

MEDIAÇÃO HOSPITALAR COMO MECANISMO DE RESOLUÇÃO DOS CONFLITOS ENVOLVENDO ASSÉDIO MORAL NA RESIDÊNCIA MÉDICA

HOSPITAL MEDIATION AS A CONFLICT RESOLUTION MECHANISM INVOLVING MORAL HARASSMENT IN MEDICAL RESIDENCE

Deborah Alessandra de Oliveira Damas¹

<https://orcid.org/0009-0009-6872-8798>

damas.deborah@gmail.com



Recebimento em 27/09/2023

Aceito em 10/06/2024

Márcia Walquiria Batista dos Santos²

<https://orcid.org/0000-0003-0729-5609>

marciawalquiria61@gmail.com

RESUMO

As transformações ocorridas na sociedade a partir do advento da tecnologia e inteligência artificial também atingiram o segmento hospitalar, que gradualmente evoluíram para estruturas empresariais complexas, exigindo a presença de lideranças com habilidades para a gestão de conflitos. Dentre os conflitos verificados no âmbito hospitalar constata-se aquele gerado pelo assédio moral praticado contra médicos residentes, o que decorre de uma cultura presente em vários países. Os objetivos deste estudo consistem em identificar a ocorrência de assédio moral na residência médica, bem como analisar a utilização da mediação como mecanismo de resolução pacífica destes conflitos, através da aplicação da técnica da empatia. O estudo será realizado através de revisão bibliográfica. O resultado extraído é que a mediação consiste em mecanismo eficaz para possibilitar às partes a compreensão de que o assédio decorre de uma cultura existente dentro da residência médica, o que possibilita a transformação dos relacionamentos. As principais conclusões apontam que: (a) o assédio decorre de fator cultural, em que o assediador de hoje replica atos em que foi vítima no passado; (b) o assédio em residência médica é um problema existente em vários países, ocasionando danos à figura da vítima; (c) a mediação, por seu caráter transformativo, consiste em mecanismo eficaz para a solução do conflito oriundo do assédio moral, cuja prática é incompatível com as transformações que estão ocorrendo na sociedade 5.0.

PALAVRAS-CHAVES: Mediação hospitalar; conflitos; assédio moral; residência médica.

ABSTRACT

The transformations that have taken place in society since the advent of technology and artificial intelligence have also impacted the healthcare sector, which has gradually evolved into complex business structures, demanding the presence of managers with conflict management skills. Among the conflicts observed in the hospital environment, one can identify those arising from the moral harassment directed towards medical residents, which stems from a culture present in various countries. The objectives of this study are to identify the occurrence of moral harassment in medical residency and to analyze the use of mediation as a mechanism for peaceful conflict resolution, through the application of empathy techniques. The study will be conducted based on a literature review. The conclusion drawn is that mediation is an effective mechanism to enable

¹ Escola Paulista de Direito - EPD

² Escola Paulista de Direito - EPD



the parties to understand that harassment is a result of an existing culture within medical residency, allowing for a transformation of relationships. The main findings indicate that: (a) harassment is rooted in cultural factors, where today's harasser replicates acts they were subjected to in the past; (b) harassment in medical residency is a problem present in several countries, causing harm to the victim; (c) mediation, due to its transformative nature, proves to be an effective mechanism for resolving conflicts stemming from moral harassment, a practice that is incompatible with the changes occurring in society 5.0.

KEYWORDS: Hospital mediation; conflicts; harassment; medical residency.

1 INTRODUÇÃO

De casas de assistência onde eram recebidos como hóspedes os peregrinos, pobres e enfermos (Almeida; Campos, 1965, p. 7) a grandes estruturas com contornos empresariais complexos (Nascimento, 2020, p. 173), os hospitais sofreram significativas transformações ao longo de sua existência, especialmente a partir da segunda metade do século XX.

Assim como ocorreu em outros setores, a área de saúde foi imensamente impactada com os avanços tecnológicos, ainda que se dependa em muito da atividade humana; ao assumir o contorno empresarial alterou-se o formato de administração, que passou a ser especializado e com desenvolvimento de competências que incluem a gestão de conflitos (Nascimento, 2020, p. 174).

A multiplicidade de pessoas que convivem no ambiente hospitalar, com suas diferenças culturais e valores (Nascimento, 2017), aliada a presença do paciente, sua enfermidade e seus familiares, constituem permanentes fontes de conflito, estando dentre elas a prática do assédio moral.

Neste estudo se pretende avaliar os conflitos envolvendo assédio moral na residência médica, bem como identificar se a mediação, através da técnica da empatia, pode ser considerada como um meio apto à sua resolução.

O estudo se iniciará abordando a atividade hospitalar à luz do conceito de sociedade 5.0, identificando quais as habilidades que os gestores hospitalares precisam desenvolver para a adequada gestão de conflitos.

No tópico seguinte se discorrerá sobre conflitos interpessoais no ambiente hospitalar, a fim de verificar se a mediação consiste em mecanismo eficaz de resolução de conflitos para a atividade hospitalar na sociedade 5.0.

Por fim, se analisará o assédio moral no âmbito da residência médica como um importante conflito existente na área hospitalar, avaliando-se a aplicabilidade da técnica da empatia como meio de condução do processo de mediação hospitalar.

Para este estudo foi utilizada pesquisa bibliográfica, a fim de possibilitar a abordagem sobre os temas assédio moral, conflito e mediação hospitalar, objetivando a compreensão do impacto do



assédio moral no âmbito da residência médica e a identificação da mediação, pela técnica da empatia, como método adequado para solução de conflito.

2 A VISÃO DE HOSPITAL NA SOCIEDADE 5.0

O conceito de sociedade 5.0 surgiu no Japão, em 2016, em razão do objetivo do primeiro-ministro japonês em desenvolver uma sociedade mais humana e inteligente, que utilizasse os recursos tecnológicos de forma racional, visando aumentar o bem-estar e a qualidade de vida do ser humano. A partir destas premissas, a Ph.D. em economia e educadora Yoko Harayama idealizou o conceito de humanização da sociedade, com a valorização e desenvolvimento de habilidades essencialmente humanas que não são substituíveis pela tecnologia ou inteligência artificial (Braga Neto; Goulart, 2022, p. 404-405).

Na sociedade 5.0 há o entendimento de que a tecnologia e inteligência artificial existem para servir o homem, que é o centro de toda ação, o que exige que os profissionais de todas as áreas passem a rever e a ressignificar o seu papel na sociedade, especialmente no âmbito profissional, com foco na humanização. No que se refere à advocacia, esta ressignificação passa pela busca da prevenção de conflitos e sua solução através da adoção de métodos consensuais, com a construção de diálogos que permitam a transformação dos interlocutores e o entendimento de sua autorresponsabilidade no conflito (Braga Neto; Goulart, 2022, p. 404).

Na área de saúde, o conceito de humanização não é novo, pois desde 2003 se estabeleceu a Política Nacional de Humanização, conhecida como HumanizaSUS, que tem por enfoque a valorização do usuário, trabalhadores e gestores em estabelecimentos de serviços de saúde (Brasil, 2004). Todavia, a humanização aqui prevista não engloba mecanismos de resolução pacífica das diversas tensões que surgem no ambiente hospitalar. Portanto, a visão do hospital na sociedade 5.0 passa pela necessidade de construção de uma gestão voltada para a resolução consensual dos conflitos.

Normalmente o hospital é visto apenas como o local de tratamento de doenças. Poucas vezes se analisa que por trás desta estrutura existem profissionais médicos que são acionados nos mais variados horários do dia e da noite, incluindo finais de semana; profissionais da enfermagem, que trabalham por 12 horas consecutivas, muitos com duplo vínculo (Mendes et al, 2020), o que faz com que trabalhem de domingo a domingo, pois a folga em um hospital coincide com o plantão em outro; profissionais da administração, que fazem a gestão de uma estrutura organizacional complexa (Beltrammi; Reis, 2019, p. 98) e, em relação às filantrópicas, muitas vezes deficitárias



por conta do subfinanciamento do Sistema Único de Saúde (Véras, 2024).

Dentro da estrutura hospitalar também existem outras inúmeras empresas que atuam em regime de parceria, cada uma contando com sua própria estrutura organizacional e corpo de profissionais; como exemplo, citam-se as empresas que prestam serviços de exames diagnósticos por imagem, laboratórios, banco de sangue, serviços de hemodinâmica, lavanderias, restaurantes/cantinas, entre tantas outras, o que faz dos hospitais “organizações extraordinariamente complexas” (Nascimento, 2020, p. 174).

É neste cenário que inúmeros conflitos fatalmente surgem, tornando-se necessário repensar sua forma de gestão para que não desemboquem no Judiciário e se tornem um passivo que, futuramente, possa abalar a sustentabilidade do hospital; e, neste ponto, destaque-se especialmente os conflitos denominados “erros médicos”, muitas vezes surgidos de uma degradação na comunicação relação médico – paciente (Fioravanti, 2020), gerando indenizações altíssimas e capazes de desencadear ou agravar a crise financeira dos hospitais.

Neste enfoque, a humanização preconizada na sociedade 5.0 se torna possível dentro do ambiente hospitalar através de mecanismos como a mediação, por permitir a transformação nas relações e o reestabelecimento da comunicação entre as partes em conflito, pois conforme menciona Colossi (2022, p. 180): “a mediação se propõe auxiliar aquele que tem seu direito lesado ou ameaçado por outrem, visto que chama à mesa de conversa ambas as pessoas: quem se ressentiu pela falta, e quem supostamente a praticou”.

O gestor hospitalar na sociedade 5.0 precisa da consciência de que a gestão dos conflitos nesta estrutura complexa chamada hospital é importante para a sustentabilidade institucional, o que exige o desenvolvimento de habilidades específicas voltadas para a transformação de muitas culturas existentes no meio hospitalar, como a questão relacionada ao assédio.

2.1 Mediação Hospitalar

O final do século XX e as primeiras décadas do século XXI foram marcadas pelo avanço tecnológico, com a criação de um mundo globalizado, totalmente interligado e com expressivo uso da tecnologia de informação, incluindo a utilização em larga escala da inteligência artificial (Nascimento, 2020, p. 172).

A tecnologia vem, pouco a pouco, assumindo as atividades que eram desenvolvidas pelo homem: no campo, a utilização de tratores e outros equipamentos agrícolas possibilitou a redução dos custos e o aumento da produtividade, substituindo funções que antes eram desenvolvidas em condições precárias pelos trabalhadores rurais conhecidos como “boias-frias” (Ferraz Jr, 2018).



Na indústria, a automação igualmente alcançou um importante espaço, reduzindo perdas e aumentando eficiência com grande substituição da mão-de-obra até então utilizada, o mesmo ocorrendo com o comércio, que está paulatinamente migrando para o mundo virtual, ao ponto de o Fórum Econômico Mundial estimar que até 2025 as máquinas substituirão 85 milhões de empregos (Moreira, 2020).

Na saúde, a tecnologia também alcançou elevado nível, com equipamentos diagnósticos capazes de realizar exames com imensa precisão e, até mesmo, robôs cirurgiões que permitem ao médico efetuar procedimentos que seriam inviáveis no modo convencional, ou seja, nas denominadas “cirurgias abertas”; os benefícios das cirurgias via robô são imensos, com realização de incisões pequenas, rápida recuperação do paciente, redução dos riscos de infecção, entre outros (Portal da Vinci, 2023).

A evolução da medicina e tecnologia, sem dúvida, colaborou significativamente para o aumento da expectativa de vida da população mundial (Souza et al, 2018). E, embora tenha contribuído para a melhoria nas condições de trabalho, a tecnologia não foi capaz de substituir o trabalho humano na área de saúde (Comitre, 2022) e ainda são necessários profissionais das mais variadas especialidades: médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, administradores, entre tantos outros responsáveis para o funcionamento de uma estrutura hospitalar.

Mas o avanço na ciência médica também foi acompanhado de desafios, como o surgimento de bactérias resistentes a antimicrobianos e que já está entre as dez maiores ameaças à saúde pública mundial (ANVISA, 2023, p. 6) e a rápida obsolescência dos equipamentos, cuja vida útil exige constante substituição. A medicina tecnológica e avançada tornou-se cara, quase inacessível à população em geral, especialmente aos menos favorecidos (Bento, 2021), dependentes do sistema público de saúde cada dia mais subfinanciado.

Em 2015, durante conferência realizada na Organização das Nações Unidas (ONU), com a participação de diversos líderes mundiais e representantes da sociedade civil foi instituída a Agenda 2030, com a criação de um rol de dezessete objetivos, denominados de Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) a serem implementados pelos países até o ano de 2030 visando a erradicação da pobreza, proteção do planeta e garantia de alcance da paz e prosperidade. Do rol de objetivos, dois são de grande importância para este estudo:

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

16. Promover sociedades pacíficas e inclusivas para o desenvolvimento sustentável, proporcionar o acesso à justiça para todos e construir instituições



eficazes, responsáveis e inclusiva em todos os níveis. (ONU, 2015)

A importância destas duas ODS está no fato de que, a primeira, está ligada ao dever do Estado na garantia da saúde, essencial para a existência de uma vida saudável e o bem-estar. A segunda, por estabelecer o objetivo de promover sociedades pacíficas, garantido o acesso à justiça, o que se poderá alcançar através de adoção de mecanismos voltados à resolução consensual dos conflitos, como é o caso da mediação.

O estabelecimento destas ODS constitui meta a ser perseguida, mas de difícil consecução no Brasil que, embora tenha um sistema público de saúde universal, não detém uma fonte de custeio que consiga acompanhar o custo financeiro que surge das sempre crescentes demandas da população, levando ao endividamento de importantes prestadores de serviços, como é o caso dos hospitais filantrópicos (Véras, 2024).

Nascimento (2020, p. 174) retrata a evolução do segmento e afirma que os hospitais:

“passaram de uma prestação meramente assistencialista para uma atuação de prestador de serviços, passando a oferecer cuidados secundários (cura e tratamento), assim como terciários (reabilitação e reintegração), para além de ensino (hospital escola), pesquisa e investigação biomédica (cura de doenças raras).”

É possível afirmar que o segmento de saúde hoje existente evoluiu de um modelo eminentemente assistencialista, como ocorria no passado, para verdadeiros prestadores de serviços, tornando-se “organizações extraordinariamente complexas, na sua estrutura física, tecnológica e humana” (Nascimento, 2020, p. 174), o que exige por parte dos seus gestores uma mudança no modelo de gestão proporcional à complexidade do hospital e capaz de permitir o acompanhamento das mudanças sociais, o avanço da medicina e da tecnologia.

Segundo os dados do Conselho Nacional de Justiça (CNJ, 2022) através do painel estatístico “Justiça em Números 2022”, a área de saúde aparece em 11º lugar em assuntos sobre direitos humanos mais demandados no Judiciário. O Painel da Judicialização da Saúde demonstra que em 2022 foram 297 mil novas ações envolvendo essa área.

Entretanto, o custo do processo judicial, aliado ao resultado incerto, exige do gestor hospitalar a necessidade de desenvolvimento de competências para a gestão de conflitos, presentes na vida em geral e, com maior intensidade, no meio hospitalar.

Alguns conflitos estão diretamente ligados à atividade hospitalar, como o conflito entre integrantes das equipes multidisciplinares, a relação médico-paciente ou entre hospital e fornecedores; outros conflitos não estão ligados diretamente à atividade hospitalar mas refletem nesta, como são os conflitos familiares que afloram em situações de estresse, como a internação



hospitalar (Barbosa, 2015, p. 120); o fato é que tais conflitos exigem uma resolução rápida e de modo menos traumático possível.

Há conflitos que ocorrem em relações que possuem natureza continuada (entre colaboradores; entre integrantes da equipe multidisciplinar; entre o hospital e operadoras de planos de saúde), de modo que a meta a ser perseguida passa a ser sua resolução de modo a permitir a manutenção das relações e a retomada do diálogo, muitas vezes prejudicado durante o conflito. Outros conflitos, embora não sejam de caráter continuado, interferem pontualmente no atendimento prestado, como são os conflitos familiares envolvendo a tomada de decisão em paciente internado.

Neste cenário, por permitir a transformação nas relações e a retomada do diálogo entre as partes, a mediação constitui meio eficaz à resolução consensual de conflitos pela presença de um terceiro imparcial, da confidencialidade de seus atos e da celeridade.

3 CONFLITOS HOSPITALARES E MEDIAÇÃO

Para Pascutti e Meyer Jr (2013, p. 541) “Hospitais são considerados um dos tipos mais complexos e pluralistas de organizações presentes na sociedade atual”, entendimento que também é compartilhado por Nascimento (2020, p. 173) e Beltrammi e Reis (2019, p. 98).

Pascutti e Meyer Jr (2013, p. 541) ainda complementam que a complexidade decorre de “seus objetivos ambíguos, pela natureza de suas atividades, pelo uso de tecnologia múltipla e complexa, pelo poder compartilhado e, enfim, pela pluralidade de profissionais que neles atuam”. Apenas em relação aos profissionais, integram a equipe multidisciplinar de assistência uma gama de profissões regulamentadas: enfermagem (enfermeira, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem), nutrição, fisioterapia, psicologia, assistência social, cirurgia odontológica (bucod-maxilo) e médica. Na área médica, também se convive com uma superespecialização (Beltrammi; Reis, 2019, p. 97), com a medicina se subdividindo em diversas especialidades e subespecialidades médicas. Também é comum o hospital ser base para estágios na área de saúde e programas de pós-graduação, como são os Programas de Residência Médica e Programas de Residência Multiprofissional.

Some-se a isto o paciente, com doenças das mais variadas complexidades, muitas vezes atendidos pelo sistema público de saúde em estruturas hospitalares que apresentam quadro constante de superlotação: são pacientes deitados em macas, sentados em cadeira, sem espaço sequer para a presença de acompanhantes, ainda que se trate de idosos (Tarcísio, 2023).



A família, por vezes, também tem seus conflitos e lidar com a doença, principalmente em casos graves, requer um controle emocional nem sempre existente. Também surgem os conflitos quando há necessidade de tomada de decisão sobre a conduta médica ou, por vezes, existem relações familiares desgastadas em que a convivência entre seus membros deixou de existir (Barbosa, 2015, p. 120-121);.

O estresse acaba sendo uma constante e se torna fonte de conflitos: reclamações, desentendimentos e pressão acabam sendo fatores que desencadeiam um ambiente muitas vezes hostil, principalmente quando pacientes ou familiares não entendem como funciona a progressão da doença e a comunicação da equipe médica com os familiares não é eficaz (Nascimento, 2017); ou, ainda, quando desconhecem que a causa de muitos problemas, como a superlotação, é o subfinanciamento do sistema público de saúde.

Alie-se a isto a cultura existente no meio médico que generaliza a prática de condutas capazes de serem enquadradas como assédio moral a outros membros da equipe multidisciplinar e, principalmente, em relação a médicos residentes.

O conflito faz parte da vida e sua existência não traduz necessariamente algo negativo; aliás, o conflito propriamente dito não é positivo e nem negativo, mas a forma com que a pessoa se deixa influenciar por ele é que poderá ser entendida como positiva ou negativa (Deutsch, 2004, p. 34; Silva, 2013, p. 104) ou, como referido por Tartuce (2021, p. 6-7), o conflito poderá ser construtivo ou destrutivo. O conceito de conflito apresenta diversas acepções, citando-se como exemplo o seu sentido coloquial, que pode indicar uma divergência de entendimento ou de ideias, discussão acalorada ou enfrentamento; e seu sentido jurídico pode representar a pretensão resistida, caracterizada pelos interesses de uma parte que encontra resistência na outra (Tartuce, 2021, p. 6-8). Para este artigo, o conflito será entendido em seu sentido coloquial, como uma desavença, divergência de ideias ou opiniões, discussão acalorada.

Especificamente sobre o conflito em ambiente hospitalar, Sepúlveda *et al* (2018, p. 139) discorre sobre a possibilidade de advir resultados positivos:

[...] o conflito não é necessariamente negativo. Pode-se afirmar que um certo nível controlável ou tolerável de conflito pode gerar consequências positivas, como estimular o nível de diligência na prestação de serviços médicos e de saúde, promover a prevenção e aprimorar a tomada de decisões, além de posicionar os usuários do sistema de saúde, os provedores e o legislador em uma posição autocrítica, cujos resultados impulsionam a melhoria da comunicabilidade das normas e seu objetivo, a partir do conhecimento aprofundado das diversas problemáticas que ocorrem nesse âmbito. [tradução livre].

Blas (2012, p. 13-17) afirma que, em regra, os conflitos são adjudicados pelas partes ao



Judiciário, atribuindo-se a um terceiro a responsabilidade pela tomada de decisão. Entretanto, a mediação constitui um dos métodos de gerenciamento de conflitos, assim como de sua prevenção, “pois em certas situações, especialmente no ambiente de trabalho, é possível capacitar os colaboradores em habilidades de comunicação para a prevenção de conflitos” mediante o ensino de técnicas de mediação. Aponta que países como Chile e Hungria utilizam a mediação como mecanismo de gestão de conflitos na área de saúde há muitos anos.

Também Sepúlveda *et al* (2018, p. 138-139) defende que a boa gestão do conflito não se inicia com a instauração da mediação, pois neste aspecto o conflito já ocorreu; a boa gestão deve ocorrer de forma preventiva, antes de seu surgimento, com a construção de um processo de comunicação eficaz, que possibilite a troca de informações, criação de vínculos de confiança, sinceridade e respeito.

Segundo Tartuce (2021, p. 189):

A mediação consiste no meio consensual de abordagem de controvérsias em que alguém imparcial atua para facilitar a comunicação entre os envolvidos e propiciar que eles possam, a partir da percepção ampliada dos meandros da situação controvertida, protagonizar saídas produtivas para os impasses que os envolvem.

Sobre a mediação na área de saúde, Nascimento (2016, p. 205-207) elaborou estudo comparativo dos ordenamentos jurídicos português e brasileiro, afirmando a existência de similitude no processo de mediação nestes países e que se caracteriza como:

[...] processo consensual, orientado a manter nas pessoas nele interessadas e intervenientes a autonomia e autoria das decisões, tendo como características comuns para além da celeridade, a redução de custos emocionais e financeiros, bem como a possibilidade de preservação dos relacionamentos (independentemente do grau de intimidade ou proximidade).

[...] Levando em consideração que cada envolvido no conflito terá um discurso diferenciado (discurso técnico, discurso emocional e discurso financeiro), um terceiro facilitador com as características do mediador, tem condições de potencializar, de forma notória, a possibilidade de diálogo, a gestão do conflito e a construção de soluções que possam ser acolhidas por todos os intervenientes, satisfazendo os interesses e necessidades dos envolvidos.

Na mediação, a atuação de um terceiro imparcial devidamente capacitado tem o condão de devolver às partes a capacidade de assumir seu papel de protagonista no processo de negociação, recuperando assim a direção da gestão do conflito e de encontrar soluções inteligentes e benéfica a todos, além de possibilitar a compreensão sobre a autorresponsabilidade.

Barbosa (2015, p. 121) aborda a mediação hospitalar sob o enfoque dos conflitos familiares, mas seus ensinamentos também se estendem a outros tipos de conflitos hospitalares ao afirmar que o papel do mediador que atua na área da saúde ou hospitalar tem como principal objetivo a



promoção do diálogo, a inclusão de todos os protagonistas envolvidos e cita a seguinte frase de Jean-François Six: “O mediador deve estar particularmente atento aos “sem-voz”, aos gritos surdos das pessoas, dos grupos, dos povos que não gritam mais, tanto que eles foram submersos no anonimato pelo não reconhecimento do outro”. A frase de Jean-François Six se aplica perfeitamente na questão do assédio moral na residência médica, que ocorre há tanto tempo, mas com poucas ocorrências de denúncia (Torres et al, 2022; Córdova et al, 2019).

A utilização da mediação como mecanismo de resolução de conflitos na área de saúde tem se mostrado eficiente e eficaz, com um grande desenvolvimento em razão da necessidade e interesse na facilitação e reestabelecimento da comunicação em conflitos que envolvem múltiplas partes, sejam essas pacientes, médicos, assistentes, técnicos, seguradoras, prestadores de serviços, entre outras (Nascimento, 2016, p. 206).

Neste estudo se abordará um conflito presente no ambiente hospitalar e ao mesmo tempo pouco divulgado: o assédio moral praticado nos Programas de Residência Médica.

4 MEDIAÇÃO DE CONFLITOS ENVOLVENDO ASSÉDIO MORAL NO ÂMBITO DA RESIDÊNCIA MÉDICA

Apesar do desenvolvimento da sociedade, o relacionamento interpessoal no ambiente de trabalho ainda tem muito a evoluir, inclusive na área hospitalar: a multiplicidade de pessoas, as diferentes formações, o falso entendimento sobre hierarquia e superioridade entre profissionais da medicina e enfermagem, por exemplo, são causas de muitos conflitos, capazes de caracterização de assédio moral.

Hirigoyen (1999, p. 43-44) define o assédio moral como toda e qualquer conduta abusiva praticada pelo agressor por meio de comportamentos, palavras, atos, gestos ou escritos, que são capazes de gerar danos à personalidade, à dignidade, à integridade física ou psíquica de uma pessoa, além de colocar em risco seu trabalho ou gerar degradação no ambiente laboral. Como consequência, o assédio gera a destruição das relações interpessoais, diminui a produtividade, favorece o absenteísmo e o desgaste psicológico.

Leymann (2022, p. 66-69), em estudo sobre *mobbing* e assédio moral, afirma tratar-se de “terror psicológico” manifestado através de comunicação hostil e não éticas ou abusivas, realizadas por uma ou mais pessoas de forma sistemática contra um indivíduo. Para esse autor, a vítima de assédio moral acaba se tornando um indivíduo marcado, pois seus colegas de trabalho passam a atribuir seu isolamento e comportamento defensivo a um distúrbio da personalidade.



Por isso a importância de se abordar a questão envolvendo o assédio moral em ambiente de trabalho, ainda mais em se tratando de estabelecimentos de saúde, cujo objetivo é de tratar doenças e, não, de causá-las.

Para efeitos deste artigo, se abordará a questão do assédio moral envolvendo os médicos residentes, pois em praticamente todos os programas de residência médica há a cultura de que o residente pode ser submetido a jornadas excessivas e práticas que envolvem a humilhação e o constrangimento público. Esta conduta praticada por preceptores ou supervisores acaba sendo replicada pelos residentes mais avançados (R+) no trato com os residentes mais novos (R-), perpetuando uma cultura que se leva para toda vida profissional, como afirmado por Vattimo (2019, p. 39-40):

O assédio moral tende a ser realizado por parte de superiores, como professores, médicos assistentes, preceptores e residentes de anos superiores. Estudantes e residentes no início do programa, portanto, são particularmente mais vulneráveis, por estarem na base da hierarquia.

Vattimo (2019, p. 39-40) conclui que o assédio moral poderá ocorrer em todos os ambientes de prática médica, gerando o risco de que este fato, se sistematizado, possa interferir até mesmo na relação médico-paciente.

Torres et al (2023, p. 4) retrata que em pesquisa efetuada no México com 70 médicos residentes, ao se realizar a construção identitária os médicos residentes afirmavam sua visão de que o “ser residente” indicava: “um escravo”, “estar cativo no hospital”, “não ter voz, nem voto”, “ser submisso”, “não se queixar”, “receber reprimendas”, “aprender a seguir ordens”, “sacrifício”, “aqui se forja um caráter” [tradução livre], entre outras expressões semelhantes que sugerem a presença de ambientes dominantes, violentos e estigmatizantes.

Estudo realizado por Marques *et al* (2012, p. 403-405) envolvendo 105 residentes de um hospital de ensino no Brasil apontou que 41,9% dos residentes se consideravam vítimas de assédio moral; dentre os maiores assediadores estão os preceptores e supervisores (40,7%), seguidos dos ocupantes de cargos de coordenação (29,1%) e dos residentes mais velhos (19,8%) que acabam por replicar a conduta de seus preceptores.

Fato importante destacado neste estudo é que do total de pessoas que se declararam vítima de assédio moral o equivalente a 65,9% informou apresentar sequelas, classificadas como de natureza psíquica (58,5%), profissional (39,0%) e física (2,4%). Os mais propensos às sequelas são os residentes do sexo feminino, pois 96,6% das pessoas com sequelas são mulheres. O estudo ainda aponta que “a classe de enfermagem frequentemente é vítima de assédio moral, sendo o principal assediador o médico” (Marques *et al*, 2012, p. 403-405).



O problema do assédio moral na residência médica não é específico do Brasil, tratando-se de uma cultura que está presente em muitos países.

Para Ortiz-León *et al* (2014, p. 290-301) o assédio moral é aceito e justificado em todos os níveis da prática médica e considerado um comportamento inerente à própria formação; aponta estudos realizados em três hospitais de Buenos Aires envolvendo 421 residentes onde se identificou que 90% deles haviam sido vítimas de assédio moral; no Chile, 71% dos entrevistados relataram ter vivenciado alguma forma de assédio. Em relação ao México, o estudo aponta dado ainda mais estarrecedor, afirmando que 98,5% dos médicos residentes entrevistados das especialidades básicas manifestaram ter sofrido algum tipo de assédio de intensidade classificada como pouca a moderada; em relação às especialidades cirúrgicas e clínicas, 65% dos entrevistados relataram terem sido vítimas de condutas caracterizadas por gritos, 57% foram humilhados em público por seus erros e 51% sofreram falta de respeito em relação ao trabalho realizado.

Vattimo (2019, 38) descreve que no Japão existe a cultura em que os médicos residentes são forçados a beber álcool por parte de seus superiores, sendo essa a segunda maior modalidade de abuso contra residentes relatada naquele país.

Fnaís *et al* (2014, p. 821) efetuou revisão sistemática de 57 estudos transversais e 51 meta-análise, os quais foram conduzidos em países como Estados Unidos, Canadá, Paquistão, Reino Unido, Israel e Japão envolvendo assédio moral na residência médica. A conclusão foi de que a prática do assédio moral em programas de residência médica é um problema comum ao redor do mundo, pois 59,4% dos residentes médicos indicaram terem experimentado ao menos uma forma de assédio ou discriminação durante a residência, sendo que o assédio verbal foi a prevalência maior (63,0%) e os preceptores os principais autores do assédio (34,4%).

A situação envolvendo o assédio moral na área médica é tão evidente que em 2019 o Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP) lançou um livro objetivando combater o assédio moral, em que aponta interessante justificativa para a possível causa da disseminação desta cultura:

Assim sempre foi e, como um vaticínio, é transmitido de geração em geração criando lendas e mitos muitas vezes envolvendo célebres cirurgiões que arremessavam bisturis em ataques de fúria, destratando assistentes e colaboradores.

Há também a crença de que os maus tratos dedicados aos aprendizes os ajudariam a se proteger da dor (traduzida erroneamente por fraqueza), transformando-os em profissionais menos sensível aos sofrimentos dos pacientes e, portanto, mais aptos para a tarefa a ser realizada.

Lamentavelmente, esse clima criado com o intuito de sobrevivência psíquica acaba por transmitir uma cultura selvagem e truculenta, altamente prejudicial ao relacionamento entre médicos preceptores e residentes, fazendo com que o



ambiente de ensino se torne extremamente sofrido e solitário. Essa atmosfera bravia e, muitas vezes, cruel promove uma residência muito infeliz e precária que se justifica, na maioria das vezes, por uma falsa necessidade de manutenção de tal ambiente (Forjaz, 2019, p. 30).

Situações abusivas compreendendo sobrecarga de trabalho e assédio moral vem sendo motivos de desistências de programas de residência médica. Em 2022 foi amplamente noticiado o pedido de desligamento coletivo de médicos residentes da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), tendo as condições de trabalho e o assédio moral como justificativas (Alvim, 2022).

Embora o problema do assédio moral tenha sido detectado pelo CREMESP, torna-se curioso que em nenhum momento se cogitou da adoção de mecanismos consensuais para resolução de conflito, limitando-se a atribuir ao diretor de assuntos estudantis o papel de intermediar as queixas dos estudantes com as instituições de ensino (Belfiore, 2019, p. 75).

Será que uma simples intermediação de queixas é suficiente? Será que a aplicação de medidas disciplinares seria um caminho para a solução deste problema? A exclusão do assediador do ambiente hospitalar é suficiente para romper com este comportamento arraigado na cultura médico-hospitalar? A resposta parece ser negativa, pois a punição sem conscientização apenas será causa de revolta, agravando o frágil relacionamento existente. Da mesma forma, o desligamento do profissional assediador apenas deslocará o problema de uma instituição hospitalar para outra, pois não promove a transformação e a mudança de cultura.

A mudança cultural ocorrerá através de uma conjugação de fatores, dentre elas a realização de campanhas de prevenção e combate às práticas de assédio moral. Mas quando da ocorrência de um conflito concreto, a mediação assume um papel importante.

Nascimento (2020, p. 188) descreve que a mediação caracteriza-se por “processo vocacionado para trabalhar conflitos entre pessoas com interesse em manter, melhorar e não prejudicar ou iniciar relacionamentos ou relações, [...] com a intervenção de um terceiro especializado, sem poder de decisão ou ingerência, denominado de mediador”.

Para Armadans et al (2008) a aplicação do mecanismo da mediação na área da saúde gera um espaço de diálogo entre as partes envolvidas, tendo como objetivo a prevenção de conflitos através da melhora no sistema de comunicação, possibilitando a transformação das relações existentes entre partes na busca por uma solução extrajudicial.

Tartuce (2021, p. 5) afirma que nos casos envolvendo o desrespeito à diversidade de percepções os conflitos surgem em razão da existência de diferentes valores, estruturas, definições de papéis e níveis de informação. Analisando a questão dos “valores”, a cultura médica hoje existente gera o falso entendimento de que a prática do assédio é natural, pois os atuais



assediadores também foram vítimas de assédio no passado; no tocante a “estrutura”, observa-se a existência de diferenças, na medida em que se verifica a desigualdade na distribuição de poder entre o preceptor, enquanto mentor intelectual e detentor do poder de direcionamento e comando das ações, e o médico residente que assume o papel de comandado. Quanto à “definição de papéis” se constata que o comportamento do preceptor aumenta a falta de confiança do residente que, por receio de ser exposto publicamente, acaba evitando o contato com o preceptor; essa falha de comunicação acaba gerando baixo aproveitamento do tempo em que o preceptor e o médico residente deveriam desenvolver no ensino. Por fim, em relação ao nível de informação, embora se trate de profissionais com formação superior, a cultura de que o assédio moral é algo correto gera erro no processo de entendimento e interpretação; isto faz com que o residente evite efetuar questionamentos aos preceptores, aumentando as chances de condutas equivocadas no trato ao paciente e consequente risco à vida.

Nascimento (2020, 189-190) refere a prevalência de práticas autoritárias e percepção de superioridade na área médica em relação a equipe técnica e profissional e, relatando sua experiência em mais de 5.000 horas em mediação afirma que “o processo de mediação na área da saúde, e em especial na gestão médica, clínica e hospitalar, é o mais adequado para as situações elencadas”.

Por isso, Blas (2012, p. 13-17) propõe a implementação da mediação hospitalar através da adoção de três passos: a) divulgação da mediação como meio de resolução de conflitos no âmbito hospitalar, dando amplo conhecimento sobre seu desenvolvimento e funcionamento; b) acompanhamento dos casos, a fim de possibilitar constante melhoria no processo de mediação; c) aprimorar as habilidades de comunicação dos profissionais que atuam no ambiente hospitalar, como meio de prevenção dos principais conflitos existentes.

Essa autora ainda sugere que a mediação deve ser tratada como uma política institucional, contendo quatro módulos de intervenção: a) divulgação sobre a existência de um serviço de mediação; b) manutenção, no serviço de mediação, de acesso à assessoria jurídica e psicológica; c) capacitação de profissionais estratégicos para manter uma visão preventiva dos potenciais conflitos, especialmente nos ambientes sujeitos a alto nível de estresse; d) análise dos casos ocorridos, a fim de identificar os conflitos e, com base nestes, possibilitar melhor capacitação dos mediadores (Blas, 2012, p. 13-17).

Atualmente, as ações existentes no meio hospitalar não estão voltadas para a mudança de cultura. Por isso, a mediação se mostra um mecanismo eficaz para o combate efetivo ao assédio moral ocorrido na área médica por se tratar de mecanismo de prevenção e resolução de conflitos,



que envolvem relações de caráter continuado. Entretanto, o combate somente será eficaz com a transformação cultural das pessoas envolvidas, processo onde o mediador também assume o papel de educador (Nascimento, 2017).

Parisi e Silva (2018, 40) em estudo sobre a mediação de conflitos no SUS constatou que o mecanismo é válido para resolução de conflitos no ambiente de trabalho mesmo envolvendo situações de subordinação, pois a ação dos mediadores gerou equilíbrio nas relações e restabeleceu o diálogo entre as partes.

Os resultados favoráveis à adoção deste mecanismo está no fato de que “a mediação se propõe a auxiliar aquele que tem seu direito lesado ou ameaçado por outrem, visto que chama à mesa de conversa ambas as pessoas: quem se ressentiu pela falta, e quem supostamente a praticou” Colossi (2022, p.180). E nesse reestabelecimento da comunicação entre assediador e assediado é que se pode obter a transformação na cultura atualmente existente.

Blas (2012, p. 13-17), ao defender a mediação hospitalar como o caminho para a resolução de muitos conflitos, propõe a existência de dois serviços distintos de mediação, um interno e outro externo, afirmando:

Para lidar com os conflitos entre profissionais e entre usuários (e suas famílias), é desenvolvido um serviço interno de mediação no hospital. Já para os conflitos surgidos entre pacientes e profissionais de saúde, é oferecido um serviço de mediação externo ao hospital, com a atuação de diferentes profissionais para cada unidade, que também são treinados e experientes no campo de mediação.
[tradução livre]

As residências médicas geralmente são implantadas em hospitais mais estruturados, diante das exigências normativas para o credenciamento de um programa de residência. Por isso, estas instituições teriam maior capacidade de desenvolvimento de um serviço interno de mediação, contemplando a presença de um gestor administrativo, gestor médico (CFM, 2016), assessor jurídico e um psicólogo organizacional ligado à área de gestão de pessoas.

Essas pessoas seriam capacitadas em técnicas de mediação, a fim de compreender o papel a desempenhar durante o processo, inclusive quanto ao requisito essencial do mediador, que é sua imparcialidade. E, por conta desta imparcialidade obrigatória é que a atuação de integrantes da Direção do Corpo Clínico (eleito pelos médicos) ou da Comissão de Residência Médica (COREME) não poderiam integrar o serviço interno de mediação pelo fato de estarem diretamente ligados às partes envolvidas (preceptores e residentes). A Comissão de Ética Médica, cuja existência é obrigatória, também não poderia integrar esse serviço, pois estariam desvirtuando sua finalidade, nos termos das normas expedidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM, 2016a).

Os hospitais possuem em seus quadros, por exigência legal, profissionais para atuar na



psicologia clínica, voltados ao atendimento a pacientes; entretanto, por existir a cultura no meio médico de que os profissionais das equipes multidisciplinares lhes são subordinados, corre-se o risco de que a mediação feita por qualquer profissional desta categoria não surta o efeito pretendido. Por isso, a sugestão de inclusão do psicólogo organizacional, que está ligado ao setor de recursos humanos e à gestão de pessoas e que não possui qualquer grau de subordinação à área médica.

Pontes e Feitosa (2019, p. 227-228) relatam que entre as habilidades mais necessárias aos profissionais do século XXI estão a de resolução de conflitos, liderança e comunicação. As autoras apontam vários estudos que retratam que “a habilidade de resolução de problemas complexos ocupa novamente o primeiro lugar entre as habilidades mais requeridas pelo mercado de trabalho na atualidade” (Pontes; Feitosa, 2019, p. 228). Estas habilidades estão em consonância com aquelas exigidas dos profissionais na sociedade 5.0 (Braga Neto; Goulart, 2022, p. 404) e, também, devem estar presentes no mediador.

Para a resolução de conflitos empresariais Pontes e Feitosa (2019, p. 227-228) citam a técnica da empatia, através da qual o mediador deve colocar-se no lugar do outro, sem a existência de julgamento ou de concordância com as partes em conflito.

Para Roman Krzanaric (2007, p. 6-8),

[...] a empatia é a arte de se colocar no lugar do outro por meio da imaginação. A empatia traduz-se como técnica complexa, que reflete a capacidade de “colocar-se no lugar do outro”. A escuta ativa e inclusiva do outro e sua valorização autêntica permitem que se veja a outra pessoa como parceira e não como opositora e evitam julgamentos prévios que afastam o diálogo e estimulam a disputa.

Krzanaric também adverte que existem duas formas de abordagem da empatia. A primeira é uma abordagem tradicional, normalmente encontrada em livros de psicologia, que compreende a empatia como uma conexão emocional entre pessoas, ou seja, a capacidade de participar da vida emocional do outro; a segunda, a abordagem imaginativa, através da qual se entende que para a arte de viver é necessária a existência de um esforço imaginativo para compreender o mundo a partir da perspectiva do outro (Krzanaric, 2007, p. 6-8).

Neste cenário, entender que o assédio faz parte da cultura médica e que, muitas vezes, o assediador apenas está replicando uma conduta da qual foi vítima quando ainda era estudante de medicina (Forjaz, 2019, p. 29; Córdova et al, 2019, p. 46) é importante para auxiliar no processo de entendimento do caso e na conscientização necessária à transformação.

Através da técnica da empatia, o mediador poderá conduzir o médico assediador a entender que a prática do assédio não é uma conduta adequada, com necessidade de se romper com este



ciclo existente, que faz com que uma geração replique de forma irracional a conduta da geração anterior. Torna-se necessária a abordagem de questionamentos que levem o preceptor a refletir: como foi o período de sua residência? Como era a conduta de seus professores e preceptores? Algum professor lhe marcou por lhe tratar com gentileza? Como se sentia quando um professor agia de forma ríspida? Como gostaria de ter sido tratado na residência? Indagar do passado do preceptor pode ser um meio para a reflexão sobre o comportamento atual frente ao médico residente.

Da mesma forma, através de esforço imaginativo, analisar o conflito desde a perspectiva do médico residente, que nem sempre teve a oportunidade de adquirir ao tempo da faculdade os conhecimentos teóricos e práticos necessários ou esperados pelo preceptor; entender, ainda, que não é no dia seguinte à formatura que esse profissional alcançará a maturidade ou que perderá a insegurança em suas condutas profissionais, o que decorre do fato de saber que um único ato falho pode colocar fim à uma vida humana.

A técnica da empatia se mostra fundamental ao mediador que integra o serviço interno de mediação e que, conhecendo os meandros do funcionamento do sistema de saúde, tem nessa técnica importante ferramenta na facilitação da comunicação entre as partes, potencializando as possibilidades de transformação.

Sobre a técnica da empatia, Krzanaric apresenta interessante crítica aos livros que tratam sobre a arte de viver pelo fato deles normalmente apontarem para a individualização, isto é, como agir para “me ajudar” e não focam na ajuda ao próximo. Por isso, afirma que “sempre sentiremos algo faltando se tentarmos viver sozinhos, hermeticamente isolados em uma solidão construída por nós mesmos, pensando apenas em nossos próprios prazeres e dores. O mistério da existência é constituído por nossas relações uns com os outros” (Krzanaric, 2007, p. 6-8).

Nem o médico, nem o residente vivem em um mundo isolado; ambos possuem uma interdependência: se o residente depende do preceptor ou do residente mais velho para obter o treinamento prático, o preceptor por sua vez depende do residente para auxiliar no atendimento dos inúmeros pacientes sob sua responsabilidade. Por isso, a verdadeira arte de viver está na empatia, ligada ao fato de ser empáticos e ter a consciência de que o homem não vive sozinho.

Essa conscientização, possível de ser obtida na mediação, é o caminho para a transformação do relacionamento médico-residente e a mudança de uma cultura presente em muitos países.

5 CONCLUSÕES



As transformações que estão ocorrendo na sociedade 5.0 exigem uma mudança no perfil de atuação profissional em geral, fato que não é diferente na área hospitalar, que evoluiu no tempo para se tornar estrutura complexa que exige do gestor a busca por mecanismos pacificadores dos conflitos surgidos.

O assédio moral nas residências médicas constitui um importante conflito existente no ambiente hospitalar, com efeitos nocivos às suas vítimas; esse assédio advém de uma cultura presente em muitos países, mas que pouco se tem realizado para combatê-la.

A mediação se caracteriza como mecanismo eficaz na resolução de conflitos envolvendo relações envolvendo subordinação, pois possibilita a transformação no relacionamento existente entre médicos preceptores e residentes, através da conscientização que este terror psicológico em nada contribui para um ambiente de trabalho saudável.

A técnica da empatia, no processo de mediação, pode favorecer a compreensão do conflito e da interdependência de uma parte em relação à outra, de modo que a mudança comportamental e cultural possibilita melhor convívio social e a arte de viver bem.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Theóphilo de. CAMPOS, Ernesto de Souza. **História e evolução dos hospitais**. Rio de Janeiro: impressão do Ministério da Saúde, 1965.

ALVIM, Mariana. ‘Plantão de 40 horas’: a rotina de médicos residentes que motiva denúncias e demissões coletivas. **BBC News Brasil**, São Paulo, 15 jun. 2022. Disponível em: <https://g1.globo.com/saude/noticia/2022/06/15/plantao-de-40-horas-a-rotina-de-medicos-residentes-que-motiva-denuncias-e-demissoes-coletivas.ghtml>. Acesso em: 22 jun. 2023.

ARMADANS, Immaculada; ANEAS, Assumpta; SORIA, Miguel Angel. La Mediación en el ámbito de la salud. **Medicina Clínica**, v. 133, n. 5, p. 187-192, jul. 2009. Doi: 10.1016/j.medcli.2008.11.026. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0025775308002480?via%3Dihub>. Acesso em: 21 jun. 2023.

BARBOSA, Águida Arruda. **Mediação familiar interdisciplinar**. São Paulo: Atlas, 2015.

BELFIORE, Elio *et al.* (Org.). Medidas individuais contra o assédio moral: o que os estudantes ou residentes devem fazer quando sofrem abusos durante a época do treinamento? In: VATTIMO, Edoardo Filippo de Queiroz; BELFIORE, Elio (Org.). **Assédio moral na formação médica. Conscientizar para combater**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP), 2019.

BELTRAMMI, Daniel Gomes Monteiro; REIS, Ademar Arthur Chioro dos. A fragmentação dos sistemas universais de saúde e os hospitais como seus agentes e produtos. **Saúde em Debate**



[Internet], v. 43, n. 5, p. 94-103, 2019. Disponível: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S508>. Acesso em: 04 jun. 2024.

BENTO, Luciana. O maior desafio é fazer com que as tecnologias alcancem as pessoas de baixa renda. **Maré de Notícias – Conexão Saúde**. 28 dez. 2021. Disponível em: <https://mareonline.com.br/o-maior-desafio-e-fazer-com-que-as-tecnologias-alcancem-quem-mais-precisa-as-pessoas-de-baixa-renda-diz-adriana-mallet-ceo-do-sas-brasil/>. Acesso em: 26 maio 2023.

BLAS, María Carnero de. Mediando en salud. Una propuesta de mediación sanitaria en hospitales. **Revista de Mediación**, Madrid, año 5, n. 10, segundo semestre 2012. Disponível em: <https://www.ammediadores.es/nueva/wp-content/uploads/2014/12/10.2-mediando-en-salud.pdf>. Acesso em: 12 mayo 2023.

BRAGA NETO, Adolfo. GOULART, Rissiane dos Santos. A mediação e o novo papel desempenhado pela advocacia contemporânea como estrategista de escolhas na sociedade 5.0. In: BRAGA NETO, Adolfo (Org.). **Mediação Empresarial. Experiências Brasileiras**. São Paulo: CL-A Cultural, 2022. v. 2.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Diretriz Nacional para Elaboração de Programa de Gerenciamento de Antimicrobianos em Serviços de Saúde**. Revisão 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/DiretrizGerenciamentoAntimicrobianosANVISA2023FINAL.pdf>. Acesso em: 05 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização (PNH)**. 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaus_2004.pdf. Acesso em: 04 jun. 2024.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 2147/2016. Ementa: Estabelece normas sobre a responsabilidade, atribuições e direitos de diretores técnicos, diretores clínicos e chefias de serviço em ambientes médicos. **DOU**: seção 1, p. 332-334, out. 2016.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 2152/2016. Ementa: Estabelece normas de organização, funcionamento, eleição e competências das Comissões de Ética Médica dos estabelecimentos de saúde. **DOU**: seção 1, p. 566, 10 nov. 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Justiça em Número**, 2022. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2022/09/justica-em-numeros-2022-1.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2023.

COLOSSI, Lizandra. A mediação extrajudicial como meio de solução de conflitos na saúde privada. In: BRAGA NETO, Adolfo (Org.). **Mediação Empresarial. Experiências Brasileiras**. São Paulo: CL-A Cultural, 2022. v. 2.

COMITRE, Gustavo. O passado nos ensinou: tecnologia não substitui, mas sim potencializa profissionais da saúde. **MIT Technology Review**, 14 mar. 2022. Disponível em: <https://mittechreview.com.br/o-passado-nos-ensinou-tecnologia-nao-substitui-mas-sim-potencializa-profissionais-de-saude/>. Acesso em: 27 jun. 2023.



CÓRDOVA, Angela Sierra; CÁCERES, Joab Zárate; MEJIA, Christian R. Maltrato asociado al acoso laboral a internos de Medicina en hospitales peruanos. **Educación Médica Superior [online]**, v. 33, n. 4, 2019. Disponível em:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-21412019000400004. Acesso em: 10 jun. 2024.

DEUTSCH, Morton. A resolução do conflito: processos construtivos e destrutivos.

In: AZEVEDO, André Gomma de (Org.). **Estudos em Arbitragem, Mediação e Negociação**. Brasília: Grupos de Pesquisa, 2004. v. 3.

FERRAZ Junior. Tecnologia tira o boia-fria do campo. **Jornal da USP**, 13 jun. 2018. Disponível em: <https://jornal.usp.br/atualidades/tecnologia-tira-o-boia-fria-do-campo/>. Acesso em: 24 jun. 2023.

FIORAVANTI, Carlos. Um diagnóstico do erro médico. **Revista Pesquisa Fapesp**, n. 287, jan 2020. Disponível em: <https://revistapesquisa.fapesp.br/um-diagnostico-do-erro-medico/>. Acesso em: 23 jun. 2023.

FNAIS, Naif; SOOBIAH, Charlene; CHEN, Maggie Hong; LILIE, Erin; PERRIER, Laure; TASHKHANDI, Mariam; STRAUS, Sharon; MAMDANI, Muhammad; AL-OMRAN, Mohammed; TRICCO, Andrea. Harassment and discrimination in Medical Training: a systematic review and meta-analysis. **Academic Medicine**, v. 89, n. 5, maio 2014. DOI: [10.1097/ACM.0000000000000200](https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000200)

FORJAZ, Maria Luiza Ferreira. Bases histórico-sociais para surgimento e perpetuação das relações de assédio. *In*: VATTIMO, Edoardo Filippo de Queiroz; BELFIORE, Elio (Org.). **Assédio moral na formação médica. Conscientizar para combater**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP), 2019.

HIRIGOYEN, Marie-France. **El acoso moral. El maltrato psicológico en la vida cotidiana**. Tradução de Enrique Folch Gonzáles. Barcelona: Paidós Ibérica, 1999.

KRZNARIC, Roman. **Empathy and the art of living**. Londres: Blackbird Collective, 2007.

LEYMANN, Heinz. **Textos fundamentales sobre mobbing**. Tradução de Sergio Navarrete Vázquez. Cidade do México: produção independente, 2022. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Sergio-Navarrete-Vazquez/publication/366558455_Leymann_Heinz_TEXTOS_FUNDAMENTALES SOBRE_MOBBING_2022/links/63a6ab6dc3c99660eb9d869b/Leymann-Heinz-TEXTOS-FUNDAMENTALES-SOBRE-MOBBING-2022.pdf?origin=publication_detail. Acesso em: 25 maio 2023.

MARQUES, Rodrigo Coelho et al. (Org.). Assédio Moral nas Residências Médicas e Não Médicas de um Hospital de Ensino. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n. 3, p. 403-405, jul. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/d8pgJk6CVvHtLjVBm6pppjK/?lang=pt#>. Acesso em: 12 maio 2023.



MENDES, Mariana; TRINDADE, Letícia de Lima; PIRES, Denise Elvira Pires de; Biff, Daiane; MARTINS, Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva; VENDRUSCOLO, Carine. Cargas de trabalho na estratégia Saúde da Família: interfaces com o desgaste dos profissionais de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 2020. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019005003622>.

MOREIRA, Assis. Automação deve destruir 85 milhões de empregos, alerta Forum Econômico Mundial. **Revista Valor Econômico**, 20 out. 2020. Disponível em: <https://valor.globo.com/mundo/noticia/2020/10/20/automacao-deve-destruir-85-milhoes-de-empregos-alerta-forum-economico-mundial.ghtml>. Acesso em: 24 jun. 2023.

NASCIMENTO, Dulce Maria Martins do. Mediação de conflitos na gestão da saúde (médica, clínica e hospitalar): humanização do direito médico. **Caderno Ibero-Americano de Direito Sanitário**. Brasília, jan./mar. 2020. Doi: <http://dx.doi.org/10.17566/ciads.v9i1.605>. Acesso em: 27 jun. 2023.

NASCIMENTO, Dulce Maria Martins do. Mediação de conflitos na atualidade – mudando paradigmas na saúde. **Caderno Ibero-Americano de Direito Sanitário**. Brasília, v. 6, suplemento, parte 2, dez. 2017. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/1110>. Acesso em: 27 jun. 2023.

NASCIMENTO, Dulce Maria Martins do. Mediação de conflitos na área de saúde: experiência portuguesa e brasileira. **Caderno Ibero-Americano de Direito Sanitário**. Brasília, jul./set. 2016. DOI: <https://doi.org/10.17566/ciads.v5i3.333>. Acesso em: 27 jun. 2023.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>. Acesso em: 28 jun. 2023.

ORTIZ-LEÓN, Silvia *et al.* Experiencias de maltrato y hostigamiento en médicos residentes. **Revista Cirugía y Cirujanos**, v. 82, n. 3, mayo/jun. 2014. Disponível em: <https://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2014/cc143h.pdf>. Acesso: 26 jun. 2023.

PARISI, Luciana; SILVA, Jandira Maciel da. Mediação de conflitos no SUS como ação política transformadora. **Saúde em Debate**, n. 42, dez. 2018. Doi: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S402>

PASCUCCI, Lucilaine; MEYER JUNIOR, Victor. Estratégia em Contextos Complexos e Pluralísticos. **Revista de Administração Contemporânea (RAC)**, v. 17, n. 5, set./out. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rac/a/SZppvZq6Bjs9mwDqbPDskqn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 04 jun. 2024.

PONTES, Viviane Rufino. FEITOSA, Ana Vlândia Martins. Desafios e perspectivas do mediador na gestão adequada de conflitos: uso da técnica da empatia aplicada a contextos empresariais inovadores. In: BRAGA NETO, Adolfo (Org.). **Mediação Empresarial. Experiências Brasileiras**. São Paulo: CLA Cultural, 2019. v. 2.

SEPÚLVEDA, Dario Parra. VANETTI, Aníbal Olivares. MENDOZA, Camila Riesco. La



Mediação en el ámbito de la salud y su rol en la relación sanitaria. **Revista de Derecho**. Chile, n. 243, jan./jun. 2018.

SILVA, Érica Barbosa e. **Conciliação Judicial**. Brasília: Gazeta Jurídica, 2013.

SOUZA, Sônia Beatriz Cócaro; Milioni, Kelly Cristina; Dornelles, Thayane Martins. Análise do grau de complexidade do cuidado, estresse e *coping* da enfermagem num hospital sul-riograndense. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 27, n. 4, 2018. Doi: <https://doi.org/10.1590/0104-07072018004150017>

TARCÍSIO, Taffareu. Superlotação, falta de estrutura e sobrecarga de profissionais: funcionária do HC-UFU fala sobre condições de atendimento do maior hospital público do Triângulo. **G1 – Triângulo e Alto Paranaíba**, 03 ago. 2023. Disponível em: <https://g1.globo.com/mg/triangulo-mineiro/noticia/2023/08/03/superlotacao-falta-de-estrutura-e-sobrecarga-de-profissionais-funcionaria-do-hc-ufu-fala-sobre-a-estrutura-de-atendimento-do-maior-hospital-publico-do-triangulo.ghhtml>. Acesso em: 05 jun. 2024.

TARTUCE, Fernanda. **Mediação nos conflitos civis**. 6. ed. São Paulo: Método, 2021.

TORRES, Alejandra Rodríguez; PATIÑO, Donovan Casas; MONTES, Ana Lizeth Martínez; ESTRADA, Humberto Amezcua. Especialidad médica en México: “aquí se forja el carácter”. **Revista Acta Scientiarum**, Maringá, EDUEM, v. 45, 2023. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciEduc/article/view/64171/751375156099>. Acesso em: 04 jun. 2024.

VATTIMO, Edoardo Filippo de Queiroz. Assédio Moral entre estudantes de Medicina e médicos residentes. In: VATTIMO, Edoardo Filippo de Queiroz; BELFIORE, Elio (Org.). **Assédio moral na formação médica. Conscientizar para combater**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP), 2019.

VÉRAS, MIROCLES. Subfinanciamento segue ameaçando as Santas Casas em 2024. É urgente repactuar o relacionamento entre o governo federal e a rede filantrópica. **JOTA**. 15 maio 2024. Disponível em: <https://www.jota.info/opiniao-e-analise/artigos/subfinanciamento-segue-ameacando-as-santas-casas-em-2024-15052024>. Acesso: 03 jun. 2024.

