes universitários baseando-se em depoimentos

33 Mestre em Psicologia pelo Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora, CES/JF (2005). Especialista em Psicologia Escolar/Educacional pelo Conselho Regional de Psicologia. Especialista em Psicologia Clínica pelo Conselho Regional de Psicologia. Especialista em Psicanálise Clínica pela Universidade Federal Fluminense, UFF/RJ (1999). Especialista em Docência do Ensino Superior pelo Instituto Brasileiro de Medicina de Reabilitação. Graduada em Psicologia Clínica, Licenciatura, Bacharelado em Psicologia pela Faculdade Maria Thereza, FAMATH/RJ (1990). Coordenadora do Grupo Operativo da Terceira Idade, UniFSJ (2016). Professora de Psicologia Prática no curso de graduação de Medicina na Universidade Iguazu, **campus V**, Unig, (2016-atual). Professora de psicologia nos cursos de Educação Física, Engenharia de Produção e Nutrição na Unig, **campus V** (2018-atual). Professora no Curso de pós-graduação em Neurociências e Neuropsicologia na Unig, **campus V**. (2018-atual). Membro Voluntário do Fórum Serviços de Apoio ao Estudante de Medicina (Forsa) (2018-Atual). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3759698093289541>. E-mail: denisetnbedim1@gmail.com.

34 Graduado em Medicina pela Unig, **campus V** (2023). Plantonista no Hospital São Vicente de Paula, UPA Itaperuna/RJ e Pronto Socorro em Italva/RJ e Clínico Geral na Unidade de Saúde Frigorífico. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2553592371050902>. E-mail:

35 Graduada em Medicina na Unig - **campus V** (2020-2025). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4363897715547289>. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1158-8845>. E-mail: thaiszanon@gmail.com

de pacientes terminais. Daí nasceu a sua teoria denominada “5 fases dos lutos”: a negação, raiva, depressão, barganha e aceitação.

A despeito de ser bastante utilizada, essa teoria carece de evidências científicas. Nesse processo, pode-se observar que a pessoa enlutada passa por estágios diferentes até que consiga lidar bem com a perda sofrida. Há muitas singularidades do enlutado e influências culturais que não cabem dentro de um padrão estabelecido. De qualquer forma, a obra de Kübler-Ross tem o seu valor no quesito cuidados paliativos e na temática do luto até então (1969, data de publicação do livro) sem visibilidade no âmbito acadêmico.

Sendo assim, o objetivo deste capítulo é apresentar o Modelo Kübler-Ross, as contribuições reflexivas da autora sobre o luto em face da iminente morte, mas sobretudo abordar essa mesma questão, porém sob a ótica da vivência integrativa. Para tanto, o caminho metodológico parte de uma revisão de literatura bibliográfica fundamentada em artigos científicos, revistas e normas *online* baseados em dados como SciELO, Lilacs, Google Acadêmico, a fim de verificar visões destacadas por diferentes autores a respeito do tema, tendo como principal referência teórica a pioneira Elisabeth Kluber-Ross.

A relevância deste estudo está no fato de que seja necessário compreender os diferentes aspectos subjetivos envolvidos na atuação diante de enfermos terminais ou doença que requer cuidados paliativos, o que faz perceber a necessidade de ampliar estudos e debates acerca da morte que ocorre na prática de profissionais de saúde nos contextos de sua atuação. Ainda que a morte seja apontada como um evento natural, existem dificuldades emocionais, as quais são influenciadas por fatores como a conjunção de saúde em que a morte acontece, o suporte emocional nas instituições de saúde e a formação acadêmica.

Mais que isso, a invisibilidade da questão “luto em face da morte iminente” carece de que os profissionais da saúde considerem em sua prática essa condição, quase sempre permeada de dor, seja física, seja emocional, sejam ambas. Conhecimentos sobre o tema evitam um luto

mal elaborado, tendo em vista que existem formas menos dolorosas e serenas de vivenciar esse momento peculiar a existência humana.

O LUTO DIANTE DA MORTE

Ainda que se saiba sobre a finitude da vida, observa-se, com frequência, o preparo ineficiente para lidar com a perda de alguém que seja precioso. Nesse processo, pode-se observar que a pessoa enlutada passa por estágios diferentes até que consiga lidar bem com a perda sofrida. Segundo Cavalcanti, Samczuk e Bonfim (2013), durante o processo de luto, a pessoa normalmente passará por sofrimento, por um período de tristeza profunda, poderá apresentar desinteresse por qualquer atividade que não esteja relacionada ao objeto de perda, bem como poderá apresentar incapacidade e vontade de ter um novo objeto de amor.

Cabe ressaltar, que nesse sentido, para o entendimento de luto, é necessário perceber que, para o sujeito, aquela perda não é apenas real, como também simbólica, isto é, o que aquela pessoa representa, simbolicamente, para o sujeito que experimenta o luto. O luto se refere ao conjunto de reações psicológicas e emocionais a uma perda, de um objeto, animal ou uma pessoa que seja de grande estima. Presume-se que quanto maior e mais intenso for seu vínculo com o objeto ou a pessoa de afeto, maior será o sofrimento. Um outro aspecto que merece ser mencionado é, segundo Freud e Melaine Klein, a perda e o sentimento gerado não necessariamente referente a uma pessoa, mas a um objeto, animal, situação ou um fato.

O luto dói, por isso é essencial entendê-lo para melhor amenizá-lo. Em relação ao prestador de cuidado – médico, enfermeiro, assistente social, psicólogo, dentre outros –, a preocupação é de como esses profissionais lidam com a morte. Estão eles preparados para lidar com o luto dos pacientes no dia a dia? Eis a questão que carece de respostas (Cavalcanti; Samczuk; Bonfim, 2013).

Recorre-se, por ora, ao modelo de luto proposto por Kluber-Ross (2005), que a autora divide em cinco estágios e os submete a qualquer perda pessoal considerada catastrófica, incluindo a morte ou um divórcio. No processo de sua pesquisa a autora verificou que os estágios aconteciam de formas e ordens distintas, pois nem toda pessoa os manifestava na mesma ordem e nem todos os estágios eram vivenciados por todos os sujeitos. Porém, segundo esse modelo, um indivíduo experimentaria pelo menos dois dos cinco estágios. Ela diz: “Nosso luto é tão individual como nossas vidas”. Sendo assim, uma mesma pessoa pode ir da fase da negação para a barganha, como da barganha para a raiva e voltar para a anterior.

Cada luto é singular na medida em que os seres humanos o são, com suas particularidades e diferenças. O modelo de Kluber-Ross envolvia familiares e pacientes com doenças terminais. A pesquisadora amplia a discussão da pesquisa para alcançar as equipes dos prestadores de cuidados, se eles também vivenciam o luto com a perda de seus pacientes.

Quanto ao treinamento médico, Lima e Buys (2008) menciona o Dr. Olive Cope, o qual considera que algo sucede aos estudantes durante seus anos de estudo. Há molde educacional que deforma a visão deles por se centralizarem cada vez mais nas ciências exatas, em detrimento dos aspectos emocionais e comportamentais do paciente. Em contrapartida, é possível observar que as ciências sociais e as ciências do comportamento vêm sendo estudadas em muitas escolas de medicina e enfermagem a fim de levar os estudantes a desenvolverem a ideia de que os aspectos humanos da saúde e da doença exigem atenção muito especial.

Mesmo diante dos conhecimentos da finitude da vida, parece não haver um preparo suficiente para lidar com a perda de alguém que seja precioso. Nos cuidados paliativos, essa dificuldade é uma parte esperada do luto, pois, devido à sua natureza única, os seres humanos, dotados de emoções e sentimentos, não deixam de sentir as perdas mais relevantes para cada um. Diante de uma perda, é possível minimizar o sofrimento, acolher os sintomas e acompanhar o familiar

para que ele possa expressar naturalmente as reações esperadas no luto. Já aos profissionais de saúde cabe conhecer esse processo e prestar assistência à família do paciente em cuidados paliativos de forma humanizada e qualificada (Lima; Buys, 2008).

O luto pode ser vivenciado de diferentes maneiras de acordo com a cultura. Não há, pois, um comportamento padrão determinado para todas as pessoas, pois cada ser humano sente e demonstra suas emoções e sentimentos individualmente (Cf. Figura).

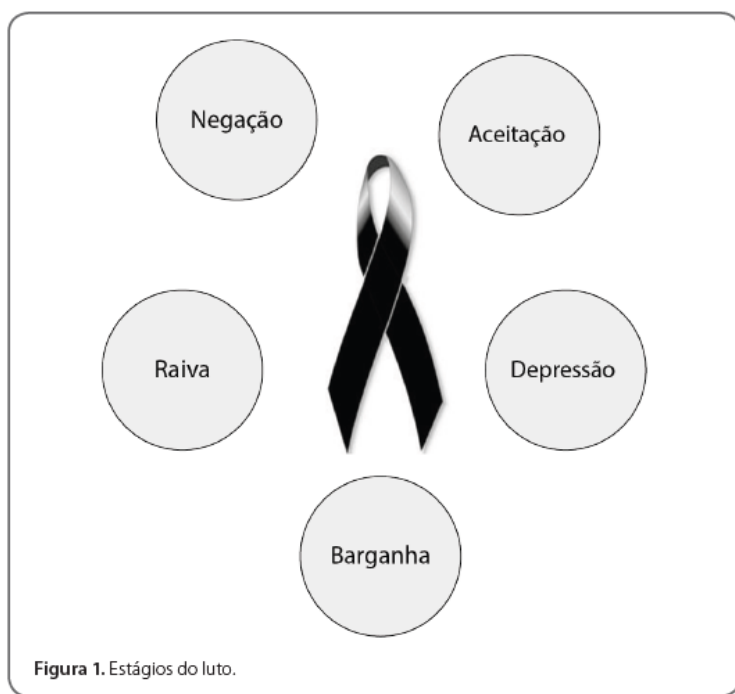


Figura: Estágios do luto.
Fonte: Cavalcanti; Samczuk; Bonfim, 2013.

Durante séculos, a psicologia muito se dedicou ao estudo do conceito e entendimento de como se vivencia o processo de luto. Estudiosos como Freud e Melanie Klein o conceituaram a partir de entendimentos distintos; tinham em comum, como tese principal, que se trata de um acontecimento natural e esperado diante de qualquer

perda (Cavalcanti; Samczuk; Bonfim, 2013). Diferentemente, dos estágios do modelo de Kluber-Ross, que, segundo Lima e Buys (2008), ficaram conhecidos através de sua extensa divulgação e propagação, a ponto desses cinco estágios do luto (ou da dor da morte ou da perspectiva da morte) ficarem estabelecidos como referência. Abaixo estão esclarecimentos essenciais sobre elss.

- **Negação:** diante da realidade da perda, é comum que o sujeito se questione: “não, não é possível, isto não está acontecendo comigo”. Por mais que se esteja consciente da possibilidade de perda, ninguém está realmente preparado para isso. Nesse estágio, o profissional de saúde precisa lidar bem com a comunicação, principalmente quanto às más notícias.
- **Raiva:** a pessoa pode revoltar-se quanto à perda, “por que eu? Não é justo”. Percebe-se o início de uma ação consciente em relação ao fato, quando vem a consciência de que não há nada a ser feito para reverter a perda. É inevitável lidar com o problema, com os desafios e com a conformação da perda – situação tendente a canalizar-se na raiva. Nesse estágio, é comum que a pessoa se utilize de questões de religiosidade ou espiritualidade e culpe divindades para tentar justificar ou culpar alguém pela condição de finitude.
- **Negociação** ou **barganha:** a pessoa começa a propor trocas ou promete mudanças ou atitudes para reverter a perda ou teme uma nova perda. As questões ligadas à espiritualidade ou à religiosidade podem estar presentes. Há uma tentativa de aliviar a própria dor, então ela faz ponderações e pensa em possíveis soluções ou acordos internos.
- **Depressão:** esse pode ser um dos estágios mais longos, pois a pessoa sente-se impotente em relação à perda. Há a consciência sobre o fato e, com isso, os sentimentos de tristeza, melancolia, culpa, desesperança e intenso desânimo. É comum ter comportamentos de isolamento e introspeção.

- **Aceitação:** a pessoa já está totalmente ciente da realidade irreversível da perda e tem condições de olhar para o fato compreendendo melhor o que aconteceu. Nos casos de paciente em cuidados paliativos, o familiar consegue entender que a morte do ente querido findou com as dores e dificuldades que este enfrentava há algum tempo, bem como a importância dos cuidados em todo esse processo.

Portanto, é de grande valia utilizar os instrumentos de triagem de avaliação dessa dinâmica no início dos cuidados paliativos para que, durante o processo de luto, questões disfuncionais sejam adequadamente conduzidas pelos profissionais da equipe, sendo que a avaliação precoce pode evitar as manifestações psicopatológicas de luto. De acordo com Costa (2024, p. 01), a comunicação de más notícias, conhecida como a transmissão da notícia relativa à morte de um familiar, destaca-se pela importância de fatores que dizem respeito ao momento da notificação, dentre eles: 1. *protocolos e diretrizes*, parecem não ter algum padrão; 2. *figura profissional que informa a morte*; 3. *tipo de óbito*.

Ainda que a comunicação da morte seja um momento delicado, com impacto na reação e ajustamento dos entes em luto, subsiste uma carência de estudos que interpelam práticas sobre a notificação da morte e sobre o conhecimento das vivências associadas à aceitação de más notícias (Costa, 2024). Apesar da convivência com a morte, adicionada ao modelo biomédico e técnico-mecanicista de atenção, há dilemas sobre limites ao cuidado, questões éticas sobre vida e morte, impactos relevantes sobre a saúde mental dos profissionais envolvidos, ao mesmo tempo que se exige um exercício de empatia, suporte e autocuidado.

Ou seja, a morte infunde limites ao saber médico e estorva a idealização de onipotência profissional. Tais profissionais da saúde, mesmo vestidos de uma capa de superpoderes, estão em conflito constante com sua condição de humanidade; são intimados a manejar situações de dor, estresse e sofrimento, ao passo em que vivenciam

vulnerabilidade, frustração, fragilidade, medo e luto, propriamente dito (Araújo; Arrais, 2025).

A MORTE E O MORRER

Em sua já referida obra, Kübler-Ross (2005), ao descrever sobre o cuidado a pacientes gravemente enfermos, destaca a importância da escuta de suas necessidades e seu sofrimento. A psiquiatra temia que os profissionais firmassem no seguimento dos estágios do luto, o que poderia indicar a busca de um padrão ou molde. Mas, com o desenvolvimento crescente da medicina, bem como hospitais, a transferência do lugar da morte passou para essas instituições. A criação de procedimentos de alta tecnologia como a hemodiálise, trouxe questões sobre vida e morte, pois era delicada a decisão de quais pacientes seriam encaminhados para Unidades de Terapia Intensiva (UTI) com possibilidade de serem salvos, e quais não seriam, com risco de morte. Também, a questão dos transplantes trouxe reviravoltas em relação ao momento da morte, dividindo-a em duas vertentes: morte clínica e morte cerebral. Observa-se que esta contradição na prática médica, quando por um lado tenta-se adiar a vida; por outro lado, há uma busca imensurável pela morte, porém com dignidade (Kovács, 2008).

Segundo Araújo e Vieira (2004, p. 361), “A vida é sempre vista separada da morte, a qual é concebida e vivenciada como um fracasso. Com essa visão, há o esquecimento de que a partir do momento em que se nasce, tem-se idade suficiente para morrer, pois que a vida e a morte chegam juntas ao mundo”. Essa é uma ideia difícil de ser digerida e assimilada pela lógica tanto natural, quanto biológica do ser vivo. Ele sabe que nasce, cresce, torna-se adulto, reproduz-se, envelhece e morre. Mesmo assim, a morte geralmente é esquecida, negligenciada.

Ainda que ela esteja presente na vida de cada ser humano, Araújo e Vieira (2004) observam que atualmente representa a conspiração do

silêncio, bem como o medo do sofrimento, da solidão, da degeneração e do abandono; há, pois, uma imagem do homem privado de sua morte, de sua humanidade.

Devido a grandes dificuldades de pesquisas com pacientes gravemente enfermos, é possível observar em estudos quantitativos dados para o desenvolvimento da área, o que também podem se tornar inviáveis se demandarem grande número de pacientes com características semelhantes. São as pesquisas qualitativas, depoimentos, histórias de vida a trazerem de forma mais aprofundada o universo e a percepção de pessoas que estão vivendo tão próximas do fim da vida. As escalas de qualidade de vida podem não trazer toda a dimensão desse momento da existência; por isso, o melhor ainda é sempre saber do próprio paciente, quais suas necessidades, bem como se estas foram atendidas e ficar atento a como ele fala de sua própria dor e sofrimento (Kovács, 2008).

Muitos indivíduos não sabem distinguir o que estão de fato sentindo, se o padecimento faz parte do luto ou não. Com isso, pode-se deduzir que estejam aluados e que talvez nunca consigam sair dessa dor. Nesta situação, livros direcionados a tal situação servem de auxílio e ajuda, pois, a partir dos relatos apresentados, poderão observar semelhanças com seus processos vividos, com as dificuldades encontradas, além de haver ali sugestão de estratégias de enfrentamento. Eles são importantes no auxílio do processo de cuidados de indivíduos que vivem situações de perda e morte. Entretanto, a recomendação dessas leituras deve ser feita com cuidado, pois algumas podem ter fortes repercussões para uma pessoa e serem irrelevantes ou até danosas para outra, provocando ainda mais ansiedade.

EDUCAÇÃO PARA MORTE NA FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

A preparação dos discentes da área de saúde em relação à morte e o morrer é a importância de contextualizar o universo de valores, bem como atitudes em que estão inseridos. Portanto, a respeito da formação médica, existe um treinamento que muitas vezes afasta emoção do aluno em relação à situação do paciente, permitindo desta forma apenas o reconhecimento da doença, e não do paciente (Hayasida *et al.*, 2014).

Se a morte é parte do ciclo da vida humana, então cuidar do corpo que está em falência deveria ser parte integral dos objetivos da medicina. Acreditar que a exclusão dos temas da morte e do morrer, dentro da formação médica, é totalmente intencional, está relacionada com o fato de os médicos não se envolverem com o que acontece de fato com os pacientes. Porém, observa-se que o não reconhecimento desta habilidade está relacionado a uma competência que deveria ser desenvolvida na formação médica, assim como a busca de uma relação mais equilibrada por parte dos alunos, com menos impessoalidade e mais humanização na assistência aos pacientes. Por isso, é preciso ter atenção naquilo que os próprios pacientes julgam ser o “momento” mais adequado para trabalhar academicamente o tema da morte (Azeredo; Rocha; Carvalho, 2010).

Segundo Lima; Buys (2008), Kübler-Ross, além dos participantes de seu seminário com doentes terminais, teve contato com três subgrupos de médicos capazes de ouvir e conversar calmamente sobre o câncer (CA), a morte iminente ou o diagnóstico de uma doença considerada fatal. Estes, mais jovens na profissão médica, já tinham passado pela morte de um ente querido e superado essa perda ou já haviam frequentado o seminário por vários meses; em contrapartida, o segundo subgrupo era formado por médicos mais velhos, da geração passada, não usavam tantos mecanismos de defesa, nem tantos abrandamento e enfrentavam a morte como uma realidade; já no terceiro grupo, havia ainda médicos qualificados em cuidados

com pacientes em fase terminal, ou seja, conseguiam conversar abertamente com seus pacientes sem lhes tirar toda a esperança.

Desses contatos, Kübler-Ross deduziu que o médico deveria examinar sua atitude pessoal diante da doença maligna e da morte, de modo a ser capaz de falar sobre assuntos tão graves sem excessiva ansiedade. Deveria prestar atenção às pistas que o paciente aciona, possibilitando extrair dele boa disposição para enfrentar a realidade. Por isso, é necessário que os profissionais de saúde encarem seus sentimentos perante a morte, pois, para lidar de forma honesta com os problemas de quem está morrendo, é imprescindível poder encarar a própria finitude. Os médicos precisam refletir sobre a morte e o morrer em seu sentido emocional e social, pois o fracasso em fazê-lo só pode trazer consequências prejudiciais à relação entre eles e seus pacientes graves.

Diante do exposto, fica clara a necessidade de se preencher esta lacuna na formação dos futuros profissionais de saúde, com investimento não só no que diz respeito ao lidar com a morte e o morrer, mas também no que diz respeito a um contexto mais amplo da humanização do espaço hospitalar. Isso requer uma ênfase maior nas relações pessoais que se dão nesse âmbito (Lima; Buys, 2008).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com efeito, o rompimento de um vínculo de um ente querido se constitui como fatores que podem auxiliar o indivíduo a elaborar seu próprio luto. Existem, no entanto, autores contemporâneos que discutem a cientificidade, como descrito por Elisabeth Kübler-Ross, e questionam a veracidade dessas fases do luto. Assim, fica a sugestão de uma comparação entre o que vem sendo discutido atualmente acerca do processo do luto, com o que já se foi dito como sugestão para trabalhos futuros.

Conclui-se que lidar com o luto demanda preparo psicológico, informação e formação à equipe de atendimento. A maioria dos

indivíduos que lidam com o paciente terminal também não equaciona os seus próprios problemas, as suas próprias dificuldades diante da morte. Decorre desta não aceitação da morte, a maneira desumanizada com que tratam seus pacientes na instituição.

A vivência da morte de um paciente provoca angústias, pois coloca o profissional da saúde de frente com o incômodo da sensação da finitude humana. Por isso, discussões não se restringissem a apenas alguns “anos” ou a algumas disciplinas do curso de medicina ou demais áreas acadêmicas de saúde. A discussão sobre a morte, na educação formal, nas escolas de medicina, ao longo do curso de graduação, bem como a permanente atenção dispensada ao tema da morte e do limite terapêutico poderiam instituir novos comportamentos dos profissionais e dos estudantes, tornando-os mais aptos a lidarem com a morte e com o paciente terminal.

Se não existe vida sem morte e, por consequência, a morte faz parte da vida dos profissionais da saúde, ao educar o discente para o enfrentamento da morte, eles estariam respeitando a integralidade do enfermo e do discente como sujeito de sua vida e de sua morte. O conhecimento médico atualmente é tomado pelo conhecimento biológico. Contudo, é possível distinguir que futuramente o conhecimento do ser humano, das relações interpessoais e de sentimentos humanos façam parte do conhecimento médico.

Observou-se a importância de novas verificações direcionadas àqueles que lidam com o processo de morte e luto em seu cotidiano laboral. Foram levantadas sugestões terapêuticas sem ensejar a indicação de intervenção sobre emoções, comportamentos e pensamentos. Levantou-se também a sugestão de protocolos direcionados à terapêutica na abordagem psicológica cognitivo-comportamental, considerando as particularidades enfrentadas por aqueles que sofrem com a perda súbita ou gradual e suas crenças funcionais ou disfuncionais acerca da morte.

Com a modernidade tecnológica e avançada pela medicina, bem como pelo surgimento do “home care” talvez se possa reconduzir a dignidade da morte, deixando ao enfermo a opção de morrer de forma

domiciliar ou hospitalar. Isso leva à crença de que existe a esperança de que a sociedade atual reaprenda que a morte é parte essencial da vida e que a livre discussão do processo do morrer e da perda possam contribuir para uma melhoria da qualidade de vida/morte.

Desse modo, o pensamento sobre a morte pode conduzir o indivíduo à autoanálise, e não necessariamente à tristeza ou a uma atitude de esquiva face aos pensamentos sobre o tema. Driblar o que pensa ou o que sente em relação à morte e ao luto não tonifica o indivíduo; pelo contrário, pode limitar as chances de lidar de forma adequada e saudável com essas questões.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, L. B. P.; ARRAIS, R. H. Morte e luto na vivência do profissional de saúde: uma revisão integrativa. **Psicologia e Saúde em debate**, v. 11, n. 1, p. 719-743, 2025.

ARAÚJO, P. V. R.; VIEIRA, M. J. A questão da morte e do morrer. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 57, p. 361-363, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/6bzipjGXkBsTsD89dGkKSVp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 jun. 2024.

AZEREDO, N. S. G.; ROCHA, C. F.; CARVALHO, P. R. A. O enfrentamento da morte e do morrer na formação de acadêmicos de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 35, n. 01, p. 37-43, 2011. Disponível em: <http://educa.fcc.org.br/pdf/rbem/v35n01/v35n01a06.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2024.

CAVALCANTI, A. K. S.; SAMCZUK, M. L.; BONFIM, T. E. O conceito psicanalítico do luto: uma perspectiva a partir de Freud e Klein. **Psicologia infantil**, p. 87-105, 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-88092013000200007. Acesso em: 03 maio 2025.

COSTA, Joana Inês Germano. **Tempo e forma de comunicação da morte de um ente querido**: ajustamento psicológico ao luto. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. 92p. Portugal. 2024. Disponível em: <https://repositorio.ispa.pt/bitstreams/00e7f61f-3196-401f-bc25-960649112c4f/download>. Acesso em: 10 jan. 2024.

HAYASIDA, N. M. D. A., ASSAYAG, R. H., FIGUEIRA, I., & MATOS, M. G. D. Morte e luto: competências dos profissionais. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, n. 2, p. 112-121, 2014. Disponível em: https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/14648/1/Hayasida%2c%20Assayag%2c%20Figueira%20e%20Matos_2014_Morte%20e%20Luto_competencias%20dos%20profissionais.pdf. Acesso em: 10 jun. 2023.

KOVÁCS, M. J. Desenvolvimento da Tanatologia: estudos sobre a morte e o morrer. **Paidéia** (Ribeirão Preto), v. 18, p. 457-468, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/paideia/a/jQrBZXqtr35w7Y8pqCFcTJH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 maio 2023.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. 8. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005. 296 p. Disponível em: https://cursosextensao.usp.br/pluginfile.php/48564/mod_resource/content/1/Texto%20base.pdf. Acesso em: 15 jun. 2025.

LIMA, V. R. L; BUYS, R. Educação para a morte na formação de profissionais de Saúde. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 60, n. 3, p. 52-63, 2008. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/2290/229017563007.pdf>. Acesso em: 07 maio 2025.

HUMANIZAÇÃO E INTEGRALIDADE NA FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS PARA OS CUIDADOS EM SAÚDE

*Denise Tinoco Novaes Bedim*³⁶

*Isabella Fróes Demétrio*³⁷

*Thais Aparecida Marques Zanon Jacomino*³⁸

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Os conceitos de humanização e interdisciplinaridade, fazem parte da política do SUS e têm sido alvo de muitas discussões e pesquisas, especialmente na avaliação dos serviços. Portanto, investigar a temática humanização em propostas formativas em saúde significa a compreensão da saúde como direito e da potência da humanização como constituinte de políticas públicas (Medeiros; Batista, 2016). A propósito,

Nesse sentido, levanta-se a seguinte questão-problema que encaminhou este estudo: em que medida a humanização no contexto dos cuidados em saúde, envolvendo seus profissionais, é importante

36 Mestre em Psicologia pelo Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora, CES/JF (2005). Especialista em Psicologia Escolar/Educacional pelo Conselho Regional de Psicologia. Especialista em Psicologia Clínica pelo Conselho Regional de Psicologia. Especialista em Psicanálise Clínica pela Universidade Federal Fluminense, UFF/RJ (1999). Especialista em Docência Do Ensino Superior pelo Instituto Brasileiro de Medicina de Reabilitação. Graduada em Psicologia Clínica, Licenciatura, Bacharelado em Psicologia pela Faculdade Maria Thereza, Famath/RJ (1990). Coordenadora do Grupo Operativo da Terceira Idade, UniFSJ (2016). Professora de Psicologia Prática no curso de graduação de Medicina na Unig, **campus V** (2016-atual). Professora de psicologia nos cursos de Educação Física, Engenharia de Produção e Nutrição na Unig, **campus V** (2018-atual) Professora no Curso de pós-graduação em Neurociências e Neuropsicologia na Unig, **campus V** (2018-atual). Membro Voluntária do Fórum Serviços de Apoio ao Estudante de Medicina (Forsa) (2018-atual). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3759698093289541>. E-mail: denisetnbedim1@gmail.com.

37 Graduada em Medicina pela Unig, **campus V** (2020-2025). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4197465877580438>. E-mail: isabellafroesdemetrio@gmail.com

38 Graduada em Medicina na Unig, **campus V** (2020-2025). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4363897715547289>. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1158-8845>. E-mail: thaiszanon@gmail.com

para garantir um atendimento integral, fortalecedor da relação entre equipe e paciente, promotor de segurança, acolhimento e eficácia terapêutica, além de ser uma grande contribuição para melhores resultados em saúde e maior satisfação dos usuários?

A partir daí se toma como objetivo elucidar que a formação humanista consiste na construção de conhecimentos, de atitudes e de habilidades que motivam a egressão da medicina. Portanto, reflete-se sobre a construção de práticas de atenção integral à saúde, a qual deve estar inserida no cotidiano dos profissionais em saúde, em cada atendimento prestado, visando uma assistência qualificada e humanizada, que atenda o indivíduo como um todo, respeitando seus direitos e valores.

Com efeito, é relevante realizar todo cuidado na atenção à saúde, articulando, o saber técnico-científico à compreensão dos parâmetros psicossociais e culturais dos indivíduos e de toda coletividade. Por isso a discussão posta sobleva a importância do desempenho da prática médica humanizada como elemento transformador no contexto acadêmico e aborda um conceito de currículo se privilegia a relação paciente-médico para uma direcionada para esta perspectiva.

A metodologia é de cunho bibliográfico com pesquisa em revistas acadêmico-científicas, reportagens e *sites* da *Internet* que apresentam estudos sobre a temática em evidência, tais como *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs)* e *Scientific Eletronic Library on Line (Scielo)*, Biblioteca Virtual da Saúde, dentre outros.

CUIDADOS E HUMANIZAÇÃO DAS PRÁTICAS DE SAÚDE

Para a construção de uma assistência em saúde que reconhece a singularidade, a dignidade e as necessidades integrais de cada pessoa, os cuidados e a humanização das práticas de saúde constituem elementos essenciais. Ao integrar sensibilidade, comunicação efetiva e respeito mútuo às intervenções clínicas, a humanização fortalece

a relação entre profissionais e usuários, promovendo acolhimento, segurança e melhores desfechos em saúde. Essa abordagem amplia a qualidade do cuidado, valoriza tanto o aspecto técnico quanto o ético e relacional da atenção em saúde. Segundo Deslandes (2006, p. 23),

O humanismo é uma postura de vida democrática e ética que afirma que os seres humanos têm o direito e a responsabilidade de dar sentido e forma às suas próprias vidas. Defende a construção de uma sociedade mais humana através de uma ética baseada em valores humanos e outros valores naturais, dentro do espírito da razão e do livre-pensamento, com base nas capacidades humanas.

Com esse viés, em 2003, foi implantada a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão (PNH) cuja finalidade é efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) com vista à ampliação de todos os serviços de saúde no cotidiano, qualificando e incentivando a saúde pública no Brasil através de seus princípios: a transversalidade, a indissociabilidade entre atenção e gestão e o protagonismo dos sujeitos e coletivos (Barbosa *et al.*, 2013).

Leva-se em consideração que o usuário precisa ter uma abordagem integral e humana e por isso deve ser respeitado diante da sua cultura, o que dará sustentação à sua forma de perceber seu processo de adoecimento nos espaços de saúde. É importante proporcionar a ele uma atenção acolhedora, resolutiva e humana através da confortabilidade (Barbosa *et al.*, 2013).

Para implantar a Política de Humanização, alguns desafios se interpõem, mas precisam ser enfrentados, como a desvalorização, precarização e baixo investimento em educação permanente, o que impossibilita os trabalhadores da área da saúde de se apropriarem em seu próprio processo de trabalho. Para otimizar o serviço de saúde, a inclusão dos trabalhadores na gestão é fundamental para que eles,

no dia a dia, reinventem seus processos de trabalho e sejam agentes ativos das mudanças no serviço de saúde.

No que tange ao paciente, é preciso incluí-lo na responsabilidade de ser coautor da própria saúde, aumentando o vínculo e a interação com a equipe. É necessária a promoção de resultados positivos, como o surgimento de rodas de conversa, o incentivo às redes, movimentos sociais e a gestão dos conflitos gerados pela inclusão das diferenças. Por sua vez, a implantação das ferramentas como a clínica ampliada, acolhimento, grupos de trabalho promovem melhorias tanto no sentido individualizado quanto no coletivo. (Reis-Borges, Nascimento; Borges, 2018).

No contexto de precarização da política de saúde, foi construído o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), no dia 19 de junho de 2001, através da portaria de nº 881, lançada pelo Ministério da Saúde, na busca por uma melhor qualidade da assistência hospitalar na integralidade do respeito à vida humana e nas relações profissional/profissional, profissional/paciente, profissional/gestão (Brasil, 2001). Além desta, outras iniciativas foram tomadas nesse sentido, culminando em 2003 no lançamento da Política Nacional de Humanização (PNH) que respalda o conceito de humanização (Brasil, 2003). A humanização, de acordo com a PNH, “deve ser vista como uma das dimensões fundamentais, não podendo ser entendida como apenas um ‘programa’ a mais a ser aplicado aos diversos serviços de saúde, mas como uma política que opere transversalmente em toda a rede SUS”.

Por diversos instantes, ouvem-se depoimentos de pessoas afirmando que o debate sobre a humanização dos cuidados em saúde é uma espécie de “modismo” ou conceito de ocasião em si, sendo criado para nomear uma suposta aptidão dos cuidados. Porém, desencantando tais opiniões, deve-se esclarecer que o debate, o esforço conceitual e toda a luta por novas possibilidades de organização desses cuidados não são de forma alguma novos no campo na área da saúde. Argumentos nessa seara fazem parte de debates por um longo tempo

ao lado de tradições teóricas das relações hierárquicas, estruturas e modelos de comportamento. (Deslandes, 2006).

O cuidado de saúde, ou cuidado em saúde se atribui ao termo de um sentido que já é estipulado como senso comum, o que pode ser um conjunto de procedimentos tecnicamente orientados para o bom e certo tratamento. Porém, não é no sentido de um conjunto de recursos e medidas terapêuticas, nem mesmo dos procedimentos que os auxiliam, que permitem efetivar em si a aplicação de uma terapêutica a qual, realmente, se espera ser rebatido (Ayres, 2004).

De acordo com Ayres (2004, p. 68), para cuidar, há de se garantir, ao longo do tempo, uma relação entre toda a matéria e o espírito, assim como entre o corpo e a mente, moldados a partir de uma forma de vida que quer se contrastar à dissolução, garantir e fazer valer sua presença na existência. Cuidar implica saber o projeto num todo da felicidade, que é a concepção de vida vigorosa, que se orienta para projetos existenciais dos indivíduos a quem se presta toda assistência médica.

No entanto, quando se considera verdadeiramente esse saber no momento assistencial, assume-se que a saúde e a doença não são apenas objeto, e sim, condição mesma de objeto, o qual se configura em diversos modos de “ser” no mundo. Portanto, ao utilizar certas tecnologias, desenvolver novas tecnologias, saber quais tecnologias combinar e transformar, todas essas escolhas são resultados de juízos práticos. É promissor apreciar a dignidade dessa sabedoria prática, que é uma tarefa e um compromisso fundamental quando se quer cuidar (Deslandes, 2006).

De acordo com Oliveira e Cutolo (2012, p. 503), a “integralidade” se compõe de um conjunto de valores pelos quais vale a pena lutar, por ser um ideal de sociedade mais justa e solidária. Os autores alertam sobre os cuidados no uso dessa expressão, para não banalizá-la. É sabido que a integralidade não significa totalidade, é o termo parte do pressuposto da complexidade do entendimento de saúde/doença. Seria ingênuo pensar que todos os anseios e necessidades do usuário possam ser saciados na sua totalidade.

Nesse raciocínio, a integralidade se concretiza na relação entre os profissionais de saúde e os usuários, manifestando-se diretamente em suas práticas cotidianas. Compreender a integralidade como um conjunto de valores que emerge dessas práticas reforça que o cuidado pode ou não refletir tal princípio, a depender dos referenciais éticos, técnicos e humanos adotados pelos profissionais. Consoante Fontoura e Mayer (2006), a integralidade se instaura quando a capacidade de profissionais e serviços de saúde interagem com os usuários, produzindo um território comum e possibilitando um diálogo entre eles.

RELAÇÃO PACIENTE-MÉDICO PARA HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO ASSISTÊNCIAL

A humanização em saúde envolve uma mudança no modelo de atenção e gestão nos serviços de saúde, demonstrando a necessidade de novas relações entre profissionais, entre profissionais e usuários, e entre profissionais e gestores para aumentar a capacidade de pessoal qualificado, valores morais e ampla consideração da integridade humana. Isso se dá a partir do contato humano e resulta em uma avaliação do processo de modificação do sujeito em todo o espectro da produção e promoção da saúde.

De acordo com Barbosa *et al.* (2013), a humanização deve ser fundamental para ofertar atendimento de qualidade com a articulação dos avanços tecnológicos com acolhimento, melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais. É essencial reconhecer os gestores, trabalhadores e usuários como sujeitos ativos e protagonistas das ações de saúde, construir diferentes espaços de encontro entre sujeitos, realizar um pacto entre os diferentes níveis de gestão do SUS e valorizar a ambiência, com organização de locais de trabalho saudáveis e acolhedores. Por isso, é necessário aprender conceitos e ações de educação permanente em saúde que permitam uma reflexão ética, política e compartilhada entre gestores,

trabalhadores e usuários, com a intenção de atenderem à proposta de humanização, especialmente dentro do Sistema Público

Deslandes (2006, p. 40) ressalta que todas as formas de valoração social manifestas no jeito de tratar as pessoas como se tivessem menor valor e de prover cuidados abaixo do padrão, dá a percepção de que parecem faces de um mesmo processo de hierarquização e discriminação social, os quais ainda são presentes nos sistemas de saúde, demonstrando o paradoxo de um caráter moral ligado à missão de salvar e valorizar a vida humana e as formas de discriminação, seleção e exclusão no quesito de cuidado. Afinal, a humanização do cuidado deve ser baseada na relação que supõe a igualdade em algum nível. Neste caso, o cuidado humanizado, seria oposição das ideias de inferioridade e superioridade.

Vale lembrar que a humanização propriamente dita não se dá apenas por meio da universalização do acesso dos cidadãos a serviços de saúde, pois esses serviços também devem ter qualificação permanente. Onde vigora o preconceito, nota-se que a arte de profissionais de medicina e enfermagem se anula no quesito humanização. Observa-se que a enfermagem e a medicina humanizadas, sem dúvida, proporcionam uma consciência de sucesso na prevenção, tratamento e recuperação da saúde do paciente. Na concepção de Deslandes (2006),

[...] a humanização é um processo de construção gradual realizado através do compartilhamento de conhecimentos e de sentimentos. Nesse contexto, humanizar é ter uma pré-disposição para contribuir o sentimento e o conhecimento com o outro de forma ética, individualmente e independente, reconhecendo os limites, seus e o dele, compondo uma empatia entre indivíduos, possibilitando troca de informações.

Então, diante de preceitos que muito nortearam o cotidiano do Serviço Social na saúde, pode-se notoriamente compreender que

a profissão se dava apenas de forma a complementar o trabalho que seria inerente aos médicos. Desse modo muitos deles exerciam sua função de forma totalmente mecanicistas, eram reprodutores de cuidados que se limitavam ao físico, ou seja, a medicina propriamente dita estava longe de ser praticada pelo cuidado integral ao paciente (Lanza; Campanucci; Baldow, 2012).

Pode-se observar que as humanidades médicas permitem descrever uma nova compreensão da dimensão vivencial e do sofrimento de uma pessoa, incorporando a realidade social e a experiência individual, no encontro entre médico e paciente. Elas se voltam ao tratamento íntegro, que pretende melhorar as capacidades comunicacionais dos médicos e o aprofundamento quanto a narrativa sobre a enfermidade do paciente, em busca de novas formas de promoção do bem-estar deste (Caprara; Franco, 2006).

Conforme Caprara; Franco (2006, p. 648), Schneider (1994), dizia que a consciência da necessidade de desenvolvimento de uma interação comunicativa entre médico e paciente teve início nos anos 60, através dos estudos de psicologia médica, de análises psicanalíticas da figura do médico. Nas décadas de 1960 e 1970, informam Caprara e Franco (2006), os trabalhos de Talcott Parsons foram pioneiros na área da sociologia da saúde sobre a relação médico/paciente e o consenso intencional, o que atualmente, em uma outra versão, pode ser chamado de consentimento informado, originado da atenção à defesa dos direitos dos consumidores.

Ao resenhar uma obra do educador Paulo Freire, Silva (2000) destaca que o autor considera fundamental reconhecer que o ser humano é um ser de relações — não apenas estabelece contatos, nem simplesmente está no mundo, mas está com o mundo. O comportamento dialógico no âmbito inter-humano permite que os participantes de uma interação se reconheçam como influenciadores mútuos. Essa condição indica que, no diálogo, cada sujeito se torna consciente da presença do outro, deixando de percebê-lo como objeto e passando a reconhecê-lo como parceiro na construção de um acontecimento comum da vida.

Silva (2000, p. 95) descreveu que os problemas se apresentam de forma eminente entre a capital e os municípios do interior. Na capital se observa uma sobrecarga de trabalho, decorrente de um número maior de famílias sob responsabilidade de uma equipe, o que resulta numa má qualidade do atendimento. Já nas zonas rurais, a grande distribuição das famílias, tais como as distâncias e as dificuldades de deslocamento, dificultam a acessibilidade. Sendo assim, as equipes se dedicando maior tempo ao atendimento no posto de saúde principal do que nas demais localidades, dado o maior número de famílias. Essa priorização de atendimentos, pressionada pela densidade populacional das áreas urbanas nem sempre garante o respeito ao princípio da equidade.

Já a dificuldade de acesso impossibilita a presença frequente das equipes nas localidades e, quando esta ocorre, pode se observar a necessidade de encurtamento das consultas, já que não é possível manter o limite de carga horária por turno. Sem contar que toda ambiência das unidades de saúde é reconhecida como um fator comprometedor para a relação médico-paciente. Na capital existem tanto postos bem instalados como adaptações e problemas de manutenção, diferentes da realidade nas zonas rurais, assim como nas assistências médicas dos ribeirinhos. Principalmente na zona rural, nos municípios do interior, as condições da ambiência onde ocorrem os atendimentos são, em geral, muito precárias. A realidade desses atendimentos ocorre em salas de aula, igrejas, casas alugadas, sem nenhuma adaptação para um serviço de qualidade.

Observa-se, também, que a origem socioeconômica e o grau de escolaridade da população são vistos como desafios para o trabalho do programa de saúde em si. A população em geral, principalmente na zona rural, é analfabeta e tem como ocupação predominante a agricultura. São indivíduos de imensa religiosidade e que costumam estigmatizar a elementos sobrenaturais o poder de doença e de cura. São acostumados ao modelo paternalista de consulta, o que demonstra no geral conformismo com a situação e grande respeito à figura do médico assistente.

Parâmetros reconhecidos como fonte de problemas são as condições organizacionais das equipes de saúde e das reais unidades de assistência. A realidade da capital conta com uma rotina de trabalho de um grande número de pacientes por turno, os quais são agendados e atendidos por ordem de chamada, com prontuário manuscrito na sua maioria. Porém, no interior, essa realidade não é garantida da mesma forma. Com isso, a escassez de uma formação adequada para a execução do programa e ao contexto reflete negativamente no andamento das atividades elaborativas para com esses usuários. Os profissionais reclamam muito de dificuldades com relação à realização de distribuição de medicamentos, exames laboratoriais e sistema de referência e contrarreferência. A carência desses serviços complementares gera frequentemente problemas na rotina da equipe e na relação médico/paciente (Silva, 2000).

O que deveria ser realizado é adequação do médico para intervenção clínica, considerando o paciente como sujeito singular ativo de sua história, levando em conta a experiência da patologia, as percepções e representações do paciente de forma a desenvolver sensibilidade e capacidade de escuta que vão além de toda uma dimensão biológica. Esses parâmetros podem ser desenvolvidos através de um processo de formação mais abrangente que agregue elementos das ciências humanas, em particular a psicologia, a sociologia e a antropologia, no desenvolvimento educacional. Porém, pode-se observar que, na realidade, quase todos os problemas de saúde contêm características relacionadas a determinações sociais, a fatores históricos, a valores culturais e a implicações psicológicas. É uma realidade impossível de ser descritas em todas as prováveis formas de interação (Caprara; Franco, 2006).

Por este motivo, se faz necessário a reflexão sobre as concepções que fundamentam o modelo biomédico, considerando, inclusive, que este é o principal modelo financiado pelo recurso público. A doença continua sendo interpretada pela convicção biomédica como um desvio de variáveis biológicas em relação à norma. Modelo fundamentado em uma perspectiva mecanicista considera os fenômenos complexos

como constituídos por princípios simples, ou seja, uma relação de causa e efeito, distinto entre mente e corpo, análise do corpo como máquina, afim de minimizar os parâmetros sociais, psicológicos e comportamentais. Há ainda outros princípios por meio dos quais foram conquistadas importantes transformações, a partir do século XIX, porém imperando o desprezo das dimensões humana, vivencial, psicológica e cultural da doença. Por exemplo: o nascimento da clínica e até os recentes sucessos nos estudos de genética, imunologia, biotecnologia.

Problemas de outra ordem também persistem na relação médico/paciente. O mais sensível deles diz respeito aos padrões de comunicação verbal e não verbal. De um lado, o médico não compreende as palavras utilizadas pelo paciente para expressar a dor, seu sofrimento; de outro, está a grande dificuldade do médico para transmitir informações adequadas ao paciente. O resultado é a dificuldade do paciente na aceitação ao tratamento. Contudo, todo processo de estabelecimento de relações humanas com os pacientes concorre para desenvolver o sentimento de responsabilidade do médico, bem como melhorar todos os resultados e o aprazimento ao tratamento, aumentando desta forma o grau de satisfação do paciente.

Em circunstâncias de troca de informações como essa,

[...] o médico funciona como simples técnico, fornecedor de informações corretas para o paciente. A superação dos modelos paternalista e informativo significa a necessidade de assumir um processo de comunicação que implique na passagem de um modelo de comunicação unidirecional a um bidirecional, que vai além do direito à informação. Esse terceiro modelo, intitulado comunicacional, exige mudança de atitude do médico, no intuito de estabelecer uma relação empática e participativa que ofereça ao paciente a possibilidade de decidir na escolha do tratamento (Caprara; Franco, 2006, p. 651).

A HUMANIZAÇÃO NA FORMAÇÃO DOS NOVOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE

A humanização do atendimento médico está na dependência direta das condições de trabalho do profissional de saúde e de seu adequado preparo no âmbito das relações humanas, além do seu conhecimento técnico. Nesse panorama, evidencia-se que, além do profissional de saúde dispor de aptidão técnica, ele necessita de atrelar a esses saberes metodológicos capacitação em outras áreas como as ciências humanas, a fim de compreender amplamente conceitos sociais e aprimorar as relações com os pacientes no dia a dia (Medeiros; Batista, 2016).

Em conformidade com Deslandes (2006), um conjunto de práticas, lógicas e interações podem ser descritos para serem reconhecidos como fatores de desumanização. Um dos primeiros significados da desumanização seria tratar pessoas como “coisas”, indicando determinada ação de não reconhecer o doente como sujeito e pessoa, mas como “objeto” da intervenção clínica. Quando se vê o indivíduo como problema, toda a prática em saúde reduz o indivíduo adoecido à sua patologia. Com isso, observa-se que, em geral, a formação da medicina é direcionada à patologia e não focada no paciente como um todo.

Ao se pensar na assistência à saúde, de imediato vem à tona a aplicação de tecnologias para o bem-estar físico e mental dos indivíduos. No geral, essa formulação é simples assim: a ciência produz o conhecimento sobre as patologias, a tecnologia converte esse conhecimento em saberes e instrumentos para, enfim, vir a intervenção. Não se pode considerar que a aplicação de todos os saberes e instrumentos por parte dos profissionais da saúde seja sinônimo de tratamento de saúde. É relevante ponderar que a assistência à saúde do outro, mesmo em condição de profissionais abastecidos de tecnologias e conhecimentos científicos, tem seus limites de intervenção (Lanza; Campanucci; Baldow, 2012).

Segundo Pusch (2010, p. 213), “A humanização e a integralidade renascem para valorizar as características do gênero humano. É imprescindível no processo de humanização uma equipe consciente dos desafios a serem enfrentados e dos limites a serem transpostos”. No que diz respeito à integralidade, Oliveira e Cutolo (2012) têm uma convicção ampliada de saúde, com compreensão do indivíduo biopsicossocial, sendo um dispositivo de oferta integrada de serviços de promoção, proteção de saúde, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação da saúde.

Uma equipe harmônica facilitará o trabalho interacional com a estruturação de grupos para reuniões científicas, busca de aperfeiçoamento no atendimento aos pacientes, discussão de casos clínicos, estruturação de condutas discutidas em equipe, dentre outras atividades. Por diversas vezes, há necessidade de esclarecimentos, conhecimentos e trocas de informações, que permitirão aos profissionais preparar melhor o paciente com informações esclarecedoras. O cuidado emocional é de extrema responsabilidade da equipe de saúde, a qual precisa estar em condições emocionais de trabalhar com pacientes, familiares e comunidades.

Os pacientes buscam a conquista de uma vida saudável, assim como os profissionais. Portanto, o diferencial de toda uma equipe de saúde é caracterizado basicamente pela capacidade de fornecer apoio e compreensão de forma humanizada em quaisquer momentos da vida adoecida de um paciente e na capacidade de interação entre si. Com isso, faz-se necessário a comunicação efetiva e relacionamentos colaborativos entre profissionais de saúde para com paciente e seus familiares, os quais são componentes vitais para a qualidade de cuidados e, conseqüentemente, para a qualidade da assistência hospitalar (Pusch, 2010).

Na contemporaneidade, mesmo após a evolução do pensamento humanístico no século XXI, ainda podem ser percebidas precariedades em se praticar a humanização em diversos setores da sociedade, com notoriedade nas áreas de Saúde, tendo em vista que nesse âmbito a

implementação da humanização é de extrema importância para a garantia de um atendimento Médico integral e efetivo.

A priori, observa-se que, por muitos anos, a medicina baseou-se em modelos hegemônicos de atendimentos médico-hospitalocêntricos, em que a atenção era voltada apenas para as ações curativas de saúde, deixando em segundo plano a atenção e o atendimento ao doente de forma integral. Após a implementação do SUS, atrelada aos referenciais da PNH, houve grandes melhorias no âmbito da integralidade e da humanização, porém ainda é vigente, em muitos locais, a não vivência da PNH de forma plena (Caprara; Franco, 2006).

A posteriori, em virtude de resquícios dos modelos hegemônicos de saúde, muitos profissionais ainda carregam ideais filosóficos mais atrelados ao tratamento curativo e não de forma integral. Diante disso, observa-se que é de suma importância que os profissionais de saúde contemporâneos passem a aderir também os princípios do relativismo cultural, não desmerecendo a cultura e os saberes alheios, além de contarem com versatilidade e proatividade nos atendimentos de forma integralizada.

Não obstante, no século XXI, após a implementação da PNH em 2003, nota-se um avanço significativo nos ideais humanísticos da prática médica de uma forma geral. Isso se deve às novas metodologias de formação dos profissionais da saúde. Os futuros trabalhadores, desde a faculdade, passam a conviver com uma abordagem humanística de promoção de saúde, a partir dos anos iniciais do curso. Todavia, mesmo após esse avanço significativo, ainda são evidentes desafios hodiernos para exercer a PNH de uma forma ampla na formação dos profissionais.

Nesse sentido, observa-se que, em muitas localidades, em virtude de uma infraestrutura precária, muitos profissionais têm um processo de formação limitado, pelo não fornecimento de um ambiente adequado para a realização de atividades de atenção de saúde efetivas. Ademais, muitos profissionais, mesmo tendo conhecimento acerca da importância de realizar a humanização no atendimento, acabam

por não aderirem aos ideais humanísticos, o que também dificulta o processo de formação dos profissionais com viés humanitários para a sociedade (Medeiros; Batista, 2016).

Os novos modelos de atenção e de gestão são produzidos no campo da saúde e lançam um grande desafio em prol da melhoria de qualidade nessa área. A formação predominante centrada no individualismo, na contribuição tecnicista, carente de criticidade, que não responde às exigências da complexidade da sociedade contemporânea tem sido bastante questionada como uma limitação para a inclusão dos temas e das práticas humanísticas no processo de ensino-aprendizagem da graduação de medicina.

No que se refere ao humanismo na saúde, sabe-se que é uma prioridade defendida pela Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão que se apresenta como proposta, como tema para debates e estudos traduzidos no conceito de humanização, como já citados no presente capítulo. Esta política visa qualificar o cuidado da atenção no SUS, valorizando toda a dimensão subjetiva e social da formação dos profissionais de saúde.

No entanto, ao considerar a complexidade de todo esse processo, a formação profissional em saúde deve constituir em convicção e práticas que integrem o cuidado e a gestão em saúde, de forma que fortaleçam o princípio da integralidade proposta pelo SUS. Tudo isso convoca o profissional de medicina a se relacionar e dialogar com as diferenças e com as contradições produzidas no cotidiano. É indispensável que ele assuma uma postura crítica reflexiva sobre o seu papel social e sua importância na produção de cuidado para com o paciente/usuário (Santos; Chinelli; Fonseca, 2022).

Pode-se observar que, ao longo do século, as universidades de medicina investem na inovação curricular e busca diferentes formas para alcançar um currículo integrado, que promova a ação em saúde com base em princípios humanísticos. Contudo, promover uma inovação curricular não é o mesmo que reformar o currículo, pois implica transformações efetivas de convicção e práticas pedagógicas que não podem ser confundidas com a adoção de novas tecnologias

educativas ou elaboração de novas matrizes curriculares que reorganizam o fluxo ou carga horária dos componentes curriculares.

A concretização de um currículo de medicina comprometido com as necessidades de saúde de uma sociedade requer uma mudança de cultura dos sujeitos coletivos e individuais implicados com a formação médica. Todo esse movimento se faz necessário tanto nos serviços quanto nas universidades, pois mesmo sendo espaços com sistemas diferentes, para funcionar positivamente, precisam estar em constante articulação entre si (Medeiros; Batista, 2016).

Ao se apontar o SUS como o principal campo de aprendizagem prática do acadêmico de medicina, as Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de graduação em Medicina (DCNs) atuais, reafirmam o chamado às escolas médicas para o compromisso com um modelo de formação que possa garantir o direito constitucional à saúde em prol de todos. Contudo, sugere-se uma formação que atenda aos princípios da PNH, implicado na formação de médicos capazes de articular as inovações tecnológicas com acolhimento, melhoria da ambiência, práticas de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais.

A inclusão da abordagem humanista na formação dos profissionais de saúde, como uma política institucionalizada pelo Ministério da Educação (MEC) e pelo Ministério da Saúde (MS), que é ainda novo em termos culturais, isso adjunto ao forte apelo técnico, próprio do desempenho da medicina moderna, pode justificar tanto a abordagem intuitiva do tema quanto a ideia de que a formação humanística pertence a outros campos de conhecimento. Existe de fato, entre os docentes, uma reflexão e uma visão voltadas para o futuro, na perspectiva de melhorar o que está sendo realizado, por meio de exemplos que sugerem como o tema humanístico pode ser envolvido ou desenvolvido no currículo de medicina (Santos; Chinelli; Fonseca, 2022).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se concluir que a integralidade e humanização são temas atuais e têm ocupado espaço nas discussões e publicações na área da saúde. Diante desse contexto, a atual realidade tem evidenciado atitudes e ações fragmentadas, que reduzem o humano à condição biológica. A desarticulação dos serviços e atendimentos em saúde menospreza a essência humana, portanto não contribuem para o cuidado em saúde. Essa realidade só mudará por meio de atitudes humanizadas que, por sua vez, só serão desencadeadas a partir de uma visão íntegra do humano.

Embora o SUS tenha avançado em muitos dos seus princípios, a questão do cuidado e da presença da integralidade foi a que menos avançou. Pode ser que a integralidade seja o menos visível na trajetória do sistema de saúde e suas práticas. Contudo, para ser possível alcançar essa integralidade, todos os profissionais devem refletir e se conscientizar de que a atenção à saúde deve ser humanizada, totalizadora, contextualizada, integral e, principalmente, ser prioridade dos profissionais de saúde e de seus gestores. As convicções e análises das práticas de saúde são frutos de uma construção coletiva, que envolve motivação pessoal dos profissionais de saúde e iniciativa pública e privada, de órgãos governamentais e não governamentais.

A intenção de formar médicos humanistas implica a ampliação de procedimentos, conhecimentos e atitudes que ultrapassem as tecnologias inerentes ao campo biomédico e admitam as tecnologias leves apoiadas nas ciências humanas e na arte como indispensáveis em todo esse contexto. É sabido que todo projeto de humanização da assistência em prol de melhor relação médico/paciente tem que estar envolvido em mudanças nos aspectos gerenciais e organizacionais dos serviços de saúde, bem como na ambiência para articular avanços tecnológicos e acolhimento, melhores condições de trabalho e processos comunicacionais.

REFERÊNCIAS

ACAPRARA, A.; FRANCO, A. L. S. Relação Médico-paciente e Humanização dos Cuidados em Saúde: limites, possibilidades, falácias. In: DESLANDES, S. F. **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas** [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 85-108. Disponível em: [iniciais_humanizacao.pmd](#). Acesso em: 12 abril. 2022.

AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e sociedade**, v. 13, p. 16-29, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/nvGMcCJJmpSSRjsGLhH8fmh/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 20 out 2022.

BARBOSA, G. C.; MENEGUIM, S.; LIMA, S. A. M.; MORENO, V. Política Nacional de Humanização e formação dos profissionais de saúde: revisão integrativa. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 66, p. 123-127, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/Xft5GGxBgzdgDWtHthCS5GQ/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 12 abril. 2022.

BRASIL. **Política Nacional de Humanização** (PNH). Brasília/DF, 2013. Disponível em: Política Nacional de Humanização - PNH. Acesso em 20 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde **Programa Nacional de humanização à Assistência Hospitalar: Série C. Projetos, Programas e Relatórios** (PNHAH), n. 20, Brasília/DF, 2001. Disponível em: Microsoft Word - 0494 miolo.doc. Acesso em 20 jul. 2025.

DESLANDES, S. F. **Humanização dos cuidados em saúde conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. Disponível em:

<https://books.scielo.org/id/sq6d8/pdf/deslandes-9788575413296.pdf> .
Acesso em: 21 abr. 2022.

FONTOURA, R. T. MAYER, C. N. Uma breve reflexão sobre a integralidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, p. 532-536, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/x4pBbGbCnnXVJr7ZfqzDXBJ/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em: 20 abr. 2022.

LANZA, L. M. B.; CAMPANUCCI, F. D. S.; BALDOW, L. O. As profissões em saúde e o Serviço Social: desafios para a formação profissional. **Revista Katálysis**, v. 15, p. 212-220, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/NjmGnP3tTDkwFgT7KX9cm5x/?format=html&lang=pt> . Acesso em: 20 abr. 2022.

MEDEIROS, L. M. BATISTA, S. H. S. S. Humanização na formação e no trabalho em saúde: uma análise da literatura. **Trabalho, educação e saúde**, v. 14, n. 3, p. 925-951, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/jLPmBhBN6nSTn9JTP4qvYGQ/?lang=pt> . Acesso em: 13 mar. 2022.

OLIVEIRA, I. C. CUTOLO, L. R. A. Humanização como expressão de integralidade. **O Mundo da Saúde**, v. 36, n. 3, p. 502-506, 2012. Disponível em: <https://share.google/1CvqvhNmj2uowJLTv> . Acesso em: 20 abr. 2022.

PUSCH, R. Humanização e integralidade. **Revista da SBPH**, v. 13, n. 2, p. 210-216, 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v13n2/v13n2a04.pdf> . Acesso em: 19 abr. 2022.

REIS-BORGES, G. C.; NASCIMENTO, E. N.; BORGES, D. M. Impacto da política nacional de humanização na estratégia saúde da família e na rede de saúde. **Distúrbios da Comunicação**, v. 30, n. 1, p. 194-200, 2018. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/33313/25045>. Acesso em: 12 abr. 2022.

SANTOS, R. P. O.; CHINELLI, F.; FONSECA, A. F. Novos modelos de gestão na Atenção Primária à Saúde e as penosidades do trabalho. **Caderno Crh**, v. 35, p. e022037, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ccrh/a/kV9xXt5QMCVbKGmQLrhc7TQ/abstract/?lang=pt> . Acesso em: 25 jun. 2022.

SILVA, E. B. Resenha da obra de Paulo Freire: Educação como prática da liberdade. 23. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999. **Revista Brasileira de Educação**, v. 14, ago, 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbedu/a/QmLyGdwjvfhVL9TYPvFvzXr/?lang=pt> . Acesso em: 18 abr. 2022.

AUTOPERCEÇÃO DA SAÚDE EM IDOSOS: DESAFIOS E OPORTUNIDADES PARA A MEDICINA GERIÁTRICA

*Kamilly Farah Cardoso Martins*³⁹

*Rosalee Santos Crespo Istoe*⁴⁰

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Envelhecer é um processo natural que faz parte da existência humana e, nas últimas décadas, avanços conquistados no campo das ciências e suas tecnologias aumentaram de forma significativa a média de vida de homens e mulheres acima dos 60 anos, conforme atestam os dados oficiais no Brasil, que, segundo o Censo de 2022, apontou 15,81 % da população nacional como sendo de pessoas idosas (IBGE, 2022).

Esse processo que leva os seres humanos a viverem mais tempo representa uma mudança na cronologia dessa etapa de vida, impactando os índices demográficos em todo o mundo. Porém, isto não significa que os idosos apresentem uma linearidade em suas condições gerais de saúde, não só pela multidimensionalidade dos fatores que interferem no seu bem-estar, como pelo fato das desigualdades sociais acentuarem os efeitos da qualidade de vida dos idosos brasileiros de baixa renda.

Diante desse cenário, torna-se fundamental compreender o envelhecimento saudável não apenas como ausência de doenças, mas como um processo ativo de manutenção da autonomia, da

39 Mestranda do Programa de Cognição e Linguagem (Uenf). Médica Geriatra. Professora de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Campos (FMC). Email: kamillyfarah@yahoo.com.br. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6172987429409691>

40 Doutora em Saúde da Criança e da Mulher (Fundação Oswaldo Cruz/RJ). Professora do Programa de Pós-Graduação em Cognição e Linguagem (Uenf). Chefe do Laboratório de Cognição e Linguagem (Uenf). Email: rosaleeistoe@gmail.com. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4620607106742429>

funcionalidade e do bem-estar integral. Assim, investigar fatores que favorecem ou comprometem essa trajetória permite orientar práticas clínicas, políticas públicas e intervenções interdisciplinares mais eficazes. Este artigo, portanto, propõe uma reflexão crítica sobre os determinantes do envelhecimento saudável, destacando evidências científicas recentes e apontando caminhos para uma atenção à saúde mais humanizada e centrada na pessoa idosa.

Além disso, compreender o envelhecimento como um processo multidimensional implica reconhecer também a importância da autopercepção do envelhecimento, isto é, a forma como a própria pessoa idosa interpreta suas mudanças físicas, cognitivas e emocionais. Estudos apontam que percepções mais positivas sobre essa fase da vida estão associadas a melhores desfechos em saúde, maior adesão a tratamentos, menor risco de depressão e maior engajamento em práticas preventivas. Assim, integrar fatores objetivos — como indicadores clínicos e funcionais — a aspectos subjetivos da experiência de envelhecer é fundamental para uma abordagem mais completa e humanizada do cuidado à população idosa.

ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL

O envelhecimento saudável envolve um conjunto de condições biopsicossociais que possibilitam à pessoa idosa manter autonomia, funcionalidade e qualidade de vida ao longo do tempo. A literatura médica destaca que fatores como alimentação equilibrada, prática regular de exercícios físicos, sono adequado e acompanhamento periódico da saúde são determinantes essenciais para evitar ou retardar doenças crônicas. Além disso, estilos de vida saudáveis adotados desde a juventude — como não fumar, evitar consumo excessivo de álcool e manter um peso adequado — têm impacto direto sobre a longevidade com menos limitações funcionais.

O fato de sair de casa com o intuito de realizar ações com seus pares por si só já evidencia o desejo desse idoso em ter uma velhice

ativa. Além deste fato, o programa ao realizar acompanhamento das condições reais da saúde de cada um, consegue prevenir problemas e atentar para encaminhamento de questões como alimentação, autocuidado, prevenção de riscos e outros. Outro elemento central para o envelhecimento saudável é o cuidado com a saúde mental e emocional. A preservação de vínculos afetivos, o engajamento em atividades intelectuais e a participação social contribuem significativamente para a redução de sintomas depressivos e ansiosos, comuns nessa fase da vida. A estimulação cognitiva contínua, por meio de leitura, música, jogos e aprendizagem de novas habilidades, tem mostrado efeitos positivos na manutenção das funções executivas e da memória, reduzindo o risco de declínio cognitivo e demências.

A busca do envelhecimento saudável envolve, em relação aos idosos, não somente um estado pleno de bem-estar físico, psíquico, social, conforme sinaliza a OMS (2015), mas, sobretudo, a funcionalidade para as tarefas simples do dia a dia e a promoção permanente de oportunidades físicas, sociais, ambientais que favoreçam o otimismo em relação à vida, mesmo que esse idoso conviva com doenças crônicas devidamente controladas. Afinal, o envelhecimento saudável demanda ações integradas de promoção da saúde, prevenção de doenças e suporte social. Políticas públicas voltadas à acessibilidade, segurança urbana, programas de atividade física e cuidados continuados são fundamentais para criar ambientes favoráveis à longevidade ativa.

Nesse sentido, equipes multiprofissionais — médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, terapeutas ocupacionais e psicólogos — assumem papel estratégico no acompanhamento da pessoa idosa, contribuindo para intervenções precoces e orientação personalizada. Assim, o envelhecimento deixa de ser visto apenas como um processo de perdas e passa a ser compreendido como uma etapa de potencialidades, quando há condições adequadas de cuidado e inclusão.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), ao abordar o “envelhecimento ativo” como pressuposto da qualidade de vida

dos idosos, enfatiza a importância da vida saudável no aumento da perspectiva de vida, excluindo aqueles que apresentam fragilidades físicas e doenças crônicas, visto que, com acompanhamento adequado e tratamento, é possível manter uma saúde equilibrada e qualitativamente ativa dentro dessas limitações (Melo; Folsarella; Neri, 2014).

Programas como a Universidade Aberta para a Terceira Idade (Unati/Uenf) oficializado em 2019 na Universidade Estadual do Norte Fluminense, em Campos dos Goytacazes, ganham destaque por promoverem a inclusão dos idosos em ações, como atividades físicas, recreativas, culturais e de educação para a cidadania, lazer, aulas, palestras e outras atividades. Esses serviços gratuitos, incluem cursos, oficinas e colaboram na criação de vínculos sociais e promovem experiências positivas que beneficiam a saúde dos usuários do programa (Martins, 2025)

O destaque para o programa Unati/Uenf, que se encontra em processo de atuação de suas ações, traduz-se como pertinente nesse estudo, pelo fato de lançar mão da autopercepção em relação à saúde, como prognóstico para o acompanhamento geriátrico, bem como da equipe multidisciplinar. A comunicação do seu estado geral aos profissionais é fator que reitera com os olhares interdisciplinares sobre cada participante do programa.

AUTOPERCEÇÃO DO ENVELHECIMENTO

Cada vez mais, as questões de ordem subjetiva são valorizadas nos prognósticos de idosos, tendo em vista que a autopercepção sobre a saúde evidencia o momento emocional da “psique” de quem chega à terceira idade enfrentando os males causados pelo tempo de vida. Essa autoavaliação é importante na medida em que diz muito dos sentimentos dos idosos sobre si mesmos e de como veem seu estado de saúde. Por sua vez, a prevenção é o objetivo que sustenta o acompanhamento dos idosos inseridos em algum programa voltado

para a terceira idade, pois estando participando de ações de algum projeto específico que visa a saúde integral, os idosos vão ter condições de realizar exames, serem ouvidos por profissionais experientes e realizar a autopercepção, prevenindo males maiores, além do acompanhamento por equipe multidisciplinar.

Brasil, Maia e Caldeira (2021) observam que a autopercepção da saúde tem se constituído em importante indicador da determinada população com o objetivo de aferir as condições de saúde na relação entre “percepção” e “estado de saúde real”, além de ser uma pesquisa rápida e de fácil execução. Quando envolve a população de idosos, a autopercepção engloba sobretudo a funcionalidade como fator preponderante da qualidade de vida, da presença de doenças e da visão de mortalidades, visto demonstrar vulnerabilidades na perspectiva do próprio idoso.

A autopercepção de saúde entre idosos tem sido utilizada em estudos internacionais e nacionais e, segundo Fernandes e Soares (2012), vêm sendo aplicadas às análises sobre as Políticas Públicas de Atenção à Saúde dos idosos, além de contribuir para as ações de planejamento multidisciplinar, objetivando o acompanhamento de idosos em situações de fragilidade e risco funcional.

A autopercepção como avaliação subjetiva pode ser positiva ou negativa e estudos variados mostram pesquisas sobre estas formas de avaliação das pessoas que envelhecem. Ao abordarem de maneira geral as avaliações de saúde – positiva e negativa – entre idosos, Melo, Folsarella e Neri (2014, p. 472) comentam:

A saúde percebida avaliada positivamente relaciona-se com maior sobrevivência, percepção de controle e uso de estratégias de manutenção de saúde e do bem-estar, além de maior envolvimento em atividades complexas da vida diária. A autopercepção negativa de saúde, entre os idosos, guarda forte associação com gênero feminino, baixa renda, comorbidades, depressão, incapacidades, inatividade física, acesso e uso deficitário de serviços de saúde.

Essa abordagem demonstra que a avaliação subjetiva fundamentada pela percepção dos idosos tem destaque nos prognósticos dos geriatras pelo fato de ser um complemento às informações técnicas e clínicas dos especialistas. As condições fisiológicas não bastam nas avaliações com grupos da terceira idade. A pluralidade de questões que engloba a autopercepção e se apresenta quando o idoso diz de seus sentimentos e percepções acerca do estado geral de sua saúde é pertinente para a compreensão do seu estado geral de saúde.

Os estudos acerca da autopercepção em idosos relacionados à saúde abrangem não somente a situação real do que ocorre com o corpo, mas também como muitos deles veem o sistema de saúde no qual buscam atendimento para seus males. Muitos idosos ao se avaliarem apresentam visão positiva em relação ao estado físico, psicológico e social em que se encontram, enquanto outros apresentam visão negativa, considerando-se inapto para uma vida plena e funcional (Brasil, Maia e Caldeira, 2021).

A análise da autopercepção da saúde em idosos – a partir da investigação de variáveis, que em seu conjunto mostram a multidimensionalidade desse tema e sua importância para os profissionais que lidam com esse grupo etário – revela a avaliação subjetiva como um complemento essencial às informações técnicas e clínicas sobre as condições fisiológicas que chegam aos geriátricos. São muitas as categorias analisadas em uma avaliação autoperceptiva com pessoas que chegam à terceira idade, visto que questões de ordem física, psicológica, social e patológica, entre outras, vão fornecer dados da perspectiva do idoso sobre si mesmo.

A autopercepção positiva tem sido objeto de pesquisas que refletem o olhar do idoso sobre suas condições de saúde. Brasil, Maia e Caldeira (2021, p. 5158) dizem: “[...] a avaliação da autopercepção positiva da saúde permite a compreensão dos fatores relacionados à qualidade de vida e condições gerais de saúde”. Essas percepções são contribuições importantes para as ações intersetoriais que favorecem

as políticas de saúde que têm os idosos como público e buscam o bem-estar dessa população.

Pesquisa realizada com idosos inseridos em projeto de Estratégia Saúde da Família (ESF) na cidade de Montes Claros/MG (Portal Monte Carlos, 2020) sobre autopercepção positiva entre idosos não longevos e longevos, utilizou variáveis socioeconômicas que incluíram gênero, trabalho, renda familiar, escolaridade, dificuldades físicas, doenças crônicas, entre outras. Essa investigação apontou resultados importantes para as análises epidemiológicas, revelando que autopercepção positiva de idosos não longevos foi significativa para aqueles que apresentaram melhores rendas, ao passo que os longevos sofreram variações, sendo que os que se mostraram funcionais revelaram autopercepção positiva em sua maioria. Além desses resultados, a pesquisa destacou que tanto os idosos longevos quanto os não-longevos que realizam atividades físicas constantes apresentaram diminuição de mortalidade e melhora das atividades sociais, conforme dados coletados com os participantes.

Carneiro *et al.* (2020) realizaram pesquisa sobre autopercepção negativa em idosos na faixa etária de 65/79 anos, cadastrados no Centro de Referência da Terceira Idade em Minas Gerais. As categorias analisadas nas variáveis independentes englobam a fragilidade, sintomas depressivos, prestação de cuidados a terceiros, além de comorbidades decorrentes de doenças crônicas e necessidade de ações efetivas de promoção de saúde, como principais descritores associados à autopercepção negativa, que nessa pesquisa foi de 60%.

Estudo transversal realizado por Vaz, Almeida e Kelmann (2020) em idosos participantes de grupos de Convivência da Terceira Idade apresentou resultados de autopercepção negativa acentuada, estando esse percentual (32,5%) associado a menor renda familiar, à inatividade física decorrente de perda funcional e à presença de uma ou mais doenças que exigem uso permanente de fármacos.

Cabe destacar que um grande número de idosos em processos avaliativos que envolvem posicionamento subjetivo nem sempre dizem de seu estado global real em relação à saúde, pois consideram

o momento em que estão vivendo. Nesse sentido, é essencial que os profissionais geriatras tenham um olhar interdisciplinar no processo de avaliar resultados da autopercepção da saúde de idosos, uma vez que este indicador colabora no tratamento de idosos, mas não basta ser visto isoladamente da análise integral, que envolve variados fatores associados ao bem-estar ou mal-estar dessa população.

O atendimento aos idosos – seja em programas vinculados à Atenção Básica em Saúde, seja por intermédio de projetos pontuais de instituições públicas e privadas – envolve desafios que vão da estrutura de ações oferecidas ao acompanhamento físico, cognitivo, social, cultural a ser oferecido aos idosos atendidos. Nesse contexto, a autopercepção é elemento fundamental nos diagnósticos na busca das melhores opções para a melhoria das condições gerais de saúde desses idosos.

Um ponto importante a ser considerado no trabalho com idosos refere-se ao diálogo que a geriatria tem que ter com aqueles que estão participando de um programa. A escuta é ação primordial, abre possibilidades para a autopercepção à medida que vai extraindo as visões que esses idosos têm de si mesmos e como os profissionais podem utilizar esse conhecimento para melhor diagnosticar e objetivar ações que favoreçam o bem-estar desses grupos.

As ações efetivas de saúde de idosos dependem em grande parte das pesquisas nas quais os idosos se mostram fragilizados, depressivos, por vezes passivos diante dos problemas, sejam eles físicos, psicológicos, psíquicos, sejam mesmo decorrentes de ociosidade por ausência de funcionalidade. A autopercepção negativa deve ser levada em consideração, pois muitos desses seres humanos que vivenciam as angústias da velhice, necessitam de compreensão, acolhimento e acompanhamento com medidas terapêuticas (Melo; Folsarella; Neri, 2014).

A Política Nacional de Saúde do Idoso tem orientado os sistemas federativos, as instituições de saúde e assistência em geral para a relevância de ações programadas e hierarquizadas, sobretudo quando o foco são pessoas idosas, que já não têm as mesmas condições de

autonomia do tempo em que eram jovens e adultas. A autopercepção é um indicador cada vez mais utilizado pelos projetos, ações e programas que têm o idoso como clientela; ela se torna elemento essencial nas ações centradas na população de terceira idade por ser um termômetro para a motivação dos idosos, principalmente daqueles que se encontram solitários e sentem falta de uma convivência social.

A diversidade dessa população é grande, pois existem aqueles que perderam suas companheiras(os), os que foram afetados pela aposentadoria e se sentem inúteis, os que dependem de terceiros, os que cuidam de pessoas da família (seja porque possuem renda ou pelas condições familiares), os que possuem pouca interação social e aqueles que sofrem com as doenças crônicas. Independentemente da condição de saúde que vivenciam, os idosos são seres humanos que carregam uma história de vida, que os fizeram chegar além dos 60, 70, 80 anos. Logo, devem ser respeitados, ouvidos e acolhidos. Neste sentido, a autopercepção que apresentam do seu estado de saúde constitui-se em elemento para o processo de cura, não só das dores físicas, como também daquelas de natureza emocional que carregaram ao longo do tempo vivido.

As equipes multiprofissionais atuantes em programas que atendem idosos deveriam receber formação para a escuta, para o diálogo acolhedor, com destaque para a necessidade de inclusão dessas pessoas em eventos próprios à sua faixa etária. Cuidar no sentido de prevenir e criar condições de bem-estar. A confiança do idoso nas pessoas que cuidam é elemento para uma autopercepção bem próxima da realidade. Muitos idosos, quando questionados, declaram ter uma autopercepção positiva, apesar de, na prática, muitas vezes esconderem demandas que requerem atenção.

Segundo Rosa, Benício e Latorre (2003), mesmo diante de uma visão otimista da vida e na ausência de problemas evidentes de baixo status de saúde, os idosos que não realizam acompanhamento periódico podem ocultar males não diagnosticados e silenciosos. A autopercepção acerca da saúde realizada por idosos em relatos subjetivos e respostas às pesquisas sobre autoavaliação reflete

diferenças de classe, gênero, condições socioeconômicas e estilo de vida, revelando quadros epidemiológicos complexos e a necessidade de melhoria nas políticas de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A síntese dessas discussões evidencia que o envelhecimento saudável não é um resultado espontâneo, mas um processo contínuo que depende de escolhas individuais, suporte familiar, acompanhamento profissional e políticas públicas bem estruturadas. Quando esses elementos se articulam, cria-se um cenário no qual a longevidade pode ser vivida com dignidade, autonomia e participação social. Assim, compreender e promover o envelhecimento saudável significa reconhecer a pessoa idosa como sujeito pleno de direitos e valorizar práticas que ampliem suas capacidades, fortalecendo uma visão de envelhecer que integra cuidado, prevenção e qualidade de vida.

Diante das análises realizadas pelas pesquisas comentadas, assim como de demais leituras sobre a população idosa, é possível constatar que a perda de capacidade funcional para a realização de atividades simples apresenta-se como a causa preponderante da autopercepção negativa. As avaliações fundamentadas na autopercepção do estado de saúde em idosos ainda são muito tímidas no Brasil, mesmo sendo um indicador que contribui diretamente para as análises das políticas de terceira idade. Mas, se por um lado é importante conhecer a autopercepção positiva dos idosos para um estudo sobre a velhice, por outro lado as percepções negativas importam como forma de colaborar com os idosos no processo de vencer o pessimismo diante da vida e os males físicos, psicológicos e psíquicos que acarretam depressão, insegurança, medo da morte e outros.

REFERÊNCIAS

BRASIL, C. H. G.; MAIA, L. C.; CALDEIRA, A. Pet al. Autopercepção positiva de saúde entre idosos não longevos e fatores associados. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26, sup. 3:5157-5170, 2021.

CARNEIRO, J. A.; GOMES, C. A. D.; DURÃES, W.; JESUS, D. R. D.; CHAVES, K. L. L.; LIMA, C. D. A., ... CALDEIRA, A. P. Autopercepção negativa da saúde: prevalência e fatores associados entre idosos assistidos em centro de referência. ***Ciência & Saúde Coletiva***, v. 25, n. 3, p. 909-918, 2020.

FERNANDES, M. T. O.; SOARES, S. M. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2012.

MELO, D. M.; FOLSARELLA, G. R.; NERI, A. L. Autoavaliação de saúde, envolvimento social e fragilidade em idosos ambulatoriais. ***Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia***, v. 12, n. 3, Rio de Janeiro, 2014.

MARTINS, K. F. C. **Autopercepção de saúde de idosos no programa interdisciplinar da Uniti/Uenf**. Projeto de pesquisa do programa de Pós-Graduação em cognição e linguagem, Campos dos Goitacazes/RJ, 2025.

OMS. Organização mundial de saúde. **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde**. OMS, 2015.

PORTAL MONTE CARLOS. **Estratégia Saúde da Família (ESF)** na cidade de Montes Claros/MG. Disponível em: <https://infraestrutura.montesclaros.mg.gov.br/obra/reforma/0499-2020-reforma-e-adequacao-da-esf-ermidinha>. Acesso em: 10 jun. 2025.

VAZ, C. T; ALMEIDA, N, A. V.; KELMANN, R. G. Fatores associados a autopercepção de saúde entre idosos de grupos comunitários. ***Revista***

Brasileira de Promoção da Saúde. Universidade de Fortaleza, 2020.
Disponível em: <http://ojs.unifor.br>. Acesso em: 10 jun. 2025.

ROSA, T, E, C.; BENÍCIO, M. H. D.; LATORRE, M. R. D.O. et.al. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Revista Saúde Pública*. V.37, N^o1, 2003, P.40-48.