

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Direito

Cibele Aimée de Souza

**TRATAMENTO DE CONFLITOS NO AMBIENTE HOSPITALAR: por uma
mediação adequada ao Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais**

Belo Horizonte
2018

Cibele Aimée de Souza

**TRATAMENTO DE CONFLITOS NO AMBIENTE HOSPITALAR: por uma
mediação adequada ao Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Direito.

Orientadora: Dra. Adriana Goulart de Sena Orsini

Linha de pesquisa: Direitos Humanos e Estado Democrático de Direito: Fundamentação, Participação e Efetividade.

Área de estudo: Acesso à Justiça e Solução de Conflitos.

Belo Horizonte

2018

S729t Souza, Cibele Aimée de
Tratamento de conflitos no ambiente hospitalar: por uma mediação adequada ao Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais / Cibele Aimée de Souza. – 2018.

Orientadora: Adriana Goulart de Sena Orsini.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Direito.

1. Direito – Teses 2. Acesso à justiça – Teses 3. Mediação – Teses
4. Direito à saúde – Teses 5. Médico e paciente – Teses I. Título

CDU 347.9

Cibele Aimée de Souza

**TRATAMENTO DE CONFLITOS NO AMBIENTE HOSPITALAR: por uma
mediação adequada ao Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Direito da Universidade Federal de
Minas Gerais, considerada

pela banca examinadora constituída pelas seguintes
professoras:

Professora Doutora Adriana Goulart de Sena Orsini - Orientadora
(UFMG)

Professora Doutora Camila Silva Nicácio
(UFMG)

Professora Doutora Tereza Cristina Sorice Baracho Thibau
(UFMG)

Professora Doutora Renata Christiana Vieira Maia - Suplente
(UFMG)

Belo Horizonte, 29 de agosto de 2018.

AGRADECIMENTOS

Meu primeiro agradecimento a Deus, maior Mediador e Médico da humanidade. Dele, por Ele e para Ele são todas as coisas, inclusive minha vida e este trabalho.

Agradeço de forma especial à Professora Adriana Goulart de Sena Orsini, minha querida orientadora, pelos ensinamentos acadêmicos e pessoais, pelas construções conjuntas e pela confiança.

Ao papai e à mamãe, por serem apoio e segurança para mim em todos os dias. Suas orações, seu amor e seus ensinamentos na minha vida sempre foram essenciais.

Aos meus amados irmãos, Tais, Vitor e Hélen, meus companheiros e amigos para todas as horas. Minha vida é mais feliz por ter vocês.

Aos meus avós e tios, por toda compreensão e torcida.

À minha querida Célula, por recarregarem as minhas energias, me ensinarem sobre o Amor e orarem por mim.

Ao Dr. André Leite Praça e à querida equipe de trabalho, com quem aprendo sempre.

Aos meus amigos Elaine e Lucas, companheiros da academia e da vida, por tornarem essa caminhada mais especial.

À Nathane, que me inspira em tantos aspectos e cujo olhar atencioso colaborou para que esse trabalho se tornasse ainda melhor.

Aos amigos do RECAJ UFMG, pela trajetória de crescimento e de desafios compartilhados. Tenho orgulho em fazer parte dessa família.

Aos profissionais da Faculdade de Direito, nas pessoas de Cynthia, Wellerson, Joelma e Camila, que transformaram burocracias em oportunidades de acolhimento e empatia.

A cada um dos entrevistados, por sua colaboração essencial para que esse trabalho fosse possível.

Ao Hospital das Clínicas da UFMG, por me abrir espaço à realização dessa pesquisa.

Aos profissionais e aos usuários do HC-UFMG, pela inspiração viva a esse trabalho e pela luta por uma assistência à saúde humanizada.

RESUMO

Este trabalho objetiva propor um modelo de mediação adequado ao Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFGM), integrante do Sistema Único de Saúde Municipal de Belo Horizonte, que leve em consideração o direito fundamental à saúde, os elementos integrantes do serviço de saúde e suas diretrizes, as particularidades do estabelecimento hospitalar analisado e das relações interpessoais e intergrupais nele verificadas. O relacionamento de qualidade entre médico e paciente, integrado pela família e por outros profissionais da saúde, é essencial para a efetivação do diagnóstico, do tratamento e da saúde, enquanto direito. A partir dessa compreensão, a inclusão de instrumentos não judiciais e não adversariais no tratamento de conflitos, em uma verdadeira instituição de ordem jurídica justa, é meio hábil a fortalecer e ampliar o acesso à justiça e a efetivação dos direitos. Nesse sentido, a mediação universalista, em razão dos elementos que a compõe, de seus objetivos e das possibilidades por ela ensejadas, mostra-se adequada para promover a criação e a renovação de vínculos interpessoais e intergrupais, além de propiciar condições para prevenção de conflitos e tratamento daqueles já constituídos na instituição de saúde, de forma a contribuir para a qualidade da relação médico-paciente e da assistência à saúde. Este trabalho compreende a análise de dados obtidos em entrevistas realizadas com profissionais atuantes no HC-UFGM, para a melhor compreensão da realidade institucional e para a identificação dos conflitos e das formas existentes à sua solução no Hospital. Assim, apresenta-se um processo de mediação apropriado ao contexto e às relações do HC-UFGM que promova uma ordem participativa e consensual, que auxilie no empoderamento das pessoas e que abra ou amplie os espaços de diálogo e de elaboração de soluções compartilhadas para as questões vivenciadas.

Palavras-chave: Acesso à Justiça. Direito à saúde. Relação médico-paciente. Mediação. Tratamento adequado de conflitos.

ABSTRACT

This work aims to propose a suitable mediation model for the Hospital das Clínicas of the Federal University of Minas Gerais (HC-UFGM), a member of the Municipal Unified Health System from Belo Horizonte. Such model takes into account the fundamental right to health, the health care elements and its guidelines, the particularities of the hospital establishment analyzed as well as the interpersonal and intergroup relations verified in it. The quality relationship between physician and patient, integrated by the family and other health professionals, is essential for the effective diagnosis, treatment and health as a right. From this understanding, the inclusion of non-judicial and non-adversarial instruments in the treatment of conflicts, in a true institution of a just legal order, is capable of strengthening and broadening access to justice and the realization of rights. In this sense, universalist mediation, due to the elements that compose it, its goals and possibilities it offers, is adequate to promote the creation and the renewal of interpersonal and intergroup bonds, as well as to providing conditions for conflict prevention and treatment of those already constituted in the health institution, in order to contribute to the quality of doctor-patient relationship and health care. This work includes analysis of data obtained from interviews conducted with professionals working at HC-UFGM to better understand the institutional reality and to identify the conflicts and forms of its existence in the Hospital. Thus, a process of mediation appropriate to the context and relations of the HC-UFGM is presented, one which promotes a participatory and consensual order, that helps in people empowerment and opens or broadens the spaces for dialogue as well as for elaboration of shared solutions for the issues.

Keywords: Justice access. Right to health. Doctor-patient relationship. Mediation. Appropriate management of conflicts.

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro da entrevista semiestruturada (médicos).....	155
APÊNDICE B – Roteiro da entrevista semiestruturada (outros profissionais da saúde)	157
APÊNDICE C – Roteiro da entrevista semiestruturada (porteiros e recepcionistas) ...	159
APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para realização das entrevistas.....	161

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A – Termo de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG	164
ANEXO B – Termo de aprovação da realização da pesquisa no âmbito do HC-UFMG pela Gerência de Ensino e Pesquisa do HC-UFMG	165

Transcrição das entrevistas realizadas disponibilizada em CD.

LISTA DE SIGLAS

ADR *Alternative Dispute Resolution*

CAMEDIS Câmara Permanente Distrital de Mediação em Saúde

CEJUSC Centro Judiciário de Solução de Conflitos e Cidadania

CLT Consolidação das Leis do Trabalho

CNJ Conselho Nacional de Justiça

CPC Código de Processo Civil

CPC-HC-UFGM Centro de Pesquisas Clínicas Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais

CR Constituição da República

CTR-DIP Centro de Treinamento e Referência em Doenças Infecto-Parasitárias Orestes Diniz

CTS Centro de Telessaúde

EBSERH Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

EUA Estados Unidos da América

FUNDEP Fundação de Desenvolvimento da Pesquisa

HC-UFGM Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais

NAT Núcleo de Apoio Técnico

NATS Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde

NUPEMEC Núcleo Permanente de Métodos Consensuais de Solução de Conflitos

OAB Ordem dos Advogados do Brasil

OMS Organização Mundial de Saúde

ONU Organização das Nações Unidas

PNH Política Nacional de Humanização

REHUF Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais

RJU Regime Jurídico Único

SUS Sistema Único de Saúde

STF Supremo Tribunal Federal

STJ Superior Tribunal de Justiça

TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFGM Universidade Federal de Minas Gerais

UPA Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	11
2	ESSENCIALIDADES DA SAÚDE E RELAÇÕES QUE A INTEGRAM	16
2.1	Saúde: conceito e considerações normativas.....	16
2.2	Sistema Único de Saúde e sua amplitude	20
2.3	Relação médico-paciente e suas especificidades	25
2.4	O conflito na relação médico-paciente.....	34
2.5	O Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais	37
3	CONFLITOS E FORMAS ADEQUADAS DE SOLUÇÃO	44
3.1	Conflitos, desdobramentos e métodos para sua administração	44
3.2	Vertentes e possibilidades da mediação.....	55
3.3	Mediação no Brasil	63
4	MEDIAÇÃO NA SAÚDE E INICIATIVAS RELACIONADAS	70
4.1	Mediação no âmbito da saúde e experiência francesa.....	70
4.2	Mediação no sistema de saúde no Brasil	75
4.3	Integração da mediação proposta à saúde	78
5	MEDIAÇÃO ADEQUADA AO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG	84
5.1	Conflitos no Hospital das Clínicas da UFMG e suas particularidades.....	85
5.2	Métodos de tratamento de conflitos no Hospital das Clínicas da UFMG	98
5.3	Mediação no Hospital das Clínicas da UFMG e estruturação	114
5.3.1	<i>Medidas de melhoria para além da mediação</i>	116
5.3.2	<i>Para uma mediação adequada ao Hospital das Clínicas da UFMG</i>	124
5.3.3	<i>Formas de aplicação da mediação no Hospital das Clínicas da UFMG</i>	132
6	CONCLUSÃO	143
	REFERÊNCIAS	146
	ANEXOS	163

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Em algum momento da vida, sobretudo no contexto urbano, as pessoas recorrem a serviços de saúde e se colocam em contato com médicos. Eventuais adoecimentos são orientados à busca pelo atendimento em uma instituição de saúde, onde são disponibilizados serviços e ações para promoção, proteção e recuperação da saúde. O hospital, enquanto estabelecimento destinado a prestar assistência médica para diagnóstico, tratamento e reabilitação de pessoas, se configura local de constante contato entre o paciente e o profissional da saúde. A instituição é caracterizada não apenas pela prestação de atendimento ambulatorial, conforme sua estrutura, mas também pela internação, pela qual os pacientes terão estadia prolongada no hospital e receberão cuidados durante a integralidade do dia.

Em razão dos progressos na ciência e na tecnologia médicas, a compreensão dos mecanismos das doenças e das condições para tratá-las cresceu, tanto acerca dos aspectos biológicos envolvidos, como ampliada aos fatores psicossociais e sua influência no adoecimento, nos sintomas e no tratamento. A atuação médica integra, pois, uma concepção do paciente como uma totalidade complexa e organizada, dotado de individualidade e cuja autonomia e participação ativa no processo diagnóstico e terapêutico são essenciais ao alcance de uma relação com o profissional e de uma assistência de saúde de qualidade.

Como toda interação humana, a relação médico-paciente abrange aspectos que cada um dos envolvidos detém para a relação com o outro, o que inclui as particularidades do paciente e do médico. É do encontro de um paciente e de um profissional médico únicos e específicos que surge a relação, também única e específica. Somado às singularidades das pessoas, os vínculos estabelecidos no âmbito hospitalar apresentam, ainda, peculiaridades decorrentes da presença dos elementos de saúde e doença, vida e morte, sofrimento e fragilidade.

O relacionamento entre médico e paciente também é integrado pela família e por outros acompanhantes deste, bem como por outros profissionais da saúde, destacando-se enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos e assistentes sociais, que também participam do processo de promoção e assistência à saúde.

A instituição hospitalar e os vínculos interpessoais indicados que nela se verificam estão inseridos, no contexto brasileiro, em um sistema de saúde criado para assegurar a efetivação do direito fundamental à saúde, cuja concretude é composta por aspectos físicos,

psíquicos e sociais, porquanto não restrito à mera eliminação da doença. A sistematização da política de saúde volta-se ao acesso universal e igualitário aos serviços e às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, composto também pela redução de riscos de doenças e de outros agravos (BRASIL, 1988).

A efetivação do direito à saúde e do sistema público está diretamente relacionada ao estabelecimento de relações de qualidade entre profissionais e usuários, que permitam uma participação ativa e cooperativa dos envolvidos apta a construir um diagnóstico e um tratamento que sejam efetivos e que concretizem a saúde enquanto direito fundamental. Contudo, a composição e a qualidade dessas relações eventualmente são maculadas pelo surgimento de conflitos que, quando mal administrados, convergem em elemento danoso que fragiliza ou desintegra os vínculos entre as pessoas implicadas no processo de assistência à saúde.

Nesse âmbito, verifica-se que muitos conflitos no campo da saúde decorrem de uma perda ou falha da comunicação e do fluxo de informação entre os sujeitos envolvidos na relação (MOORE, 1998). Em face dos conflitos surgidos e de suas repercussões no atendimento clínico, houve um aumento do número de demandas judiciais contra os profissionais da saúde e contra as instituições hospitalares (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2015), situação esta que resulta em maior deterioração das relações entre esses profissionais, pacientes e seus familiares.

O conflito, natural à interação humana, poderá conduzir a situações e resultados positivos e produtivos, ou degradantes e nocivos conforme seja bem ou mal administrado pelos sujeitos conflitantes. Para tanto, o procedimento adotado para abordá-lo é elemento central para a definição de seu seguimento e repercussão, bem como da continuidade e da qualidade da relação pessoal e/ou jurídica decorrente. Diante da essencialidade desse relacionamento na efetivação da saúde e dos direitos a ela associados, impõe-se a análise de métodos que sejam adequados para o tratamento das situações conflituosas.

Este trabalho adota a concepção de que a justiça não se limita a conceitos jurídicos ou a uma visão formalista, mas é construída pelos interessados em adequação à realidade do grupo social ao qual se refere (SILVA, 2017). Portanto, para um real acesso à justiça, com a administração adequada dos conflitos, entende-se que ele deve ser constituído pelo acesso à ordem jurídica justa (WATANABE, 1988), na qual se reconhece o papel de órgãos e instituições além do Poder Judiciário na efetivação do acesso, bem como de outros processos e procedimentos para sua realização afora o processo judicial, o que pode se dar em ambientes

judiciários ou não. Nessa conjuntura, mostra-se possível fortalecer e ampliar o acesso à justiça e a efetivação dos direitos por meio da inclusão de instrumentos não judiciários e de outras esferas complementares no tratamento de conflitos, em uma verdadeira ordem jurídica justa.

O problema em que se baseia esta pesquisa refere-se ao fato de que a efetivação de direitos e o acesso a uma ordem jurídica justa no meio hospitalar também exigem a adequação de procedimentos. São necessários, no âmbito da saúde, estruturas e instrumentos não judiciários de acesso à justiça que sejam próximos aos usuários e adequados aos pleitos por direitos e por tratamentos de conflitos vivenciados.

A mediação, em razão dos elementos que a compõe, de seus objetivos e das possibilidades por ela ensejadas, mostra-se adequada ao contexto analisado, especialmente considerando a relação médico-paciente, as pessoas integrantes do processo diagnóstico e terapêutico, as diretrizes do hospital e do sistema de saúde que ele integra. Trata-se de método que possibilita a criação e a renovação de vínculos interpessoais e intergrupais, além de propiciar condições para prevenção de conflitos e tratamento daqueles já constituídos.

O autor francês Six (2001a) afirma a possibilidade e o potencial transformador da inserção da mediação no ambiente hospitalar como método de melhoria e estabelecimento de conexões e de abordagem adequada e dialógica de conflitos. Em consonância com esta concepção, destacam-se os ensinamentos de Warat (2001) acerca da aptidão da mediação em transformar o conflito e as pessoas em conflito.

O objetivo deste trabalho, portanto, é a estruturação de um método adequado ao tratamento de conflitos verificados no âmbito do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG). Busca-se identificar, em face das particularidades das relações hospitalares e dos conflitos delas advindos, um processo hábil ao estabelecimento de uma ordem jurídica justa na instituição, com efetivação dos direitos, notadamente o direito à saúde, e constituição de uma cultura relacional e institucional de paz. Pretende-se, assim, estabelecer um processo de mediação que promova uma ordem participativa e consensual, que auxilie no empoderamento dos indivíduos e que abra ou amplie os espaços de diálogo e de elaboração de soluções compartilhadas para as questões vivenciadas.

Em razão da importância apresentada da qualidade da relação médico-paciente para o processo diagnóstico e terapêutico e para a concretização da saúde em sentido amplo, bem como da relevância do trato adequado de conflitos para a continuidade e melhoria dessa relação única e necessária, é preciso avaliar a adequação da mediação para o tratamento de eventuais desavenças e dissensões. Esta pesquisa está voltada para a relação médico-paciente

sem, contudo, se olvidar da presença e participação relevantes dos demais profissionais da saúde e dos familiares e acompanhantes do paciente.

Para cumprir o escopo proposto, adotou-se a vertente metodológica jurídico-sociológica, caracterizada pelo estudo do fenômeno jurídico no ambiente social, analisando o Direito como dependente da sociedade (GUSTIN; DIAS, 2013). Com efeito, propõe-se um modelo de mediação que leve em consideração características do contexto brasileiro e do HC-UFMG e as peculiaridades da relação entre médicos e pacientes. A necessidade de avaliação da efetividade das relações entre direito e sociedade, bem como o diálogo entre a disciplina jurídica e outros ramos de estudos, como a psicologia médica, justificam a opção por referida vertente metodológica. Ademais, consiste em trabalho jurídico-propositivo (GUSTIN; DIAS, 2013), questionando-se um conceito posto com o objetivo de propor mudanças concretas, concernentes à construção de um modelo de mediação adequado ao HC-UFMG.

Ainda para atender à finalidade proposta, optou-se pela pesquisa de campo, desenvolvida pela realização de entrevistas do tipo semiestruturadas com profissionais atuantes no HC-UFMG, possibilitando a obtenção de dados primários a serem incorporados no estudo.

O trabalho desenvolvido guarda relação com as experiências vivenciadas pela autora no período em que participou como pesquisadora e extensionista de programa de pesquisa e extensão da Faculdade de Direito da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG denominado Programa RECAJ UFMG Resolução de Conflitos e Acesso à Justiça. A referida participação se deu inicialmente no Projeto “Mediação em Hospitais de Tratamento Terminal” (2013) e, posteriormente, no Projeto “Mediação e Saúde na Infância e Adolescência” (2014-2016). Este último contou com atividades desenvolvidas junto ao HC-UFMG, inclusive com participação desta pesquisadora em reuniões multiprofissionais, em discussão de casos clínicos e em capacitações sobre aspectos do direito à saúde.

Trata-se de um estudo continuado do tema, que incluiu pesquisas desenvolvidas para subsidiar a atuação em extensão (2013-2016) e a produção de trabalho de conclusão de curso (2014). Nessa conjuntura, a pesquisa se apresenta como contribuição para novos olhares e considerações acerca do tratamento adequado de conflitos nas relações verificadas no âmbito da saúde pública.

Somado à mencionada experiência pessoal, a escolha do HC-UFMG para a realização da pesquisa justifica-se também pela proximidade institucional e física do Hospital com a Faculdade de Direito da UFMG e seu Programa de Pós-Graduação, integrantes da mesma

Universidade Federal e localizados em bairros adjacentes, fatos que facilitaram o acesso e a presença da autora na instituição de saúde.

Sobre a organização da estrutura dissertada, tem-se, no capítulo 2, a exposição da saúde enquanto direito fundamental assegurado constitucionalmente e os elementos que integraram sua formação e sua efetivação. Para observância da concepção de saúde adotada pelo ordenamento jurídico brasileiro, estruturou-se o Sistema Único de Saúde (SUS), integrado por uma rede de serviços e de ações para promoção, proteção e recuperação da saúde. Neste Sistema está inserido o HC-UFMG, hospital público universitário localizado na cidade de Belo Horizonte.

No capítulo 3, o conflito e as formas possíveis ao seu tratamento serão analisados, contexto no qual é relevante a compreensão sobre o acesso à justiça, suas concepções e formas de alcance. Entre os meios de abordagem de conflitos, destaca-se a mediação, integrada por vertentes e possibilidades variadas em sua prática. No cenário brasileiro, a mediação foi instituída entre os métodos de abordagem de conflitos, de modo que serão expostas as características e condições de sua inserção no País.

Na sequência, o capítulo 4 tratará da utilização da mediação no âmbito da saúde, apresentando-se experiências existentes de sua prática na França, inspiradora do método na vertente adotada neste trabalho, e no Brasil, que já conta com iniciativas de utilizar o referido processo para a resolução de conflitos.

O capítulo 5 será dedicado à apresentação dos dados captados nas entrevistas realizadas com profissionais do HC-UFMG. Serão evidenciadas as características dos conflitos verificados no Hospital e os métodos adotados para seu tratamento. Em consideração aos dados apresentados, serão estabelecidos os parâmetros do processo de mediação apropriado ao HC-UFMG para promoção de uma ordem participativa que abra ou amplie os espaços de diálogo e de elaboração de soluções compartilhadas para as questões vivenciadas na Instituição.

Espera-se que este trabalho contribua para a reflexão a respeito da realidade do HC-UFMG e de suas relações interpessoais e intergrupais, bem como para a construção de novas formas de abordagem adequadas a situações conflituosas que ocorram. Aperfeiçoar os vínculos pessoais e, por consequência, a prestação da assistência à saúde e dos direitos a ela associados é possível e desejado.

2 ESSENCIALIDADES DA SAÚDE E RELAÇÕES QUE A INTEGRAM

As concepções do direito à saúde foram modificadas e ampliadas internacional e nacionalmente, de modo que este deixou de ser equiparado à ausência de doença ou de enfermidade para abranger o completo bem estar físico, psíquico e social. No Brasil, a Constituição da República de 1988 (CR/1988) imprimiu à saúde a condição de direito fundamental, reconhecendo-a como essencial à qualidade de vida e à garantia da dignidade da pessoa humana (BRASIL, 1988).

Sob a nova perspectiva em relação à saúde e sua extensão, foi criado o SUS, pelo qual se estruturou o acesso aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde por todos os habitantes do território nacional. Referido Sistema está em contínuo desenvolvimento para a efetivação de uma rede de ações que permita o alcance da saúde em todos os seus aspectos (físico, psíquico e social).

Entre os elementos que integram o SUS e o processo de efetivação da saúde, está a relação estabelecida entre usuários e profissionais da saúde, que abrange pacientes, familiares e acompanhantes, médicos e profissionais de outras especialidades na saúde. Os vínculos firmados entre as pessoas indicadas são essenciais à preservação e restauração da saúde e ao alcance de ações de qualidade na prestação do serviço público. Trata-se de relações interpessoais e intergrupais marcadas pelas especificidades dos sujeitos nelas envolvidos e, ainda, pela presença da doença e do espectro da morte.

Nesse cenário está inserido o HC-UFMG, objeto deste estudo e Instituição na qual se verificam as complexidades das relações e eventuais conflitos, que demandam um tratamento adequado.

2.1 Saúde: conceito e considerações normativas

Após a Segunda Guerra Mundial, na primeira metade do século XX, houve intenso movimento pelo resgate da dignidade humana, da paz entre os povos e as nações e da cooperação entre os Estados, historicamente marcado pela criação da Organização das Nações Unidas (ONU) em 1945 e pelo seu envolvimento nos esforços empreendidos.

O movimento e as discussões surgidos fomentaram a publicação da Declaração Universal dos Direitos do Homem, adotada e proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro 1948, documento relevante e fundamental para o fortalecimento

da dignidade da pessoa humana e dos direitos humanos como paradigma das relações entre os povos (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1948).

Nesse contexto histórico, a Organização Mundial de Saúde (OMS) foi fundada quando instituída sua Constituição, adotada pela Conferência Internacional de Saúde sediada em Nova Iorque em junho e julho de 1946 e cuja entrada em vigor se deu em 07 de abril de 1948 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1946).

A mencionada movimentação internacional e os diplomas normativos e declaratórios instituídos a nível mundial deram ensejo ao reconhecimento do direito à saúde segundo os princípios e as concepções advindos do arcabouço de direitos e garantias estabelecidos. Dessa forma, o conceito de saúde deixou de ser mera equiparação à ausência de doença ou de enfermidade e foi ampliado para o completo bem estar físico, psíquico e social, conforme estabelecido no primeiro princípio da Constituição da OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1946). Com isso, o ser humano foi considerado como um conjunto complexo de características e necessidades, todas igualmente relevantes.

Outros eventos, documentos e atores foram relevantes no indicado processo internacional de construção de novas perspectivas sobre a saúde e sobre o direito a ela relacionado¹ (BRASIL, 2002). Dentre eles, destaca-se a Declaração de Alma-Ata de 1978 (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978), resultante da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde e inovadora por ter associado uma abordagem baseada no direito à saúde a uma estratégia viável para sua promoção, por meio dos cuidados primários de saúde e da ação de outros setores sociais e econômicos, além do setor da saúde. Importa também enfatizar a Carta de Ottawa, produzida na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em novembro de 1986 no Canadá. Esse documento se destaca pelas discussões acerca da saúde pública e da promoção da saúde para além dos cuidados até então típicos, tendo em vista que políticas a ela voltadas devem envolver ação coordenada que combina diversas abordagens complementares, incluindo legislação, medidas fiscais, mudanças organizacionais e ação comunitária (PRIMEIRA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1986).

Não se olvida que o citado conceito de saúde foi objeto de construção, discussão e amadurecimento ao longo de décadas. Nada obstante, a partir dos marcos principiológicos

¹ Importante destacar que a narrativa e os destaques expostos neste trabalho não pretendem detalhar ou esgotar o desenvolvimento histórico do movimento internacional pelos direitos humanos e especificamente pelo direito à saúde, nem abordar todos os elementos, inclusive políticos e sociais, que o integraram. Pretendeu-se apenas traçar e retratar alguns dos marcos integrantes desse processo mundial.

citados, os esforços dos Estados membros das Organizações pela efetivação do direito à saúde guardaram estreita semelhança com o conceito de saúde preconizado pelas entidades internacionais citadas, especialmente pela OMS.

O reconhecimento de direitos e suas novas configurações interferem nas atividades dos diversos Estados e instituições, tendo em vista que a consideração sobre o ser humano assume relevância singular nas legislações nacionais, que passam a contemplar a saúde como um direito de todos a ser assegurado pelo Estado (ANDRADE, 2007). Com efeito, o aprimoramento do conceito de saúde na comunidade internacional suscitou uma busca pela adequação dos ordenamentos jurídicos nacionais a este novo paradigma, relacionando saúde ao bem-estar físico, psíquico e social e valorizando-a como componente central do desenvolvimento humano.

O Brasil é membro da ONU e da OMS e adotou os princípios e parâmetros por elas estabelecidos. Portanto, observa-se que a consideração ampliada da saúde para além da ausência da doença passa a encontrar amparo também em nível nacional, inclusive no ordenamento jurídico, como será apresentado a seguir.

O período de ditadura militar de 1964 a 1985 vivenciado pela nação brasileira, somado a deficiências relativas ao desenvolvimento social e econômico, bem como à conjuntura de restrições sociais, políticas e governamentais, são alguns dos fatores que provocaram maior delonga no reconhecimento e nas reformas nacionais para a concretização da saúde nos termos apontados. Nessa conjuntura, a CR/1988 foi um marco no processo de democratização do país, ensejando, por meio da nova ordem constitucional, uma série de transformações políticas, jurídicas, econômicas e sociais, e modificando vários setores da estrutura fundamental do Estado, dentre eles o sistema de saúde.

A CR/1988 estabeleceu a saúde como direito social em seu art. 6^o (BRASIL, 1988). Nesse contexto, a saúde, então assegurada constitucionalmente, foi reconhecida como essencial à qualidade de vida e à garantia da dignidade da pessoa humana. O diploma constitucional de 1988 inovou em relação a todas às demais constituições brasileiras ao conferir ao direito à saúde *status* constitucional, imprimindo-lhe a condição de direito fundamental³.

² CR/1988 - Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. (BRASIL, 1988).

³ Destaca-se que “direitos humanos” são positivados em documentos do direito internacional e indicam as posições jurídicas reconhecidas ao ser humano enquanto tal, ao passo que “direitos fundamentais” se ligam aos direitos do ser humano reconhecidos e positivados no âmbito do direito constitucional de determinado Estado (SARLET, 2018).

Diante do mencionado reconhecimento, a CR/1988 prescreve, em seu art. 196, que “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). Direcionando a atuação do Estado, o texto constitucional estabelece que os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social são assegurados por meio de ações integrantes da seguridade social e de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, como disposto no art. 194 (BRASIL, 1988).

A legislação infraconstitucional acompanhou as novas considerações e referenciais acerca da saúde, conforme se verifica na Lei Federal nº 8.080/1990 (BRASIL, 1990a), segundo a qual a saúde é um direito fundamental do ser humano (art. 2º) e tem “[...] como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” (art. 3º), relacionando-se, também, com as ações que “[...] se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social” (p.u., art. 3º).

Verifica-se, portanto, que o ordenamento jurídico nacional adotou os referenciais estabelecidos internacionalmente, destacando-se aqueles firmados pela OMS. Por conseguinte, a saúde atingiu nova amplitude, alcançando ações e políticas públicas antes inexistentes.

No período anterior à CR/1988, o sistema público de saúde prestava assistência apenas aos trabalhadores vinculados à Previdência Social, cabendo às entidades filantrópicas ou ao modelo privado o atendimento aos demais cidadãos (SCOREL; TEIXEIRA, 2012).

Nos anos 1970, formou-se o “Movimento Sanitário” ou “Movimento da Reforma Sanitária” brasileiro, significativo na formulação e nas lutas pela reforma do sistema de saúde do país, mormente considerando que mobilizou ampla gama de instituições e atores, envolvendo especialistas, acadêmicos, políticos, profissionais de saúde e instituições da sociedade civil. O mencionado movimento foi essencial para ampliar os debates e impulsos responsáveis por grandes mudanças na saúde pública do Brasil (SCOREL, 2012).

Em março de 1986, foi realizada a 8ª Conferência Nacional da Saúde, considerada um marco na saúde pública por consistir na primeira Conferência Nacional da Saúde aberta à sociedade e por ter formado as bases que subsidiaram a seção “Da Saúde” integrante da CR/1988, além de seu importante papel no movimento da Reforma Sanitária (BRASIL,

2009). A referida conferência teve por temas centrais a saúde como direito, a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento do setor, e deu ensejo à elaboração de um relatório final (BRASIL, 1986).

Pela análise desenvolvida na Conferência, ressaltou-se a então existência de um modelo assistencial excludente, discriminatório e corruptor, influenciado por um processo de mercantilização da saúde e voltado a interesses não coincidentes com os dos usuários dos serviços, especialmente em razão de um Estado autoritário e do regime militar, que impediram o estabelecimento de canais eficazes para as demandas sociais e privilegiaram outros setores em detrimento da saúde (BRASIL, 1986).

Os debates realizados contaram com a mobilização social, que articulou representação de diferentes segmentos e estimulou a realização de pré-conferências preparatórias estaduais. Dentre as questões que receberam destaque nas discussões realizadas, ressalta-se as modificações necessárias ao setor da saúde, que ultrapassavam os limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo-se revisão da legislação concernente à promoção, proteção e recuperação da saúde e uma ampliação do próprio conceito de saúde, integrante do desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade. Salienta-se, ainda, a conclusão de que a mera formalização do direito à saúde no texto constitucional não garante sua materialização, sendo necessária explícita e adequada política de saúde, bem como o entendimento pela separação da “Saúde” da “Previdência”, criando um arcabouço institucional próprio àquela (BRASIL, 1986).

Todos esses movimentos⁴ colaboraram para a extensão do direito à saúde e do acesso aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde a todos os habitantes do território nacional, além da caracterização desses serviços como públicos, essenciais e universais.

2.2 Sistema Único de Saúde e sua amplitude

Com a ampliação da concepção acerca do direito à saúde e as mobilizações sociais, políticas e institucionais pela reforma dos serviços de saúde, o sistema público foi modificado, adquirindo nova estrutura, composição e acessibilidade e passando à

⁴ Ressalva-se que as considerações apresentadas acerca do Movimento Sanitário brasileiro e da 8ª Conferência Nacional da Saúde voltaram-se apenas para destacar elementos notáveis na estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS). A exposição feita não tem a pretensão de abordar a integralidade dos movimentos, eventos e atores integrantes do desenvolvimento do sistema de saúde no Brasil de forma ampla e em toda a sua complexidade. Reconhece-se ser resultado de longos processos de construção em que diferentes atores e atos integraram a luta pela saúde no Brasil, os quais mereceriam trabalho à parte.

denominação de Sistema Único de Saúde (SUS). Garantindo o acesso universal de todos os cidadãos aos serviços de saúde, o novo Sistema voltou-se à efetivação do direito à saúde enquanto direito fundamental em seu aspecto ampliado ao bem-estar físico, psíquico e social.

O SUS foi criado pela CR/1988, conjuntura na qual as ações e os serviços públicos de saúde passaram a integrar uma rede regionalizada e hierarquizada constituinte do referido sistema único (art. 198) e a assistência à saúde pela iniciativa privada está presente de forma complementar (art. 199) (BRASIL, 1988). O Sistema, que completa 30 anos no ano atual⁵, ainda se encontra em constante processo de construção e fortalecimento.

O SUS foi regulamentado pela Lei Federal nº 8.080/1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como para a organização e o funcionamento das ações e dos serviços correspondentes, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado (BRASIL, 1990a).

Em face das diretrizes e atribuições estabelecidas constitucionalmente ao Sistema criado, conforme anteriormente exposto, a citada Lei Federal consignou a saúde como direito fundamental, reconheceu ser ela determinada por outros elementos, como moradia, trabalho, renda e educação, além de envolver condições de bem-estar físico, mental e social, conjuntura na qual deve o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

O SUS é regido por princípios e diretrizes assinalados no texto constitucional (artigos 196 e 198) e prescritos na Lei Federal nº 8.080/1990 (art. 7º). Dentre eles, destaca-se a universalidade de acesso, pela qual todos têm o mesmo direito de obter as ações e os serviços de que necessitam em todos os níveis de assistência, independentemente de suas condições socioeconômicas ou da inserção no mercado de trabalho, que no passado implicavam acesso diferenciado a determinados tipos de serviços. Sob o novo Sistema, os riscos de adoecimento e o financiamento dos serviços passam a ser repartidos de forma solidária, sendo de responsabilidade de toda a sociedade.

Em complementação, está o princípio da igualdade na assistência à saúde, que deve ocorrer sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie e sem discriminação no acesso aos serviços de saúde por quaisquer motivos que não os relacionados às necessidades diferenciadas de saúde e à escolha e adequação das técnicas a serem empregadas.

Destaca-se também a integralidade, que, nos termos da lei, consiste no conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos,

⁵ 2018.

exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do Sistema. As ações voltadas para a promoção da saúde e a prevenção de doenças não podem estar dissociadas da assistência ambulatorial e hospitalar voltadas para o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação (LIMA; MACHADO; NORONHA, 2012, p. 439). O princípio da integralidade remete também à articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e na qualidade de vida dos indivíduos.

Outra diretriz estabelecida é a participação da comunidade na formulação, fiscalização, controle e avaliação de políticas, ações e serviços de saúde, materializada especialmente pela constituição dos Conselhos de Saúde e pela realização das Conferências de Saúde em cada esfera de governo – municipal, estadual e federal –, que representam um canal permanente de diálogo e interação entre os gestores, os profissionais de saúde e a população, consoante dispõem as Leis Federais nº 8.080/1990 (BRASIL, 1990a) e nº 8.142/1990 (BRASIL, 1990b).

No contexto assinalado, é importante salientar também a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, princípio este marcado por dois aspectos: (a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios e (b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde (BRASIL, 1990a). Pela descentralização, governos estaduais e, principalmente, municipais têm maior responsabilidade e autonomia para implementar ações e serviços de saúde, o que promove a democratização do processo decisório e aumenta a capacidade de resposta dos governos em relação aos problemas de saúde de uma comunidade específica (LIMA; MACHADO; NORONHA, 2012, p. 440).

Os serviços são definidos por níveis de atenção (hierarquização) e distribuídos geograficamente (regionalização). A regionalização e a hierarquização estabelecem a necessidade de um fluxo adequado de informações e de usuários entre as unidades que compõem o Sistema, mesmo que situadas em diferentes municípios ou estados, de modo que os usuários tenham acesso a sua unidade de referência, correspondente a um nível mais básico do Sistema, como também a unidades mais complexas quando necessário.

Acerca da direção única, seu exercício ocorre em cada esfera de governo, sendo realizada pelo Ministério da Saúde no âmbito da União, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente no âmbito dos Estados e do Distrito Federal e, no âmbito dos municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente (BRASIL, 1990a).

Desde sua criação, o SUS vivenciou avanços na efetivação das diretrizes e dos princípios que o orientam, bem como experimentou reformas e adequações em face de demandas sociais, políticas e estruturais. No processo de desenvolvimento do Sistema, ressalta-se a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde, política institucional construída coletivamente, envolvendo as instâncias federal, estadual e municipal (BRASIL, 2013). Merece ela destaque na análise feita pela sua afinidade com questões abordadas neste estudo, destacando-se a qualidade da relação médico-paciente, a gestão por meio do diálogo, o protagonismo e a valorização dos sujeitos.

Criada em 2003 pelo Ministério da Saúde, a Política Nacional de Humanização (PNH) busca efetivar os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar. Também conhecida como HumanizaSUS, ela atua de forma transversal às demais políticas de saúde, a fim de promover a humanização no âmbito da atenção e da gestão da saúde no Brasil. Volta-se para o avanço e a qualificação do sistema nacional de saúde, na relação e nos processos de atenção ao usuário, bem como na atuação de gestores e trabalhadores da área, reconhecendo a singularidade e a capacidade criadora de cada sujeito envolvido (BRASIL, 2010c).

Humanização é a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, quais sejam, usuários, trabalhadores e gestores (BRASIL, 2013). Importa, pois, em oportunizar-lhes a autonomia, o protagonismo e a capacidade de transformar a realidade, através da responsabilidade compartilhada, da criação de vínculos solidários, da construção de redes de cooperação e da participação coletiva nos processos de gestão e de produção de saúde.

A partir da articulação entre secretarias estaduais e municipais de saúde, equipes técnicas e sujeitos implicados, e por meio de rodas de conversa, de espaços de encontros, do incentivo às redes, dos movimentos sociais e da gestão dos conflitos, constroem-se, de forma compartilhada, planos de ação para promover e disseminar inovações em saúde, bem como se analisam os problemas e as dificuldades em cada serviço de saúde (BRASIL, 2010c). Nesse contexto, fundamental a inclusão dos trabalhadores para atuação como agentes ativos de mudança, bem como essencial a integração dos usuários e de suas redes sociofamiliares nos processos de cuidado para ampliação da corresponsabilização no trato de si, tudo isso estimulando a produção de novos modos de cuidar e novas formas de organizar o trabalho.

A PNH se pauta em três princípios (BRASIL, 2010c). O primeiro deles é transversalidade, pois deve se fazer presente e estar inserida em todas as políticas, programas

e espaços do SUS. Transversalizar, pois, é reconhecer que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência daquele que é assistido e, juntos, produzir saúde de forma mais corresponsável e transformar as relações de trabalho. Em um serviço de saúde, diz respeito ao aumento de comunicação entre os diferentes membros de cada grupo e entre os diferentes grupos, com a possibilidade de conexão e confronto e com abertura à alteridade (BRASIL, 2010c, p. 68).

O segundo princípio é a inseparabilidade entre a atenção e a gestão da saúde. Isto porque as decisões da gestão interferem diretamente na atenção à saúde, não sendo possível mudar o modelo deste sem alterações naquele. A gestão precisa estar em sintonia e coerência com a atenção assim como a atenção necessita corresponder na prática à proposta da gestão. Dessa forma, é essencial a participação ativa de trabalhadores e usuários no processo de tomada de decisão nas organizações de saúde e nas ações de saúde coletiva, bem como a corresponsabilização e a posição protagonista do usuário e de sua rede sociofamiliar nos tratamentos (BRASIL, 2010c). Nisso sobressai que o cuidado e a assistência em saúde não se restringem às responsabilidades da equipe de saúde e que a prática de processos cogерidos enseja que todos devem fazer a gestão de sua própria prática.

O terceiro princípio consiste em autonomia e protagonismo dos sujeitos, sob a compreensão de que as mudanças acontecem com o reconhecimento do papel de cada um, inclusive enquanto legítimo sujeito de direitos, valorizando e incentivando sua atuação na produção de saúde e promovendo o compartilhamento de responsabilidades (BRASIL, 2010c).

Considerando a amplitude nacional do SUS, que unificou em um único sistema toda a orientação e prestação voltada à saúde, é essencial a realização de estudos que considerem os fatores que o integram e os desenvolvimentos necessários ao alcance de todas as suas diretrizes, propostas e finalidade⁶. Com efeito, enquanto sistema público do qual se utilizam todos os cidadãos, este trabalho se volta aos seus componentes.

Toda essa conjuntura descrita indica alguns dos elementos que compõe o SUS e aspectos que orientam sua organização. Em complementação às estruturas normativa, institucional, política e profissional integrantes do Sistema, sobressaem nesta pesquisa, como constituintes do SUS, as relações interpessoais estabelecidas na execução do sistema e dos serviços que o integram.

⁶ Com vistas à melhor discussão do tema em face da análise proposta acerca da aplicação da mediação no âmbito do Hospital das Clínicas da UFMG, registra-se que as diretrizes do Programa serão apresentadas e apreciadas em capítulo futuro.

Ora, o Sistema se presta a promoção, proteção e recuperação da saúde, o que ocorre, em seu nível mais básico, na relação entre usuários, trabalhadores e gestores, quadro este que abrange pacientes, familiares, acompanhantes, médicos e profissionais de outras especialidades na saúde. Diante de sua essencialidade à efetivação da saúde em sentido amplo e de consecução dos objetivos e alcances do sistema de saúde, as relações interpessoais observadas nas instituições de saúde serão o foco deste estudo.

2.3 Relação médico-paciente e suas especificidades

A Medicina, como ciência, teve suas origens no século XIX, a partir de quando os médicos se ocuparam, inicialmente, de “objetos”, tais como estruturas anatômicas, lesões e bactérias, ampliando seu interesse posteriormente para incluir o conceito de função (LÓPEZ, 1997). Nessa conjuntura, o ser humano era visto e considerado como “coisa” pela ciência médica, que o estudava de maneira “objetiva” e estigmatizada em sua doença.

A dimensão da patologia e dos fatores a ela relacionados estruturava e orientava a relação estabelecida entre o profissional e o doente, perspectiva que se denominou “objetificação do paciente” (BRASIL, A., 2012, p. 4). Todavia, o paciente passa a exigir desta Medicina que o considere e o reconheça como “sujeito”, com quem o médico vai estabelecer uma relação humana. Com efeito, o conceito de relacionamento humano é relativamente recente na Medicina (LÓPEZ, 1997, p. 317).

Os movimentos sociais, jurídicos e políticos, e as alterações na sociedade quanto à consideração dos indivíduos e classes que a integram, ampliando o reconhecimento sobre sujeitos de direitos, independentemente da condição biológica ou socioeconômica, e dos próprios direitos humanos, favoreceram para que o paciente passasse a ser identificado como sujeito, dotado de individualidade e de subjetividade, e detentor do direito de autodeterminação esclarecida (STANCIOLI, 2004). Somado a esses fatores, é de grande destaque o desenvolvimento e os alcances da Medicina, que contribuiram para alterar a dinâmica então existente.

No século XX, a aplicação dos progressos na ciência e tecnologia médicas propiciou melhor compreensão dos mecanismos das doenças e condições mais favoráveis para tratá-las. Contudo, esses avanços não se restringiram aos aspectos biológicos das doenças, mas integraram a compreensão ampliada dos fatores psicossociais e de sua influência no adoecimento, nos sintomas e no tratamento, acompanhada da concepção do paciente como

uma totalidade complexa e organizada, correspondente a mais do que a mera soma de suas funções parciais (LÓPEZ, 1997).

Compreendeu-se que, para se promover a saúde e cuidar bem de um paciente é insuficiente reconhecer alterações anatômicas, fisiológicas, bioquímicas, correlacionar sinais e sintomas com disfunções e conhecer as diretrizes e orientações da literatura médica. Paralelamente a tudo isso, é necessário compreender o aspecto subjetivo e sociológico do complexo processo saúde-doença (BRASIL, A., 2012). Esse conjunto permite diagnosticar a doença e conhecer o doente, propiciando personalizar o tratamento com a consideração da dimensão psicossocial.

Na conjuntura descrita, cresce a reivindicação ao médico de que, além de dominar os conhecimentos técnico-científicos respectivos, estabeleça relações interpessoais adequadas com aqueles que o procuram. Para que o profissional da saúde tenha uma visão integral do paciente – e de si próprio –, ele precisa compreender que os componentes psicológicos e socioculturais relacionados com o paciente, a família, o trabalho e o contexto em que ambos os sujeitos estão inseridos, são partes indissociáveis dos fenômenos biológicos, tanto no que se refere à saúde quanto à doença.

A partir de então, o paciente foi deslocado de uma posição de sujeito passivo, em relação ao qual se dava a intervenção médica, para um lugar de sujeito ativo em todo o processo diagnóstico e terapêutico, tornando-se participante necessário. Após o referido deslocamento é que surge a exigência do consentimento formal do paciente a todo tratamento ao qual seja submetido, quadro este que evolui para a necessidade do consentimento material do indivíduo, no qual há real exercício da autonomia do sujeito (STANCIOLI, 2004). Voltando-se a isso, o Código de Ética Médica estabelece ser vedado ao médico deixar de obter consentimento esclarecido do paciente ou de seu representante legal sobre o procedimento a ser realizado (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2010, p. 37).

Por outro lado, essa visão integral da Medicina ressalta os potenciais efeitos prejudiciais do atendimento do paciente que se limita à doença, sem a devida atenção à pessoa doente. Moreira Filho (2005) acentua que fica evidente a todo médico que o sucesso de seu trabalho e o seu êxito profissional dependem de conhecimentos científicos e também da possibilidade de estabelecer relações adequadas com o paciente. Com efeito, é insuficiente ao profissional estar cientificamente capacitado se não lhe for possível estabelecer relações que lhe permitam diagnosticar e tratar.

A relação médico-paciente foi, portanto, alterada. O paciente passou a ser visto sob um novo olhar, ganhou espaço de fala e suas preferências, temores, compreensões, incompreensões, história e subjetivações encontraram lugar de escuta e consideração na relação com a equipe de saúde. É certo que essa alteração ampliou e aperfeiçoou o agir médico, que passou a considerar toda a amplitude e complexidade do sujeito para uma atuação médica melhor e mais adequada, além de envolver maior aderência e participação do paciente no tratamento.

Contudo, isso também ensejou espaço para controvérsias, considerando que inseriu na relação voz e posicionamentos peculiares que nem sempre são consonantes com os da equipe clínica. Esse novo cenário, portanto, exigiu da Medicina o desenvolvimento e a adoção de ferramentas e estratégias para melhor lidar com a nova composição da relação que se estabeleceu.

Nesse contexto, o paciente passa a ter o direito de recusar ou escolher seu tratamento. Essa alteração impulsiona ainda mais o abandono da cultura anterior referente ao papel paternalista e autoritário do médico na relação, fazendo-a progredir rumo à cooperação, sob uma abordagem voltada a assegurar a beneficência das ações profissionais de acordo com o interesse do paciente. Em consonância com o exposto, destaca-se que a busca de melhor relacionamento com o paciente e a garantia de maior autonomia à sua vontade figuram como “considerando” do Código de Ética Médica – Resolução CFM nº 1.931/09 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2010).

Subordinado à CR/1988 e à legislação brasileira, o Código, em vigor desde abril de 2010, busca harmonizar os princípios das autonomias do médico e do paciente, bem como reafirma os direitos dos pacientes, a necessidade de informar e proteger a população assistida.

No item XXI da citada codificação, está consignado o princípio de que, no processo de tomada de decisões profissionais, “[...] o médico aceitará as escolhas de seus pacientes, relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas”, bem como de acordo com seus ditames de consciência e as previsões legais. Em adição, no art. 31, é vedado ao médico “desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2010).

Como toda interação humana, a relação médico-paciente abrange aspectos que cada um dos envolvidos leva consigo para a interação com o outro, o que inclui a totalidade e as

particularidades não só do paciente, como também do médico. Cada ser humano é singular em uma vida por natureza complexa, com diferenças relacionadas a fatores de ordem diversa, entre os quais se podem indicar hereditários, ambientais, culturais, educacionais, acrescidos de experiências prévias, oportunidades, sucessos, fracassos, motivações, valores, compromissos e emoções. É do encontro de um paciente e de um profissional médico únicos e específicos que surge a relação, também única e específica.

Esses elementos já conferem à interação características próprias. Todavia, as especificidades da relação são ainda maiores por agregar elementos de saúde e doença, vida e morte, vulnerabilidades, expectativas, prognósticos e evoluções positivos ou negativos, os quais não estão sob o absoluto domínio dos sujeitos envolvidos, nem mesmo do profissional médico.

Com efeito, em qualquer tipo de relacionamento humano são, pois, observadas dificuldades, discórdias e descontentamentos em maior ou menor grau, para os quais contribuem atributos próprios de cada um dos participantes do encontro, tais como personalidade, valores e motivações. Quando duas pessoas se tornam um paciente e um médico, novos elementos agregados – ou mesmo modificadores – aos atributos que possuíam antes de alcançarem essas posições irão influir no tipo de relacionamento que terão (LÓPEZ, 1997, p. 323). Ademais, o comportamento e os sentimentos de cada um dos participantes do encontro irão influir no comportamento e nos sentimentos do outro.

Destaca-se que essa relação é assimétrica, tendo em vista que envolve o paciente, debilitado pela doença ou lesão e que expõe suas fragilidades à intervenção clínica, e o médico, detentor de poder técnico e conhecimento capaz de propiciar cura ou algum alívio e que lhe autoriza intervir na vida, no corpo e na intimidade daquele, indicando-lhe providências e tratamentos. Sob este aspecto, a Medicina atua no sofrimento do outro, mas também permite entrar em contato com o que há de mais íntimo e humano neste, pois o paciente se despe não só de suas roupas físicas, mas também de outras coberturas subjetivas (BRASIL, A., 2012, p. 92).

O paciente tem uma história, cultura, família, concepções, crenças, profissão e grau de instrução que podem facilitar a comunicação ou obstruí-la, especialmente considerando a eventual adequação da linguagem médica a esse indivíduo específico. Somam-se a isso as expectativas que possui em relação ao atendimento, ao médico e à equipe de saúde, e aos resultados do diagnóstico e do tratamento. Tudo isso deve influenciar a configuração da relação que o paciente tem com essa doença, essa família, essa história, com seus recursos

personais, nesse momento específico de vida – portanto, um paciente único, e não uma doença – terá com seu médico (BRASIL, A., 2012, p. 89).

Em adição, a presença ou a possibilidade da enfermidade enseja o espectro do sofrimento, da invalidez e da morte, que matizam a realidade vivida com ansiedade, insegurança e temor peculiares e, não raro, com pânico, e podem ativar sentimentos latentes. Em geral, é nessa situação especial que o médico entra em contato com o paciente.

Uma pessoa procura o médico se está ou supõe estar enferma ou quando necessita de algo que é da competência do profissional, como obtenção de atestado de saúde e realização de exames preventivos ou periciais. Comumente, é a possibilidade da doença que determina o encontro entre eles. A enfermidade é, portanto, a via comum por onde transitam as comunicações dos pacientes com os médicos e é ela, também, como já exposto, que confere a esse encontro especificidade marcante.

Os elementos particulares apontados sobre o paciente também se verificam no médico, com sua identidade própria. Esse profissional também tem uma história pessoal e familiar, um momento específico de vida, desafios e expectativas, não apenas do paciente, dos seus acompanhantes, exigindo-lhe resultados que podem ser frustrados, como também com as próprias expectativas de prestígio social, de ganho econômico, de satisfação pessoal, de ajuda ao outro e de restauração da saúde. A isso se acrescem as cargas e rotinas de trabalho muitas vezes desgastantes, desafios na interação com outros profissionais, eventual má remuneração, exigência de constante atualização e limitações e precariedades da estrutura de saúde. Está presente também, em igual ou maior relevância, o contato direto e diário com o sofrimento, a fragilidade humana e a morte.

Sobre a figura do profissional médico e os fatores que incidem sobre sua atuação, Moreira Filho (2005, p. 11) afirma que o principal causador do exaurimento do médico é algo mais psicológico e emocional que físico e é concernente aos seus conflitos. Segundo o autor, extenua o médico a mobilização intensa de suas emoções na rotina de trabalho, a preocupação com os pacientes, o convívio com o sofrimento e a constante presença da morte, o desafio em face de cada paciente, as limitações científicas e pessoais, o temor do insucesso (MOREIRA FILHO, 2005, p. 11).

A Medicina objetiva, de modo fundamental, prevenir e curar doenças e aliviar o sofrimento, tendo por finalidade não apenas aumentar a quantidade de vida, mas também melhorar a qualidade de vida dos pacientes (LÓPEZ, 2004a, p. 03). Nisso está incluída a busca por restabelecer a integridade estrutural e funcional dos órgãos e sistemas acometidos

pela doença e promover alívio dos seus efeitos desfavoráveis sobre o paciente e seus familiares. Quando configurada a impossibilidade de se restabelecer a integridade estrutural e funcional dos órgãos e sistemas lesados, grande parte da atividade médica passa a se destinar a controlar as manifestações da doença.

Segundo a OMS:

[...] cuidados paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais. (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 1996-2018).

As medidas paliativas têm valor muitas vezes significativo, pois tornam possível aumentar a quantidade e melhorar a qualidade de vida de percentual elevado de pacientes portadores de doenças para as quais ausentes ou inoportunas medidas profiláticas ou curativas (LÓPEZ, 2004a, p. 03). Em conformidade com essa constatação, o Código de Ética Médica estabelece no item XXII, entre seus princípios fundamentais, que o médico propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados nas situações clínicas irreversíveis e terminais (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2010).

Conforme já assinalado, a tarefa do médico não se restringe a cuidar de doenças, embora isso esteja abarcado, mediante exercício correto da biomedicina como parte fundamental de sua atividade profissional. É também tarefa de grande importância promover o alívio dos efeitos desfavoráveis da doença sobre o psiquismo do paciente e de seus familiares, inclusive por ser o adoecimento influenciado por fatores não biológicos que condicionam a percepção, denominação, explicação e valorização de experiência desconfortável, processos esses envolvidos em vínculos familiares, sociais e culturais complexos.

Destarte, quando a doença ocorre em uma pessoa, as manifestações biológicas são particulares, sendo possível observar que graus similares de patologia orgânica resultam em descrições muito diferentes de dor ou de desconforto, assim como pode ocorrer que tais queixas sejam relatadas por pessoas em que nenhum tipo de patologia é identificado (LÓPEZ, 2004a, p. 04).

A desatenção com a doença, em seu aspecto biológico, ou com o aspecto não biológico – concernente à experiência humana de enfermidade e ao conjunto de desconfortos ou distúrbios psicológicos resultantes da interação da pessoa com o ambiente – resulta em

tipos diversos de medicina que têm em comum o fato de serem deficientes. Decerto que o atendimento médico será inadequado quando o profissional não aplicar a tecnologia médica comprovadamente eficaz para o diagnóstico e o tratamento das doenças ou não se interessar em eliminar a dor e o desconforto de seus pacientes.

Segundo López (2004a), verifica-se uma tendência para o predomínio da biomedicina em detrimento da preocupação com os demais aspectos do sujeito em razão dos avanços no campo da ciência e da tecnologia médica, que ampliaram a capacidade de resolução da Medicina em relação às doenças. Contudo, o médico cujo objetivo seja apenas o de diagnosticar e tratar doenças, certamente não irá compreender e nem atender às necessidades do seu paciente, sendo também pouco provável que consiga obter deste a colaboração indispensável para a realização de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos.

O descuido para com a experiência humana da enfermidade e os aspectos psicológicos e pessoais é reconhecido como um dos fatores responsáveis pela eventual insatisfação do paciente e de seus familiares com o atendimento, mesmo que presente a biomedicina tecnicamente mais aperfeiçoada (LÓPEZ, 2004a, p. 04). Essa desatenção justifica também a produção deficiente da relação médico-paciente.

O efeito biopsicossocial da doença sobre o paciente é múltiplo e complexo, pois pode abranger componentes físicos, funcionais, emocionais, intelectuais, sociais e econômicos. Em geral, alguns desses efeitos não ficam restritos ao paciente e se estendem, com maior ou menor intensidade, aos seus familiares e à comunidade a que pertence. No momento da consulta, de um exame ou mesmo durante a internação, o paciente pode estar acompanhado, em geral de um familiar, e esta presença poderá ter influências positivas ou negativas, conforme a conduta do acompanhante seja colaborativa ou não.

Não se ignora que o acompanhamento do paciente também possa ocorrer, e com frequência, por indivíduos que não sejam seus familiares, mas integrem a rede social mais ampla do paciente, como se verifica em alguns casos com vizinhos, amigos íntimos e cuidadores. Dessa forma, ressalta-se que, neste trabalho, a abordagem acerca da presença e do envolvimento da família considera e compreende a mencionada rede social e de apoio do paciente, que pode ir além dos laços de sangue (BRASIL, A., 2012).

A saúde é diretamente influenciada pelas interações humanas de cada indivíduo, especialmente enquanto integrante do aspecto psicossocial que o compõe. Destarte, a rede social de cada sujeito tem papel relevante no processo de saúde-doença, uma vez que, quanto mais estruturada e apoiadora ela for, melhores resultados se obtêm na prevenção de agravos,

na promoção e manutenção da saúde e na recuperação/reabilitação (BRASIL, A., 2012, p. 204).

O processo de adoecimento do paciente envolve toda a estrutura familiar. Assim como o paciente é afetado por sua doença, ele afeta sua família e é afetado por ela, porquanto trata-se de uma interação natural. Essa afetação mútua pode ser positiva, de forma que a relação entre os familiares e seu paciente contribui para a estabilização da doença, ou negativa, ensejando sua manutenção ou agravamento.

Os cuidados com a saúde – preservação e restauração – e o tratamento ultrapassam os limites institucionais, conjuntura que realça ainda mais a importância da participação da família e seu potencial terapêutico, mormente em contextos de limitação da capacidade motora ou psíquica do paciente. Há providências e medidas de assistência que se dão de forma externa – e complementar – ao hospital, seja por ocorrerem em situações que não envolvam internação, seja por sua frequência ou por sua exigência no pós-alta, quando o paciente deixa a internação. A administração adequada da medicação e o monitoramento de níveis de glicemia para controle e eventual adequação de tratamento são exemplos frequentes dessas providências.

O encontro e contato com familiares possibilita constatar o grau de envolvimento que possuem com as questões relativas ao problema do paciente, a qualidade das relações afetivas entre eles, a disposição em ajudar e a disponibilidade deles (tempo e outros recursos), permitindo verificarem-se os potenciais da rede de apoio que poderá entrar em ação na conjugação de forças necessárias para um melhor atendimento das necessidades assistenciais. Familiares ou pessoas próximas podem exercer diferentes tipos de apoio psicossocial de acordo com suas possibilidades, entre os quais estão companhia social, apoio emocional, aconselhamento, controle social, ajuda material e de serviços (BRASIL, A., 2012, p. 195-196).

Todo o envolvimento e a participação descritos contribuem para fortalecer os usuários do sistema de saúde (pacientes e acompanhantes), motivando-os a serem sujeitos ativos e protagonistas e superando a lógica de que a responsabilidade pelo tratamento é integralmente atribuída ao profissional da saúde.

Além disso, a família é fonte de informações preciosas necessárias para uma compreensão mais ampla dos complexos processos de adoecimento e das características do contexto psicossocial do paciente. O âmbito familiar pode se revelar, também, fonte de força e amparo necessários para a busca, manutenção e recuperação da saúde pelo paciente. Por sua

fundamental importância, o médico deve sempre considerar a influência dos familiares na relação com o paciente.

É evidente, pois, a família ser um potencial de apoio e de recursos que precisam ser aproveitados e explorados para o atendimento das necessidades do paciente. A conjugação das forças terapêuticas dos profissionais de saúde com os familiares e do próprio paciente colaborará para uma assistência de melhor qualidade. Lado outro, o desconhecimento dessa dinâmica de funcionamento familiar e dos vários fatores em interação desse contexto deixa os profissionais da saúde sem um importante recurso na assistência de seus pacientes e na compreensão do complexo processo de cuidado da saúde.

Quando o paciente está incapaz para a tomada de decisão sobre procedimentos e práticas diagnósticas ou terapêuticas, o representante legal que passa a responder por ele é, em geral, membro da família. Ademais, é importante lembrar que a família também passa por momentos de angústia e ansiedade e que, assim como o paciente, precisa de amparo. Isso reforça a relevância do desenvolvimento de uma boa relação com os familiares do paciente sob o cuidado do profissional da saúde.

Enquanto componente da conjuntura em que se estabelece a relação médico-paciente, além da família, destacam-se outros profissionais da saúde. Médicos, pacientes e familiares interagem com profissionais integrantes das equipes de saúde multiprofissionais e, de modo eventual ou recorrente, com gestores e funcionários administrativos. Enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos e assistentes sociais participam do processo de promoção e assistência à saúde.

Nesse conjunto, verifica-se a presença de uma heterogeneidade de métodos e de escopos dentro das equipes, especialmente considerando as distintas especialidades e âmbitos de atuação de cada profissional. Isso é fator colaborador no tratamento ampliado e integral do paciente, mas pode ser fonte de discordâncias e conflitos entre integrantes da equipe e entre esta e os pacientes e seus familiares, o que demandará uma abordagem adequada ao tratamento da questão e prosseguimento das relações.

O relacionamento médico-paciente usualmente é determinado por objetivos comuns, geralmente voltados a atender às necessidades referentes à saúde do paciente. Contudo, por todas as considerações expostas, é passível – e recorrente – que o encontro entre eles produza divergências e insatisfações. As desavenças ocorridas no transcurso da relação médico-paciente muitas vezes podem ser de pequena monta e facilmente contornáveis. Todavia,

ocasionalmente, assumem importância crescente, a ponto de interferirem negativamente na relação, dificultando ou mesmo impedindo que ela alcance seus objetivos.

2.4 O conflito na relação médico-paciente

Analisados os sujeitos integrantes da relação médico-paciente e sua relevância na interação estabelecida e em sua qualidade, impõem-se algumas considerações sobre desavenças verificadas. Conforme já exposto, nos diferentes âmbitos dessa interação e relacionando-se a diferentes sujeitos e causas, é comum o surgimento de conflitos.

No meio hospitalar, acompanhando as mudanças históricas descritas acerca dos relacionamentos nele desenvolvidos, ao longo dos anos, houve um aumento do número de ações judiciais contra os médicos e contra as próprias instituições hospitalares, situação que resulta em relações médico-paciente deterioradas, marcadas pela desconfiança e pela instabilidade (MOORE, 1998, p. 40-41).

O crescimento de demandas em face de profissionais da área da saúde se verifica não somente no âmbito judicial, nas diversas instâncias até o Superior Tribunal de Justiça (STJ), mas também no meio administrativo e extrajudicial, em Conselhos Regionais de Medicina e no Conselho Federal da categoria (DANTAS, 2014, p. 253).

Nesse âmbito, observa-se que diversos conflitos que dão origem a processos judiciais decorrem de uma perda da comunicação entre os sujeitos envolvidos na relação entre médicos e seus pacientes. Com efeito, a compreensão pelo paciente e seus familiares acerca do que o médico fala pode não ocorrer ou não ser integral, o que se verifica usualmente em razão de obstáculos relacionados ao entendimento técnico do que foi expresso ou em razão de um processo dialógico mal estabelecido (BRASIL, A., 2012, p. 17). De um modo geral, observa-se que, por não entenderem a fala médica, alguns pacientes se calam, demonstram desconfiança com relação à atuação do médico ou resistem em oferecer adesão ao plano terapêutico proposto.

As barreiras à comunicação podem ter múltiplas causas, dentre as quais é possível destacar as enumeradas por Ferreira *et al.* (2002, p. 20): ambientais (acesso, privacidade, limpeza, barulho), físicas (dor, fadiga, cegueira, surdez, problemas cerebrais orgânicos), psicológicas (raiva, ansiedade, medo, tristeza, euforia, negação, dependência, incerteza, doença mental, estilo de personalidade), socioculturais (interferência de outros, como familiares), socioeconômicas (riqueza, pobreza); barreiras de linguagem; a necessidade de o paciente se desnudar para ser examinado; doenças estigmatizantes e defeitos físicos;

diferenças entre o médico e o paciente, como idade, sexo, cultura, educação e experiência; diferenças culturais, como crenças, religião e questões étnicas.

Outro elemento regularmente presente em situações conflituosas judicializadas é a presença de erro ou negligência médicos ou de conjuntura interpretada como tal pelo paciente e seus familiares. Dissertando sobre o tema, Dantas (2014) aponta ainda outros fatores que motivaram o aumento de demandas judiciais movidas contra médicos:

[...] substituição de séculos de uma postura paternalista, por uma relação mais equilibrada, fundada em uma maior autonomia do paciente, com todas as consequências daí advindas, e ainda não totalmente assimiladas pela classe médica ou pelos Tribunais, criando um ambiente de insegurança jurídica que facilita a existência de um maior número de demandas.

Some-se a isto a despersonalização dos serviços médicos, a massificação do atendimento, a proliferação dos cursos de medicina em todo o país, o alto grau de especialização de algumas áreas do conhecimento médico com utilização de equipamentos de ponta (retirando do médico, aos olhos do paciente, o “direito de errar”), a proliferação de normas jurídicas e regulamentos técnicos e deontológicos, e a facilitação do acesso ao Poder Judiciário – dentre vários outros – e tem-se os elementos necessários para a configuração do alto grau de beligerância criado nos consultórios, clínicas e hospitais. (DANTAS, 2014, p. 254).

Ademais, quando o usuário do sistema de saúde não consegue acesso a medicações ou a tratamentos, estejam eles em falta ou ainda não padronizados e abarcados pelo SUS, ampliou-se o recurso ao Poder Judiciário para obtenção judicial da assistência buscada. As demandas judiciais são diversas e envolvem o fornecimento de medicamentos, insumos, dietas, materiais, próteses e procedimentos médicos.

Muitas críticas são apresentadas à adoção da medida judicial como meio para obtenção de assistência médica. Embora se reconheça o processo judicial como meio à efetivação de direitos e reparação de danos quando porventura violados, gestores e profissionais médicos e jurídicos assinalam que a obtenção de tratamento específico por um usuário por meio da atuação do Poder Judiciário implica em destinação para uma única assistência de recursos que estavam destinados à assistência coletiva, uma vez que o orçamento da saúde também é utilizado para cumprir as decisões judiciais (GEBRAN NETO; SCHULZE, 2016). Essa conjuntura pode comprometer a gestão dos recursos de saúde pública de uma determinada localidade.

Pesquisa realizada pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ) sobre o cenário da judicialização da saúde no Brasil constatou que as ações judiciais versam, de forma predominante, sobre aspectos curativos, envolvendo medicamentos, tratamentos, próteses e outros, e tratam em menor frequência sobre aspectos preventivos, como vacinas e exames

(CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2015, p. 43), o que evidencia que referida judicialização aborda uma dimensão parcial de todas as ações e serviços de saúde que devem ser prestadas pelo Poder Público no âmbito da saúde pública.

A despeito das divergências sobre a questão, já existem iniciativas e medidas para a instituição de uma política judiciária de saúde no Brasil que estabeleça uma ação coordenada, estratégica e sistemática sobre o ato de julgar em saúde e sobre a organização das políticas públicas de saúde. Nisso, destacam-se as recomendações e providências do CNJ e a criação do Fórum Nacional do Judiciário para a saúde (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2015), além de uma audiência pública, convocada pelo Supremo Tribunal Federal (STF) em 2009, para tratar o problema da saúde, com a participação de especialistas e representantes de setores diversos (SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL, 2009).

Ressalta-se que, a despeito de sua monta e relevância, os conflitos – judicializados ou não – envolvendo obtenção de insumos, medicação e tratamentos não serão objeto de análise neste trabalho, porquanto constituem divergências e dissensões entre o usuário (paciente), pessoalmente ou por meio de representante, e os órgãos que integram o SUS ou as esferas de governo que o dirigem. O presente estudo, contudo, tem como cerne as relações interpessoais e intergrupais verificadas no âmbito da instituição hospitalar⁷, notadamente o vínculo que se estabelece entre médico e paciente, nele consideradas a presença e participação relevantes dos demais profissionais da saúde e dos familiares e acompanhantes do paciente.

Diante dos aspectos expostos, mostra-se essencial o desenvolvimento de uma política judiciária para efetivação do direito à saúde, compreendido como verdadeiro direito multifacetado, por comportar elementos sociais, políticos, jurídicos e psicológicos (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2015). Contudo, como se verifica pelas considerações feitas, impõe-se atuação judicial e extrajudicial para a efetivação da saúde, porquanto trata-se de execução afeta a política pública e a sistema público de abrangência nacional, cuja realização não pode nem deve se ater ao Poder Judiciário.

A maioria dos médicos tem razões para se queixar das más condições de trabalho, dos deficientes planejamentos de saúde, dos precários controles epidemiológicos, da carência de recursos humanos e materiais, dos atendimentos de massa e dos complicados trâmites burocráticos, que podem afetar as relações mantidas (MOREIRA FILHO, 2005, p. 12-13). Mas não são apenas os profissionais da saúde que sentem as consequências desfavoráveis de uma relação inadequada com os pacientes ou da má condução de conflitos

⁷ Este trabalho não tem por objeto os eventuais conflitos decorrentes de relações entre funcionários – médicos ou outros – quando envolvam superior hierárquico ou empregador.

instaurados. Muitos pacientes se mostram insatisfeitos não só com tais deficiências, mas também com o desempenho de muitos médicos, o que se observa inclusive pelo número e objeto de demandas judiciais (DANTAS, 2014).

Diante do cenário de crescente agravamento das situações conflituosas no âmbito da saúde e de judicialização muitas vezes indistinta, sem busca ou esforços por outros meios de tratamento dos conflitos que lhes sejam mais adequados, segundo as questões e relações envolvidas, necessário repensar as estruturas, caminhos e instrumentos que correspondam em maior medida à realidade envolvida.

Nesse quadro está inserido o HC-UFMG, no qual estão presentes pacientes e médicos com suas especificidades, próprios aos indivíduos e aos seus vínculos, em relação entre si e com acompanhantes e outros profissionais da saúde. Também nessa instituição se verificam as limitações, complexidades, conflituosidade e esforços pelo tratamento adequado de conflitos, como será abordado a seguir.

Em razão da importância apresentada da qualidade da relação médico-paciente para o processo diagnóstico e terapêutico e para a concretização da saúde em sentido amplo, bem como da relevância do trato apropriado de conflitos para a continuidade e melhoria dessa relação única e necessária, essencial avaliar a adequação de meios para o trato de eventuais desavenças e dissensões. Para amparar a análise proposta, a seguir, será apresentado o HC-UFMG quanto à sua integração, estrutura e características.

2.5 O Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais

O HC-UFMG é integrante do SUS e das políticas a ele afetas, além de figurar como espaço para efetivação do direito à saúde em sentido ampliado e para o estabelecimento de relações interpessoais nas formas anteriormente descritas.

Acerca de seu surgimento, destaca-se que a Faculdade de Medicina de Belo Horizonte foi fundada em março de 1911 por deliberação da Associação Médico-Cirúrgica de Minas Gerais (MORAES, 1971). Nesse contexto, o ensino médico já se valia de instituições hospitalares para a realização do indispensável estágio clínico, no qual professores e alunos prestavam total ou parcialmente a assistência aos pacientes. Com efeito, enquanto não dispunha de hospital próprio, a Faculdade de Medicina da UFMG utilizou diversas instituições como hospitais escola para a formação de seus alunos (EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES, 2017).

O HC-UFMG foi inaugurado no dia 21 de agosto de 1928 e o complexo hospitalar surgiu a partir do agrupamento de algumas clínicas ao redor da Faculdade de Medicina da UFMG. Ao longo dos anos, houve construções, reformas e ampliações no referido complexo, passando a se chamar Hospital das Clínicas em 1955 (CAMPOS, 1961).

Em 1976, o HC-UFMG passou por reestruturação que o transformou em órgão autônomo da UFMG e, por conseguinte, independente da Faculdade de Medicina, momento em que a superintendência administrativa, indicada pela Congregação da Faculdade de Medicina para dirigir o HC-UFMG, foi substituída por uma diretoria ligada administrativamente à Reitoria da Universidade (BOAVENTURA, 2003). Tornou-se hospital de ensino certificado nos termos da Portaria Interministerial MEC/MS 1704 de 17 de agosto de 2004 (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

Trata-se de um hospital universitário que tem por missão institucionalmente estabelecida “[...] desenvolver a assistência em saúde com eficiência, qualidade e segurança e, de forma indissociável e integrada, o ensino, a pesquisa e a extensão” (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, 2018, p. 10).

Constitui Unidade Especial da UFMG e campo de ensino para vários cursos da área de saúde, como os de Biologia, Bioquímica, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Psicologia, Técnico em Enfermagem, Técnico em Patologia Clínica, Terapia Ocupacional, Tecnólogo em Radiologia e Gestão em Serviços de Saúde (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, 2018, p. 08).

No ensino, o HC-UFMG é campo de prática para os cursos de graduação e pós-graduação (residência, especialização, mestrado e doutorado) na área da saúde e áreas afins da UFMG e de outras universidades e escolas técnicas conveniadas. Alunos de graduação e pós-graduação participam de forma ativa no acompanhamento do atendimento direto aos pacientes, realizando suas atividades acadêmicas, aprendendo em serviço e contribuindo para a qualidade do atendimento oferecido (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, 2018).

Ademais, o HC-UFMG possui 41 programas de residência na área médica, três de residência multiprofissional (farmácia, enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia, fonoaudiologia, nutrição e odontologia) e uma em Residência em Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial, perfazendo um total aproximado de 500 residentes (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS,

2018, p. 08). As residências constituem modalidade de ensino de pós-graduação na forma de curso de especialização, caracterizadas por treinamento em serviço, sob a orientação e supervisão de professores ou de profissionais.

Na área da extensão, o HC-UFMG apresenta uma gama de projetos e eventos, dentro do programa de extensão da Universidade, destacando-se programas no campo da política de humanização e da atenção integral à saúde do idoso (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, 2018).

No âmbito da pesquisa, há o Centro de Pesquisas Clínicas do HC-UFMG (CPC-HC-UFMG), que desenvolve estudos clínicos e pesquisas de bioequivalência/biodisponibilidade; o Centro de Telessaúde (CTS), que atua promovendo a aproximação entre os Centros Universitários e profissionais de saúde fisicamente distantes, ampliando o acesso ao conhecimento especializado por meio de tecnologias de informação e comunicação e expandindo a atuação geográfica do HC-UFMG; e o Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde (NATS), que promove e fornece análises críticas sobre novas tecnologias e processos, seu valor clínico e suas possibilidades de incorporação na prática clínica, bem como promove a prática em saúde baseada em evidências (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, 2018).

Somado ao exposto, consiste em Hospital público e geral, integrado ao SUS e referência no sistema municipal e estadual de saúde no atendimento aos pacientes portadores de patologias de média e alta complexidade. Com ênfase na atenção especializada, formação de recursos humanos e produção de conhecimento em saúde, a Instituição realiza, pois, atividades de ensino, pesquisa, extensão e assistência (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, 2018). Os atendimentos são prestados exclusivamente pelo SUS e em diversas especialidades, envolvendo urgência, internação, consultas, procedimentos ambulatoriais e exames complementares.

Em consonância com os diferentes, embora integrados, âmbitos de atuação da instituição, a direção do Hospital é composta por uma superintendência e três gerências nas áreas de saúde, ensino e pesquisa e administração. Ademais, a Instituição conta ainda com órgão de deliberação superior denominado Conselho Diretor, ao qual incumbe definir a política geral da Unidade nos planos acadêmico, assistencial e administrativo. Referido órgão é presidido pelo Diretor-Geral do Hospital e integrado por representantes dos cursos da área da saúde da UFMG e de diferentes categorias profissionais que compõem o

Hospital (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS; ASSESSORIA DE PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO/EBSERH, 2013).

O complexo hospitalar é formado pelo edifício central, denominado Hospital São Vicente de Paulo e localizado à Avenida Professor Alfredo Balena, número 110, Campus da Saúde da Universidade Federal de Minas Gerais, Bairro Santa Efigênia, da cidade de Belo Horizonte. Referido edifício abriga unidades de internação, pronto socorro, centros cirúrgicos, maternidade, centro de terapia intensiva, unidades e setores de apoio diagnóstico, laboratório de reprodução humana e a administração geral (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, 2018).

Além do prédio central, há outros sete prédios anexos para atendimento ambulatorial: Ambulatório Bias Fortes, Anexo de Dermatologia Osvaldo Costa, Ambulatório São Vicente, Ambulatório Borges da Costa, Hospital São Geraldo, Centro de Treinamento e Referência em Doenças Infecto-Parasitárias (CTR-DIP) Orestes Diniz e o Instituto Jenny de Andrade Faria de Atenção à Saúde do Idoso e da Mulher, além do Centro de Apoio Didático e da Moradia dos Médicos Residentes (Anexo Maria Guimarães).

O HC-UFMG conta com profissionais de diversas áreas assistenciais não médicas para o atendimento às variadas demandas dos pacientes e para a ação interdisciplinar, de modo que as equipes são compostas por assistentes sociais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, pedagogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais, que são acionados conforme a necessidade clínica de cada paciente, buscando sempre a integralidade do cuidado (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, 2018).

A instituição de saúde presta serviços assistenciais ambulatoriais e cirúrgicos em diversas especialidades, dentre as quais se menciona Anestesiologia, Cirurgia Ambulatorial, Cardiologia, Clínica Médica, Coloproctologia, Dermatologia, Endocrinologia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Gastroenterologia, Genética, Geriatria, Ginecologia, Hematologia, Infectologia, Medicina do Adolescente, Nefrologia, Neurocirurgia, Neurologia, Nutrição, Obesidade Mórbida, Obstetrícia, Oftalmologia, Oncologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Pediatria Geral, Pneumologia, Psiquiatria, Reprodução Humana, Reumatologia, Saúde do Trabalhador, Transplantes e Urologia (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS; ASSESSORIA DE PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO/EBSERH, 2013).

O Hospital da UFMG é integrante da Rede Metropolitana de Urgência e Emergência e possui todas as condições de atendimento às urgências/emergências de natureza clínica e cirúrgica, não traumatológicas. É referência para atendimentos realizados em outros hospitais ou Unidades de Pronto Atendimento (UPA), em Neurologia, Neurocirurgia, Cirurgia Geral, Cirurgia Pediátrica, Cardiologia, entre outros, atuando conforme pactuação junto à rede municipal (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, 2018). É ainda o hospital de referência para os pacientes atendidos nos anexos ambulatoriais.

Desde 2013, o HC-UFMG é administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). A rede de hospitais universitários federais é formada por 50 hospitais vinculados a 35 universidades federais. Destes, 40 hospitais e 32 universidades assinaram contrato com a EBSERH e são por ela geridos, dentre os quais está o HC-UFMG e a UFMG (EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES, 2018).

A criação da Empresa integra um conjunto de medidas adotadas no Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), instituído pelo Decreto nº 7.082/2010 (BRASIL, 2010b) e destinado à reestruturação dos hospitais das universidades federais, integrados ao SUS, e à criação de condições materiais e institucionais para o pleno desempenho de suas funções nas dimensões de ensino, pesquisa e extensão e na dimensão da assistência à saúde.

A Lei Federal nº 12.550/2011 autorizou a criação da Empresa, sendo ela vinculada ao Ministério da Educação. O art. 3º da referida Lei prescreve que a finalidade da EBSERH é prestar “[...] serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade”, bem como prestar às instituições públicas federais de ensino ou instituições congêneres “[...] serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública” (BRASIL, 2011), observando-se a autonomia universitária estabelecida no art. 207 da CR/1988⁸ (BRASIL, 1988).

Destaca-se que as atividades de prestação de serviços de assistência à saúde desenvolvidas pela EBSERH estão inseridas integral e exclusivamente no âmbito do SUS (§1º, art. 3º, Lei Federal nº 12.550/2011) e devem observar as orientações da Política Nacional de Saúde, de responsabilidade do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011). Entre

⁸ CR/1988 – Art. 207. As universidades gozam de autonomia didático-científica, administrativa e de gestão financeira e patrimonial, e obedecerão ao princípio de indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão. (BRASIL, 1988).

outras competências, a EBSEERH deve administrar unidades hospitalares e prestar serviços de apoio ao processo de gestão dos hospitais universitários e federais.

Especificamente no que tange ao HC-UFMG, ele se tornou filial da EBSEERH quando firmado o contrato de gestão entre as instituições, a partir do que a Empresa se tornou responsável pela gestão do Hospital e, entre outras atribuições, pela coordenação e avaliação da execução das atividades do HC-UFMG e pelo apoio técnico à elaboração de instrumentos de melhoria da gestão.

Segundo dados publicados em 2013, o HC-UFMG atende a uma clientela universalizada, sendo a totalidade dos pacientes provenientes do SUS e cerca de 40% do total proveniente do interior do Estado de Minas Gerais. No levantamento feito à época, a Instituição possuía 537 leitos hospitalares, dos quais 90 eram de Unidade de Terapia Intensiva e Semi-Intensiva, bem como 344 consultórios, sendo 287 consultórios médicos e 57 de outros profissionais de saúde (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS; ASSESSORIA DE PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO/EBSEERH, 2013). Dados divulgados pelo Setor de Arquivo Médico e Estatística do HC-UFMG apontam uma capacidade total instalada de 547 leitos no segundo semestre de 2017 (SETOR DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA, 2017).

Conforme informações do Sistema Integrado de Monitoramento Execução e Controle do Ministério da Educação (2017), a produção média mensal da instituição de saúde em questão foi de 4.500 atendimentos de urgência, 1.500 internações, 36.000 consultas ambulatoriais, 160.000 exames laboratoriais, 1.600 cirurgias e 200 partos.

De acordo com dados consolidados em dezembro de 2012, a Instituição hospitalar contava com força de trabalho, segundo vínculo trabalhista, integrada majoritariamente pelos profissionais vinculados à UFMG pelo Regime Jurídico Único (RJU), seguido pelos funcionários vinculados à Fundação de Desenvolvimento da Pesquisa (FUNDEP), responsável pela gestão do Hospital antes da contratação com a EBSEERH, além de trabalhadores terceirizados e outros sob vínculo diverso (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS; ASSESSORIA DE PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO/EBSEERH, 2013, p. 12).

Além das alterações estruturais e organizacionais implicadas na assunção da gestão pela EBSEERH, destacam-se as modificações no que tange aos recursos humanos do HC-UFMG. Depois de assinado o contrato entre a instituição e a EBSEERH, uma seleção pública foi feita para a contratação sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho

(CLT), segundo estabelecido nas diretrizes da Empresa, implicando em significativa alteração dos recursos humanos do Hospital (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS; ASSESSORIA DE PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO/EBSERH, 2013, p. 39).

Não obstante, no HC-UFMG houve a contratação de alguns funcionários antes vinculados à FUNDEP, que passaram ao vínculo celetista junto à EBSEH, como constatado em entrevistas realizadas com profissionais do Hospital. Pode-se observar que a referida modificação de vínculos e de trabalhadores gerou atritos e conflitos internos à instituição de saúde, especialmente nas relações interpessoais, como será exposto em capítulo próprio.

Por todos os elementos apresentados, verifica-se que o HC-UFMG é instituição de assistência à saúde que, juntamente às ações e serviços públicos de promoção, proteção e recuperação da saúde, apresenta particularidades em sua estruturação, marcada pelo ensino, pesquisa e extensão, e especificidades relacionadas às relações profissionais e interpessoais nele estabelecidas.

Na análise de processos adequados ao tratamento de conflitos entre os indivíduos relacionados ao Hospital em questão, essencial que toda esta conjuntura seja considerada na medida de sua influência sobre desavenças que porventura ocorram, com vistas à composição de uma atuação interpessoal cooperativa na instituição, com efetivação dos direitos, notadamente o direito à saúde, e melhoria das relações entre médicos, pacientes e demais sujeitos envolvidos.

Para tanto, também é essencial que se considerem as características dos conflitos e os procedimentos de tratamento possíveis a eles, porquanto permite a identificação do método que melhor atenda ao objetivo proposto. Mesmo para a mediação, processo que se propõe inserir no HC-UFMG, diferentes abordagens e vertentes existem, inclusive no Brasil, como será exposto a seguir.

3 CONFLITOS E FORMAS ADEQUADAS DE SOLUÇÃO

A relação médico-paciente é usualmente acompanhada da ocorrência de conflitos, que apresentam particularidades próprias ao meio e às pessoas nos quais sobrevém. Esse cenário é, ainda, complementado pelos vínculos estabelecidos com familiares e outros profissionais da saúde e suas particularidades. Como ocorre nas relações existentes no hospital, as interações humanas por si mesmas, ainda que efetivadas em ambientes diversos à saúde, apresentam desavenças.

A existência de conflitos é inerente à vida em sociedade, uma vez que a convivência com outros indivíduos implica acordos e desacordos, até mesmo em razão da heterogeneidade da coletividade. Para resolver as desavenças eventualmente existentes, várias formas foram pensadas e adotadas, que vão desde a negociação, a arbitragem, a conciliação e a mediação, até a jurisdição, cujo monopólio o Estado tomou para si.

O método de resolução de conflitos adotado com frequência é o processo judicial, pelo qual o Poder Judiciário acerta e resolve o conflito, mecanismo este pautado na resolução de controvérsias e que considera os conflitos como problemas a serem extirpados. Contudo, a abordagem do conflito pode ser construtiva, contribuindo para a promoção do diálogo e para o aumento do interesse e do envolvimento das pessoas, ajudando-as a adotarem postura ativa e responsável sobre a própria vida, a desenvolver habilidades e a reestruturar e fortalecer laços relacionais. As perspectivas do conflito e os resultados por ele gerados dependerão, em grande medida, da abordagem adotada pelos envolvidos em seu tratamento.

Enquanto garantidor dos direitos e da ordem jurídica, o Poder Judiciário atua no Brasil especialmente por meio da apreciação de demandas em processos judiciais. A busca pela efetivação da justiça e de seu acesso por todos gerou novas concepções sobre a questão, ampliando a própria compreensão e a abrangência de uma acessibilidade à justiça e das formas de executá-la.

Nesse movimento, outros meios de tratamento de conflitos ganharam notoriedade e foram inseridos no âmbito do sistema de justiça, o que será analisado adiante. Entre os métodos reconhecidos e adotados no esforço por um acesso à justiça ampliado está a mediação, que encontrou assento na legislação brasileira e nos espaços integrantes da administração de conflitos no País.

3.1 Conflitos, desdobramentos e métodos para sua administração

Todos os relacionamentos humanos experimentam conflitos na interação social. As relações interpessoais nos diversos âmbitos – familiares, profissionais, comunitários, institucionais ou organizacionais – vivenciam desavenças, tratando-se de ocorrência natural ao convívio.

A despeito dos possíveis desconfortos e desgostos a ele associados, o conflito não é intrinsecamente ruim, disfuncional ou negativo. Trata-se de elemento potencial de promoção de mudanças pessoais, sociais e institucionais, ao evidenciar problemas, dissonâncias e desconexões e despertar sujeitos à ação e reação, prevenindo estagnações.

Em grupos ou ambientes nos quais há grande fragmentação, o conflito pode ter função integradora de relações, uma vez que permite a expressão e identificação de problemas, insatisfações e tensões e enseja oportunidade para que estruturas e laços sejam reajustados e harmonizados, resultando em coesão entre os envolvidos e estabelecimento de identidade coletiva e individual (DEUTSCH, 2004). Desavenças também se revelam frequentemente como mecanismo para ocasionar a criação e alteração de normas, em especial pela necessária adequação destas à conjuntura sob regulação, bem como para organizar e acomodar estruturas, recursos e poderes.

O que se verifica, pois, é que o conflito pode conduzir a situações e resultados positivos e produtivos, ou degradantes e nocivos. Nesse âmbito, o procedimento adotado pelos envolvidos para lidar com ele é elemento central para a definição de seu seguimento e repercussão, bem como da continuidade e qualidade da relação pessoal e/ou jurídica decorrente.

Soler (2014) esclarece que os conflitos podem ser prevenidos, geridos e solucionados. Sob essa concepção, pode-se abordar o conflito para prevenção, destinada a uma análise prévia de situações para evitar conflitos futuros; para gestão, adequada a conflitos imaturos ou insolúveis; e para solução, que pode se dar por dissolução, quando o conflito é eliminado pela perda do objeto, e por resolução, encerrando-se o conflito pelo alcance de um acordo entre os envolvidos ou imposição de solução por um terceiro.

São vários os elementos que podem influir no processo a ser adotado no tratamento de eventuais desavenças. Dentre eles, é possível apontar quem são os participantes no conflito e suas características individuais (personalidade, estado emocional, valores, objetivos, recursos físicos, intelectuais e sociais), a existência e o caráter da relação prévia entre eles e como ela afeta o desenvolvimento e o andamento da situação conflituosa, a questão ou o objeto

envolvido no conflito, a motivação de cada participante e a maneira como ela é expressa, o ambiente social no qual se dá a desavença, incluindo a natureza das normas sociais e das formas institucionais que o regulamentam, a liberdade de escolha ou presença de coerção, as consequências do conflito para cada participante e a presença de terceiros, bem como seus interesses e suas características (DEUTSCH, 2004).

Sobre os fatores indicados, para identificar e entender o andamento do conflito, Deutsch (2004) destaca a relevância do conhecimento do que os envolvidos consideram e interpretam como recompensa e ganho ou punição e perda, dos instrumentos disponíveis e das habilidades que têm em empregar esses recursos para travar ou resolver conflitos. Ainda segundo o autor, a estratégia empregada pelos sujeitos conflitantes perpassa também por táticas que variam quanto à sua legitimidade, ao uso de incentivos positivos e negativos como promessas e recompensas ou ameaças e punições, à qualidade da comunicação e do compartilhamento de informações e ao grau de comprometimento. Em adição, essas pessoas e circunstâncias podem se achar em ambientes sociais em que exista muita ou pouca tradição de tratamento cooperativo de conflitos e eventual presença de normas, facilidades ou recursos desenvolvidos para contribuir com mencionada condução cooperativa.

Com efeito, nem todo conflito reflete uma competição, com oposição de objetivos e de atuações, na qual a probabilidade de uma pessoa alcançar êxito diminui à medida que a da outra aumenta (DEUTSCH, 2004). O conflito pode se instaurar mesmo quando os objetivos dos envolvidos são compatíveis entre si, como se verifica em equipes de trabalho que visam a um ganho comum, mas experimentam conflito ao buscá-lo.

Uma das classificações possíveis à postura adotada pelos sujeitos em conflito é sua caracterização como competitiva ou cooperativa, o que refletirá não somente nos resultados, mas também no processo de lidar com ele. O conflito pode ocorrer em um contexto cooperativo ou competitivo, e os procedimentos adotados para abordá-lo serão fortemente influenciados por esse contexto.

Devido ao caráter nocivo do conflito quando mal administrado e aos custos físicos, psicológicos e financeiros que frequentemente resultam das disputas, têm-se buscado desenvolver procedimentos que sejam eficientes na satisfação dos interesses envolvidos, que minimizem sofrimentos, danos e ônus e que controlem gastos desnecessários de recursos.

Os procedimentos de tratamento de conflitos diferem consideravelmente no direcionamento e na definição da desavença e, com frequência, apresentam diferentes resultados (MOORE, 1998). Os métodos adotados podem apresentar maior ou menor

formalidade, envolvimento de terceiros e até a transferência a estes do poder de condução e de deliberação sobre o conflito⁹. Por sua vez, o tratamento cooperativo das desavenças depende da capacidade e da disposição dos envolvidos em adotar os procedimentos pautados em colaboração, os quais também podem contar com a participação de terceiros.

A principal forma de tratamento de conflitos tradicionalmente estabelecida e adotada no Brasil é a jurisdição, exercida pelos órgãos e membros do Poder Judiciário, que tem função fundamental na efetivação do Estado Democrático de Direito. Constitui ente essencial na guarda e observância da Constituição (CR/1988) e na preservação dos valores e princípios que a fundamentam, previstos em seu art. 1º¹⁰, quais sejam, cidadania, dignidade da pessoa humana, valores sociais do trabalho e da livre iniciativa, além do pluralismo político (BRASIL, 1988).

O exercício da jurisdição tem diversos escopos, com destaque para a efetivação dos direitos, exigibilidade de deveres e garantias, observância do ordenamento jurídico e pacificação social, com o tratamento de conflitos mediante critérios justos e legais (SENA, 2010). Para o alcance de tais objetivos e outros além dos citados, a jurisdição é exercida e se materializa especialmente por meio do processo judicial.

Acerca da realização do Direito, da efetivação da justiça e da garantia de seu acesso a todos, algumas considerações merecem atenção.

A partir dos vários debates, releituras e estudos já realizados acerca do “acesso à justiça”, este não pode mais ser considerado nos acanhados limites do acesso aos órgãos constituintes do sistema de justiça, porquanto seria reduzi-lo, de forma inadequada, a uma parcela da totalidade que o compõe.

É certo que o acesso à justiça é integrado pelo direito do cidadão de falar, de ser ouvido e de acessar um serviço público, bem como pelo direito a uma tutela jurisdicional efetiva, justa, em tempo razoável e com resultados reais e efetivos, consoante noções traçadas

⁹ As classificações possíveis aos diversos procedimentos de tratamento de conflitos são muitas. Para exemplificar, Soler (2014) os organiza em endógenos, quando impulsionados pelos próprios atores ou seus representantes, e os exógenos, nos quais há a intervenção de terceiros, classificação complementada pelo critério concernente ao papel que o terceiro ocupa na identificação de uma solução para o conflito. Outro exemplo é a classificação apresentada por Sena (2007), que os sistematiza em três grupos: autotutela, autocomposição e heterocomposição.

¹⁰ CR/1988 – Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos: I - a soberania; II - a cidadania; III - a dignidade da pessoa humana; IV - os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa; V - o pluralismo político.

Parágrafo único. Todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição. (BRASIL, 1988).

por Sena (2010). Sob esta perspectiva, o acesso à justiça envolveria o direito ao ajuizamento de ação judicial, ao processo justo e produtor de resultados satisfatórios.

Com efeito, os órgãos judiciais e o processo neles instaurados são necessários ao tratamento formal e oficial de questões de direito para assegurar seu cumprimento, bem como eventual reparação e responsabilização quando de sua violação. Contudo, a acessibilidade da justiça não se esgota nisto.

No que tange à compreensão do acesso à justiça, merece destaque o estudo realizado por Cappelletti e Garth denominado “Projeto Florença”, cujos resultados foram sintetizados e publicados em obra denominada “Acesso à Justiça”. Apesar das dificuldades e variedades para sua definição, os referidos estudiosos reconhecem que a expressão “acesso à Justiça” serve para determinar duas finalidades básicas do sistema jurídico consistentes em, primeiro, que seja ele realmente acessível, porquanto é meio estatal pelo qual se pode reivindicar direitos e resolver litígios, e segundo, que produza resultados individual e socialmente justos (CAPPELLETTI; GARTH, 2002).

Acerca do acesso à justiça no Brasil, Watanabe (1988) assevera não se tratar apenas de possibilitar o acesso à instituição estatal, mas de viabilizar o acesso à ordem jurídica justa. Nessa conjuntura, o autor destaca a relevância de se organizar e estruturar a Justiça em consideração às características sociais, políticas, econômicas e culturais da sociedade para a qual ela está voltada, de modo a se alcançar o correto tratamento de conflitos e a realização efetiva de direitos.

Sob essa concepção, o sistema de resolução dos conflitos através da adjudicação da solução pela autoridade estatal é adequado a alguns conflitos, mas impróprio a outros. Dessa forma, o direito de acesso à ordem jurídica justa envolve a acessibilidade por todos a instrumentos processuais aptos à efetiva realização do direito e a uma Justiça adequadamente organizada para corresponder, em quantidade e qualidade, às exigências apresentadas pela multiplicidade de conflitos de configurações variadas (WATANABE, 1988).

Não se olvida da garantia constitucional, disposta no inciso XXXV do art. 5º da CR/1988¹¹, de vedar que a lei exclua lesão ou ameaça a direito da apreciação do Poder Judiciário (BRASIL, 1988). Ademais, não há uma compatibilidade absoluta do processo judicial enquanto procedimento mais apropriado a todos os conflitos verificados na sociedade, porquanto o tratamento adequado das diversas desavenças exige procedimentos distintos

¹¹ CR/1988 – Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes: [...] XXXV - a lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito; [...]. (BRASIL, 1988).

segundo suas particularidades. Com efeito, existem condições próprias à admissibilidade e validade da ação, bem como as espécies processuais existentes se vinculam a matérias, conjunturas e requisitos necessários e específicos à sua utilização.

Watanabe afirma que uma das causas da intensa conflituosidade e excessiva sobrecarga de processos enfrentados pelo Poder Judiciário nacional, com conseqüente crise de seu desempenho, é a “[...] falta de uma política pública de tratamento adequado dos conflitos de interesses que ocorrem na sociedade”, contexto em que propõe uma nova compreensão sobre o disposto no inciso XXXV do art. 5º da CR/1988, passando-se a interpretá-lo “[...] não apenas como garantia de acesso ao Judiciário, mas como garantia de acesso à ordem jurídica justa, de forma efetiva, tempestiva e adequada”, o que implica em “[...] organizar os serviços de tratamento de conflitos por todos os meios adequados, e não apenas por meio da adjudicação de solução estatal em processos contenciosos” (WATANABE, 2011, p. 384-385).

Sobre a temática, Mancuso (2011) esclarece que, antes concebido como monopólio da justiça estatal, o acesso à justiça cede espaço a novas propostas relacionadas à propensa e crescente desjudicialização dos conflitos, instituindo-se uma nova política pública de resolução de conflitos que vai além da solução adjudicada estatal e é integrada por meios autocompositivos e heterocompositivos. Para o autor, o acesso a uma ordem jurídica justa envolve meios adequados, tempestivos, garantidores do direito material e que proporcionem uma composição justa (MANCUSO, 2011).

Importante, também, a concepção de acesso à justiça apresentada sob a denominação “acesso à justiça pela via dos direitos”, segundo a qual o acesso envolveria uma primeira dimensão referente à garantia de efetividade dos direitos, que engloba os eixos de informação acerca dos direitos; conhecimento que permita o recurso a uma instância ou entidade capaz de resolver eventuais conflitos; e efetiva reparação de injustiça ou desigualdade ocasionada pela violação de um direito. A segunda dimensão do acesso sob essa perspectiva refere-se à participação dos sujeitos na configuração do próprio direito, implicando a criação e o reconhecimento de novas categorias de direito (AVRITZER; MARONA; GOMES, 2014).

O acesso à justiça trata, pois, de assegurar a efetividade da justiça e de direitos no âmbito do Poder Judiciário e além dele, com acesso a diferentes mecanismos, procedimentos e espaços, o que importa, também, na participação direta dos indivíduos na constituição de seus direitos e na administração de seus conflitos, que não mais serão única e imediatamente deslocados à gestão e resolução por terceiros.

A compreensão do acesso à justiça de forma ampliada, com a identificação de limitações e inadequações do modelo hegemônico de gestão das controvérsias, majoritariamente jurisdicional e estatal, somada à possibilidade de emergência de um novo modelo de regulação social e de tratamento participativo de conflitos, mais conforme às exigências e necessidades contemporâneas, propiciaram o surgimento de iniciativas promotoras de outros espaços, atores e meios de efetivação da justiça e dos direitos.

O acesso à justiça assim considerado abrange, ainda, a ação coordenada de diversos atores sociais, incluindo o Estado, que garanta aos indivíduos competência e conhecimento que os habilite a decidir sobre o modo mais adequado para gerir, prevenir e resolver seus conflitos e, dessa forma, definir o acesso à justiça que lhes pareça mais apropriado e legítimo, quadro em que a mediação e o próprio processo judicial seriam possibilidades (NICÁCIO, 2011, p. 40).

Nesse cenário, houve no Brasil, desde meados da década de 1990, a implementação de projetos, organizados pelo Estado, por universidades e pela sociedade civil, voltados ao acesso à justiça com a utilização de métodos ditos “alternativos de resolução de conflitos”¹². Sob a conjuntura descrita, os tribunais e a legislação brasileiros se voltaram para consolidar outras vias de composição de conflitos além do processo judicial, como a arbitragem, a conciliação e a mediação (SILVA, 2017).

Em nível legislativo, entre as mudanças concernentes à nova perspectiva do acesso à justiça e da composição de controvérsias, tem-se a Lei Federal nº 9.099/1995 (BRASIL, 1995), que criou os Juizados Especiais, consolidando a prática da conciliação em matéria civil, e a Lei Federal nº 9.307/1996 (BRASIL, 1996), que dispõe sobre a arbitragem e cuja utilização foi impulsionada, sobretudo para conflitos empresariais.

A mediação ganhou forte incentivo institucional e normativo com a Resolução nº 125 do CNJ (BRASIL, 2010a), que instituiu a Política Judiciária Nacional de tratamento adequado dos conflitos de interesses, com vistas a assegurar o direito à solução de conflitos por meios adequados à sua natureza e peculiaridade no âmbito do Poder Judiciário. Com a referida normatização e outras diligências adotadas, o CNJ promoveu a adoção da conciliação¹³ e da mediação judiciais, orientou sobre a formação dos conciliadores e mediadores judiciais e

¹² Cf. BRASIL. **Mapeamento nacional de programas públicos e não-governamentais**. Sistemas Alternativos de Solução e Administração de Conflito, Ministério da Justiça, 2005.

¹³ Ressalva-se que o inciso IV do art. 125 do Código de Processo Civil de 1973 já dispunha sobre a tentativa de conciliação das partes a qualquer tempo pelo juiz (BRASIL, 1973). Contudo, a previsão não propiciou movimento conciliatório amplo pelos profissionais e partes atuantes no processo civil, especialmente em razão da cultura litigiosa e adversarial inspirada pelo sistema jurídico então configurado (SILVA, 2017, p. 87).

sobre seus parâmetros éticos, bem como determinou a criação de Núcleos Permanentes de Métodos Consensuais de Solução de Conflitos (NUPEMEC) e de Centros Judiciários de Solução de Conflitos e Cidadania (CEJUSC)¹⁴ pelos tribunais de justiça (BRASIL, 2010a).

Os fundamentos expostos na mencionada Resolução incluem a consideração de ser atribuição do Poder Judiciário o estabelecimento de política pública voltada ao “tratamento adequado dos problemas jurídicos e dos conflitos de interesses”, organizando “[...] os serviços prestados nos processos judiciais, como também os que possam sê-lo mediante outros mecanismos de solução de conflitos”, em que se destacam os meios consensuais da mediação e da conciliação (BRASIL, 2010a).

A atuação do CNJ para fomentar a mudança de paradigma no tratamento de conflitos no âmbito do Poder Judiciário chegou a resultados consideráveis, contexto em que se destaca a inclusão das bases da Resolução nº 125 (BRASIL, 2010a) no Novo Código de Processo Civil (CPC) (BRASIL, 2015a) e a criação de uma lei de mediação – a Lei Federal nº 13.140/2015 (BRASIL, 2015b). Tudo isso sinaliza a inserção, na legislação processual, de um amplo incentivo ao uso dos métodos consensuais, notadamente da mediação (SENA; SILVA, 2016).

Em complementação ao movimento de ampliação dos métodos de tratamento de conflitos, o CNJ instituiu a Política Nacional de Justiça Restaurativa no âmbito do Poder Judiciário por meio da Resolução nº 225, estabelecendo diretrizes para sua execução e para capacitação de facilitadores (BRASIL, 2016).

A despeito de apresentarem diferenças inerentes a seus procedimentos, elementos integrantes e objetivos, justiça restaurativa, arbitragem, conciliação e mediação se destacam enquanto meios complementares ao processo judicial para garantia do acesso à justiça como ordem jurídica justa e da efetivação de direitos, com a disposição de diferentes métodos aos distintos conflitos. Considerando que a justiça a que se busca dar acesso não tem apenas o escopo jurídico de atuação do direito objetivo, mas também escopos sociais de pacificação¹⁵ e políticos, como a participação, os métodos apresentados como complementares para o tratamento de conflitos se inserem no plano de adequação do processo adotado à desavença enfrentada.

¹⁴ Os CEJUSC e os Núcleos serão abordados posteriormente.

¹⁵ Ressalta-se que pacificação, na concepção aqui adotada, não significa a eliminação do conflito. Este é inerente às relações humanas e, portanto, não é passível de extinção. O que se busca é, na realidade, sua administração e tratamento, seja em nível de prevenção, gestão ou resolução, com seguimento e resultados satisfatórios aos envolvidos e promotores de desenvolvimento individual e coletivo.

Nas alterações estruturais e normativas, não se buscou a exclusão do Estado na promoção do acesso à justiça e na efetivação de direitos ao se reconhecer e estimular meios não judiciários. O Estado é integrante necessário e central na realização de políticas públicas que assegurem direitos também em vias não judiciais, de forma complementar ao Poder Judiciário.

Embora se reconheça a necessidade e a importância do processo judicial para o tratamento de desavenças jurídicas e de questões afetas à violação de direitos, sua metodologia e conjuntura não são propícias à abordagem e ao enfrentamento do aspecto sociológico porventura envolvido no conflito ou de interesses e vínculos que não encontrem correspondência na norma ou no procedimento judicial.

A decisão adjudicada no âmbito do Poder Judiciário volta-se a ditar a regra para o caso concreto em análise, sendo possível ao vencido se insurgir contra ela em caso de insatisfação e discordância. Com efeito, a resolução adjudicada é delineada para uma leitura jurídica do conflito ou abordagem exclusiva do recorte jurídico dele, porquanto o juiz determina fatos e decreta resultados a questões legais. O processo judicial e a sentença que o integra estruturam-se em procedimento formal para solucionar a parcela de lide levada a juízo, inábil a pacificar a lide sociológica, em geral mais ampla do que aquela e relevante à efetiva composição do conflito.

No método judicial, as partes devem encaixar sua história em um quadro estreito de uma demanda judicial contemplada por ação legal permitida e prevista no sistema judicial. Os sujeitos em conflito se atêm a fatos e evidências que serão considerados relevantes e persuasivos – sob a perspectiva jurídica – pela autoridade julgadora. Desse modo, com frequência, as partes não sentem que foram ouvidas no procedimento (MENKEL-MEADOW; LOVE; SCHNEIDER, 2006, p. 94).

Os verdadeiros atores da realidade fática são encobertos por polos de autor/réu, prazos, formalidades e preclusões, enquanto os protagonistas da realidade processual – advogados, defensores públicos, promotores e juízes – se voltam, em regra, para a resolução do litígio na forma da lei, seja ela – ou não – apta a preservar a relação interpessoal dos presentes, atender aos aspectos não jurídicos envolvidos e relevantes ou concernentes ao interesse e situação das partes.

O processo judicial é forma de resolução de conflitos que não tem como escopo estimular a autonomia dos indivíduos, mas primordialmente substituí-la pela autoridade do juiz. Somado ao exposto, o método é marcado por viés adversarial, pois essencialmente

pautado por uma lógica maniqueísta, na qual um dos disputantes deverá necessariamente perder para que o outro seja o vencedor, processo em que os envolvidos usualmente se consideram como adversários. As sentenças, em sua maioria, integral ou parcialmente acolhem a versão de uma das partes e constituem a outra parte como sucumbente, o que estimula a adversariedade.

Por tudo isso, fica evidente que o processo judicial, método adversarial, não é apropriado ao tratamento de todo conflito, havendo aqueles que seriam abordados mais adequadamente por outros meios, especialmente sob o escopo de criar vínculos onde inexistiam ou restaurar vínculos rompidos, e em contextos nos quais se faz necessário atentar para os problemas sociais que estão à base da litigiosidade, mais do que aos meros sintomas jurídicos que revelam a existência desses problemas.

Diante da complexidade dos conflitos, no sentido de envolverem aspectos, causas e sujeitos variados e plurais, é certo que vários deles possuirão feições jurídicas que demandarão o acertamento à luz da orientação do sistema normativo para a questão em disputa. Contudo, também se pode afirmar que alguns conflitos, embora possuam aspectos jurídicos, integram questões eminentemente sociológicas e relacionais. Esse fato acentua a inadequação do processo judicial ao tratamento hábil de outros aspectos além do jurídico, ensejando, muitas vezes, um distanciamento entre o conflito real e o conflito processado.

Sob uma nova concepção de acesso à justiça, cedendo espaço a propostas tendentes, inclusive, à desjudicialização dos conflitos, Mancuso (2011) sustenta que a prestação jurisdicional deve se dar de forma subsidiária e residual, preservada para as questões complexas, demandantes de cognição ampla e exauriente, insuscetíveis de resolução por outros meios, em razão da matéria ou da pessoa implicada.

Todas as concepções apresentadas acerca do acesso à justiça têm em comum sua ampliação, estendendo o alcance do acesso para além da simples instauração de um processo judicial e da obtenção de uma solução constituída em decisão adjudicada por um terceiro – o juiz.

Nessa conjuntura, este trabalho adota a compreensão de acesso à justiça enquanto acesso à ordem jurídica justa, na qual se reconhece o papel de outros órgãos e instituições na efetivação do acesso, bem como de outros processos e procedimentos para sua realização, o que pode se dar em ambientes judiciários ou não. Salienta-se que nisso está abarcada a efetivação da garantia constitucional de acesso à justiça relativo à inafastabilidade do Poder Judiciário sobre lesão ou ameaça a direito. Não se pretende, decerto, desonerar ou excluir o

Judiciário na consecução do acesso, mas fortalecer e ampliar a acessibilidade à justiça e a efetivação dos direitos por meio da inclusão de instrumentos não judiciais e de outras esferas complementares no tratamento de conflitos.

Acerca da justiça à qual será dado o acesso, importante assinalar que:

[...] esta deve ser compreendida enquanto valor, que não se fecha em conceitos jurídicos, mas que é construída por todos os interessados de modo a se adequar às realidades e expectativas dos grupos sociais, moldando-se aos conflitos e situações vivenciadas, deixando de ser imposta por uma visão unilateral e formalista, como por vezes ocorre na administração dos conflitos pela via do Judiciário. (SILVA, 2017, p. 29).

A mudança sobre a concepção do acesso à justiça, conforme exposto, surgiu em um contexto de constatação da insuficiência do sistema judicial para assegurar a acessibilidade à justiça e para o efetivo tratamento de conflitos sociais. A juridicização histórica das relações sociais, com a ampliação do domínio do Direito e das leis, e a judicialização dos modos de regulação dos conflitos, marcada pelo crescimento do volume das ações judiciais, atingiu também a esfera médica, com a degradação das relações, especialmente quanto à perda de confiança nos profissionais de saúde pelos pacientes, muitas vezes resultando em demandas indenizatórias, e quanto à responsabilidade dos médicos e dos hospitais (BONAFE-SCHMITT, 2012).

A efetivação de direitos e o acesso a uma ordem jurídica justa no meio hospitalar também exigem a adequação de procedimentos. São necessários, no âmbito da saúde, estruturas e instrumentos não judiciais de acessibilidade à justiça próximos aos usuários, simplificados quanto à burocracia e ao formalismo e adequados aos pleitos por direitos e por tratamentos de conflitos vivenciados. Especialmente considerando as limitações muitas vezes físicas que importa, inclusive em contextos de internação, a instituição hospitalar demanda a criação de espaços de acesso à justiça alcançáveis pelos sujeitos envolvidos e por eles reconhecidos como meios legítimos e confiáveis.

A estruturação de um método adequado ao tratamento de conflitos verificados no âmbito do HC-UFMG é o principal escopo deste trabalho. Busca-se identificar, em face das particularidades das relações hospitalares e dos conflitos verificados, um processo hábil ao estabelecimento de uma ordem jurídica justa na instituição, com efetivação dos direitos, notadamente o direito à saúde, e constituição de uma cultura relacional e institucional de paz.

A mediação, em razão dos elementos que a compõe, de seus objetivos e das possibilidades por ela ensejadas, conforme será exposto, mostra-se adequada ao contexto

analisado, especialmente quanto à relação médico-paciente e aos indivíduos integrantes do processo diagnóstico e terapêutico, bem como quanto aos objetivos da instituição e do sistema de saúde que integra. Trata-se de método que possibilita a abordagem de diversas questões conflituosas para além do aspecto jurídico ou administrativo porventura presente. Evita-se, pois, uma consideração incompleta do conflito, como ocorre usualmente nas esferas formais de resolução de conflitos, a exemplo do sistema judicial, que deixa de contemplar certas facetas do conflito ou divide essas diversas questões em vários processos, que podem ser distribuídos em juízos distintos (SILVA, 2017).

Pretende-se, portanto, identificar o processo de mediação que promova uma ordem participativa e consensual, que auxilie no empoderamento dos indivíduos e que abra ou amplie os espaços de diálogo e de elaboração de soluções compartilhadas para as questões vivenciadas. Considerando-se o processo da mediação e seu potencial, será feita uma análise geral sobre as abordagens e estruturas que lhe são possíveis, especificando aquelas próprias ao ambiente hospitalar.

3.2 Vertentes e possibilidades da mediação

A mediação enquanto meio de composição de conflitos é antiga, tradicionalmente praticada por culturas entre as quais judaicas, cristãs, islâmicas, hinduístas, budistas, confucionistas e indígenas (MOORE, 1998, p. 32-33). Todavia, nos moldes como hoje é concebida, seu desenvolvimento se estabeleceu de forma destacada nos Estados Unidos da América (EUA) desde a década de 1970 e na França desde a década de 1980 (BONAFESCHMITT, 2012).

O crescimento do método, dentre outras razões, é justificado por Moore (1998, p. 34) pela crescente insatisfação com os processos judiciais, com as decisões adjudicadas inadequadas aos interesses reais dos envolvidos e com os custos crescentes dos processos adversariais de resolução de disputas, incluindo dinheiro, tempo, recurso humano, vínculo pessoal e coletivo. Somado a isso, o autor destaca o crescimento da busca pela participação democrática, assunção da responsabilidade e da decisão pelo indivíduo sobre as questões referentes à própria vida, acompanhado da ampliação do reconhecimento dos direitos humanos e da dignidade da pessoa.

Nos EUA, o uso da mediação de forma institucionalizada teve seu início no campo das relações de trabalho e se ampliou a outras esferas, como questões no âmbito das comunidades,

abordando conflitos entre vizinhos e entre parentes. Também nos conflitos familiares teve grande crescimento, notadamente em questões relacionadas a divórcio e custódia, zelando pelas questões psicológicas e sociais subjacentes. Ampliou-se, ainda, para os casos cíveis, diante da insatisfação generalizada e da crise estrutural no sistema de justiça, e para conflitos em outras áreas, como organizações, escolas, agências governamentais, sistema de justiça criminal, disputas internacionais e referentes à propriedade intelectual (MENKEL-MEADOW; LOVE; SCHNEIDER, 2006).

No contexto estadunidense de crise do sistema judicial e de crescimento da defesa dos direitos civis, o recurso a métodos alternativos a instância judiciária, incluindo a mediação, se expandiu e compôs o que se denominou *Alternative Dispute Resolution* (ADR), ou Resolução Alternativa de Conflitos.

Na França, por sua vez, sua utilização alcançou o âmbito da família, voltando-se para o tratamento de conflitos e o cuidado com o vínculo existente, bem como os contextos escolar, empresarial e hospitalar, com vistas à melhoria das relações e da estrutura institucional, e também o sistema judicial, as instituições públicas e os ambientes comunitários (SIX, 2001a).

O método em análise encontrou suporte também em decretos e leis regulamentadores de sua aplicação na Argentina e na Espanha desde a década de 1990 (SALES, 2003) e no Canadá na década de 1970 (GUILLAUME-HOFNUNG, 2018). Sua utilização se difundiu ainda na Ásia, Austrália, Nova Zelândia, Oriente Médio e comunidades africanas tradicionais e modernas (MOORE, 1998).

Com seu desenvolvimento e ampliação, conforme exposto por Nicácio (2011, p. 15), verifica-se a existência de diversas categorias de mediação, organizadas segundo os diferentes domínios de ação (familiar, civil, comercial, intercultural, escolar, cultural, habitacional, etc.); os graus de institucionalização (espontânea, cidadã, institucional, judiciária, híbrida); os objetivos intentados (resolução de conflitos, pacificação das relações, facilitação da comunicação, criação de laços sociais, etc.); os usuários (comunitárias ou coletivas e individuais); as maneiras de operar (facilitadora, avaliadora, exploradora, combinada, etc.). As referidas categorias não esgotam as classificações possíveis e concebidas sobre o método, tratando-se de indicações exemplificativas.

No que tange a distinção entre as práticas e os modelos de mediação segundo os objetivos propostos, destacam-se o modelo de Harvard (também denominado modelo

tradicional), o modelo transformativo e o modelo circular narrativo, mais frequentemente referidos em análises teóricas.

O modelo tradicional, originado na Escola de Direito de Harvard, nos EUA, tem por objetivo solucionar o conflito pelo alcance de um acordo satisfatório aos interesses das partes, configurando-se como extensão de uma negociação (LUCHIARI, 2012). O mediador figura, então, como facilitador da comunicação e da identificação dos interesses envolvidos, com vistas à configuração de soluções criativas pelos próprios mediandos e consequente resolução de problemas por meio de acordo mutuamente aceitável.

Estruturado em fases claras, esse modelo reconhece a distinção entre posição e interesse, sendo este último relacionado às reais necessidades e motivações dos envolvidos, e considera a presença e relevância das emoções no processo negocial, separando-as do objeto em negociação (ZAPPAROLLI; KRÄHENBÜHL, 2012). Trata-se de modelo pautado fundamentalmente pela técnica negocial, no qual o mediador segue uma agenda sempre direcionada a alcançar o acordo dos interesses das partes.

O modelo tradicional estadunidense caracteriza-se, portanto, como espécie de negociação facilitada por um terceiro, voltada a lidar com diferenças ou a resolvê-las. Moore (1998), escritor e mediador norte-americano, conceitua a mediação como prolongamento ou aperfeiçoamento do processo voluntário de negociação envolvendo atuação de uma terceira parte aceita pelos conflitantes e com poder decisório não autoritário, que vai interferir em uma negociação ou em um conflito para auxiliar os sujeitos no alcance de um acordo mutuamente aceitável.

Love e Stulberg (2006, p. 14) conceituam a mediação como processo voluntário de resolução de disputas no qual um terceiro neutro auxilia os disputantes a identificarem questões de interesse mútuo, desenvolverem e encontrarem resoluções dessas questões aceitáveis para todas as partes. Também consonante com este entendimento, Picker (2013) aponta a mediação como processo no qual o terceiro neutro atua para facilitar negociações entre partes de uma disputa, em um esforço para alcançar uma resolução mutuamente aceitável.

Nesse aspecto, a mediação se apresenta como um meio em que o terceiro participante do processo – mediador – é menos invasivo que outros intervenientes, permite o estabelecimento de resultados mais satisfatórios pelas partes em acordo que em uma decisão judicial, além de ser confidencial e poder ser mais rápido e barato que a litigância, cujos

riscos e resultados indesejados são evitados (MENKEL-MEADOW; LOVE; SCHNEIDER, 2006).

O modelo transformativo objetiva a transformação da relação entre os envolvidos no conflito, voltando-se ao empoderamento deles, com promoção da capacidade de clara identificação de suas questões, apropriação dos próprios conhecimentos e de seu protagonismo e autonomia, e ao reconhecimento mútuo, permitindo conhecer e legitimar as necessidades e perspectivas do outro. Na mediação transformativa, o conflito não é visto como um algo negativo e pendente de resolução, mas como elemento de transformação do relacionamento entre as partes, conjuntura em que eventual acordo será resultado secundário da transformação relacional (LUCHIARI, 2012).

O mediador, portanto, estimula a participação dos sujeitos no processo de mediação, sendo eles que atuarão diretamente em conhecimento do outro, autonomia e escolhas livres, promovendo os resultados supracitados, bem como potencial desenvolvimento social e coletivo que extrapolem a melhoria da qualidade da relação interpessoal (ZAPPAROLLI; KRÄHENBÜHL, 2012).

Baruch e Folger (2006, p. 122) assinalam que o valor primário oferecido pela mediação neste modelo é, com a ajuda do mediador, transformar o conflito e a interação conflituosa destrutiva em uma o mais positiva e construtiva possível, revertendo a espiral degenerativa da relação interpessoal ensejada pelo conflito. Acrescentam que esse valor extrapola a dimensão de meio eficiente ao alcance de acordo para problemas específicos em disputa, objetivando o empoderamento e o reconhecimento dos sujeitos, ao apoiar – sem suplantar ou forçar – o exercício de suas capacidades, a tomada de decisão por si próprios, a comunicação e a consideração da perspectiva do outro (BARUCH; FOLGER, 2006, p. 122-123).

O modelo circular narrativo, por sua vez, centralizado na comunicação entre os mediandos, entende o conflito como descompasso entre as narrativas das partes, que não contêm verdades ou mentiras, mas diferentes versões da questão envolvida. A mediação, portanto, busca desconstruir as narrativas velhas e estratificadas e promover a construção conjunta de narrativas comuns, o que pode ensejar, ou não, a obtenção de um acordo. Sob essa perspectiva, o mediador atua como legitimador dos discursos dos mediandos, ouvindo-os individualmente para que exponham sua versão do conflito conforme seus valores e impressões e alcançando os reais interesses e objetivos (LUCHIARI, 2012).

Ressalta-se que a exposição feita não pretende encerrar os modelos de mediação existentes segundo o objetivo intentado, mas assinalar algumas possibilidades e estruturas à mediação, conforme o resultado que se deseja obter.

Sob o aspecto da finalidade da mediação, Six (2001a) também menciona a existência de duas vias, sendo uma delas estadunidense e voltada à “resolução de conflitos”, e a outra identificada como europeia e denominada universalista.

A primeira estabelece a mediação como trabalho de resolver conflitos entre as diferenças da forma mais rápida e eficaz possível, solucionando-os com agilidade para cada envolvido retomar o lugar que não deveria ter deixado. É marcada por uma assistência em caso de conflito e por um aspecto binário de ajuda a cada uma das partes para possibilitar o restabelecimento da coexistência entre eles (SIX, 2001a, p. 257-258). Como o modelo tradicional (modelo de Harvard), volta-se, pois, para a construção de uma solução aceita por todos para um conflito concebido como problema, o qual será solucionado pela redação de um acordo (WARAT, 2001, p. 84).

A segunda via da mediação apresentada por Six (2001a) – universalista – estaria amparada na compreensão cultural, influenciada pela Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão de 1789, de que as semelhanças são mais importantes que as diferenças. Nessa perspectiva, a mediação constitui trabalho de regulação das relações interpessoais e intergrupais, voltado ao constante estabelecimento de novas ligações entre os sujeitos, de reparação de laços danificados ou distendidos e de gestão de vínculos rompidos. Não centralizada na solução de conflito, essa vertente da mediação é mais revolucionária (SIX, 2001a, p. 257-258).

Six (2001a, p. 265) esclarece tratar-se de uma criatividade de ligações que inclui a eventual resolução da desavença, mas que se estabelece no âmbito da gestão ativa dos conflitos pela catálise do terceiro mediador. Para Warat (2001, p. 84), essa perspectiva consiste na visão do conflito como oportunidade aos envolvidos de “uma melhora na qualidade de vida, para o encontro consigo mesmo e para a melhora na satisfação dos vínculos”, de modo que não tem o acordo como objetivo prioritário.

Por certo, cada perspectiva ou vertente da mediação implica um procedimento, uma orientação e uma caracterização do mediador e de seu agir, conforme é possível observar dos objetivos e definições expostos. A partir dos aspectos apresentados nas classificações, na busca de processo hábil ao estabelecimento de uma ordem justa, de efetivação de direitos, da abordagem apropriada dos conflitos nas relações hospitalares analisadas neste trabalho e de

melhoria da qualidade das interações, conclui-se que o método de mediação adequado ao Hospital é o da vertente universalista.

É necessário um procedimento de mediação que não se limite à resolução de conflitos ou à alteração de narrativas, mas que promova diálogo e participação entre os mediandos em uma gestão de desavenças hábil a criar ou recriar vínculos rompidos ou debilitados pelo conflito e a aumentar a qualidade relacional dos conflitantes, alterando a própria conjuntura da instituição, resultados possíveis na mediação universalista. Ressalta-se que a vertente destacada como mais adequada, embora envolva a transformação das relações, propiciando o empoderamento e o reconhecimento, não adota a conjuntura metodológica da mediação transformativa estadunidense, porquanto se propõe um modelo que viabilize a restauração e a constituição de vínculos interpessoais e intergrupais.

Tendo em vista a impossibilidade de eliminação do conflito por sua inerência ao convívio social, ele deve ser trabalhado, gerido e transformado. Nesse sentido, a mediação em sua vertente universalista apresenta forte potencial transformador de conflitos e de recuperação de relações desgastadas, auxiliando de forma pedagógica os conflitantes ao exercício da autonomia, da emancipação e da criatividade, além de estimular a humanização do homem por meio da realização dos vínculos com o outro (WARAT, 2001).

Segundo esclarece Warat (2001, p. 161), esta mediação revela-se método que possibilita redimensionar o conflito e auxiliar os envolvidos a tratá-lo, melhorando sua relação, o que constitui, pois, proposta de humanização das relações, especialmente no que tange ao campo da conflituosidade, e produção de uma justiça voltada à qualidade de vida. Sobre a questão:

A mediação seria uma proposta transformadora do conflito porque não busca a sua decisão por um terceiro, mas, sim, a sua resolução pelas próprias partes, que recebem auxílio do mediador para administrá-lo. A mediação não se preocupa com o litígio, ou seja, com a verdade formal contida nos autos. Tampouco, tem como única finalidade a obtenção de um acordo. Mas, visa, principalmente, ajudar as partes a redimensionar o conflito, aqui entendido como conjunto de condições psicológicas, culturais e sociais que determinaram um choque de atitudes e interesses no relacionamento das pessoas envolvidas. O mediador exerce a função de ajudar as partes a reconstruírem simbolicamente a relação conflituosa. (WARAT, 2001, p. 80).

Diante dos efeitos transformadores e restauradores potencialmente gerados pela mediação sob essa concepção, valorosos para sujeitos em conflito e para a sociedade, referido processo não pode ser reduzido a mera técnica de gestão dos conflitos, embora seja útil para tal. Na realidade, a mediação representa um novo modelo de regulação social, uma nova

forma de ação que implica em recomposição de relações (BONAFE-SCHMITT, 2012, p. 200-201).

Essa, portanto, é a mediação que se revela mais apropriada ao ambiente hospitalar, utilizada como instrumento de gestão de conflitos, permitindo favorecer o tratamento das desavenças, mas também e especialmente como um instrumento para impulsionar uma dinâmica social, promovendo e melhorando as relações interpessoais e intergrupais (BONAFE-SCHMITT, 2012).

Quanto ao grau de institucionalização da mediação, Six (2001a) destaca dois tipos ou correntes, por ele denominadas institucional e cidadã, cuja distinção é marcada pela origem dos mediadores e pelo respectivo modo de ação.

A mediação institucional é aquela estruturada por um organismo, ente estatal ou estabelecimento, como recurso para reencontrar o diálogo com seus usuários. O mediador é constituído pela instituição tanto a serviço desta como dos clientes, contexto no qual atuará para tratamento de disfunções ou embaraços e como contato imediato do organismo com os usuários, reconhecendo-se a importância de dar-lhes a palavra e aproximar-se deles. Como explica Six:

E na evolução de nossa época, em que o anonimato cresce, em que tudo tende a tornar-se mais e mais dual, os que estão de um lado e de outro de uma barreira, de uma grade ou de um guichê, todas as instituições começam por si próprias a compreender a necessidade de estabelecer intermediários. (2001a, p. 30).

O autor e mediador francês (2001a) exemplifica o tipo em questão com a mediação institucionalizada pelo sistema ferroviário francês e por companhias de seguro no referido País. Nesse aspecto, Six (2001a, p. 32-33) assinala ser típica a procura do mediador institucional devido a problemas primeiramente técnicos e que demandem tratamento técnico, situação em que o terceiro se faz essencialmente especialista constituído para atender a um problema específico.

Relevante ressaltar que o modo como os organismos tratam seus problemas institucionais enseja o risco de criarem serviços de mediação que, embora permitam a afluência de demandas, sejam espaços de administração impessoal de negócios, ou que burocratizem a mediação (SIX, 2001a). Podem os mediadores, ainda, serem considerados, nessa perspectiva, como prolongamento dos profissionais da comunicação e das relações públicas da instituição.

Por sua vez, a mediação cidadã é aquela suscitada nos grupos sociais em livre associação e de forma independente, como reação “natural” em face das necessidades da comunidade. Seus mediadores são estabelecidos enquanto detentores de uma autoridade moral e não como indivíduos outorgados por uma instituição. Frequentemente se configuram no âmbito de associações constituídas a um bem comum, como associações humanitárias e sociais, ou a interesses particulares dos que a integram concordantes com um interesse geral, em que o presidente ou o representante designado cumpre o papel de mediador, situando-se fora da esfera pública ou da esfera puramente privada (SIX, 2001a, p. 31-32).

Nesse sentido:

Se os mediadores institucionais representam sempre um certo poder, os mediadores cidadãos são os cidadãos entre os cidadãos. E se aos primeiros, porque aparecem como que exprimindo um poder, pede-se trazerem respostas a problemas, outra será a posição relativa aos mediadores cidadãos. Dirige-se a estes de igual para igual, pede-se que sejam verdadeiramente uma terceira pessoa: alguém que não será de modo algum árbitro que sentencia, alguém que não fará recair o peso de seu poder, alguém que não levará antes uma ajuda e assistência material e técnica. O que se pedirá aos mediadores cidadãos? Deve ser, por sua presença, sua acolhida, sua escuta, alguém que permitirá a você, pessoalmente, avançar no seu problema, o problema que você tem com você mesmo – que você não vê claramente qual decisão tomar, por exemplo – o problema que você tem com outro, na sua família, na sua empresa, no seu bairro. (SIX, 2001a, p. 34).

Sobre os tipos de mediação cidadã e institucional, Six adverte que “[...] nenhum dos dois, salvo se se quiser destruir a mediação, pode se impor unilateralmente e eliminar o outro; eles têm, portanto, de viver juntos” (2001a, p. 02). É necessário, pois, reconhecer suas diferenças, dando-lhes seus lugares adequados, e as condições nas quais esses tipos coexistem, sendo possível que uma leve à outra, conforme os vínculos e contextos envolvidos.

Desde já, assinala-se que a aplicação da mediação nas relações verificadas no HC-UFMG pode se dar por meio do tipo institucional e do tipo cidadão, sem que essas formas se excluam, como será apresentado em capítulo próprio. Sobre a questão, registre-se que o procedimento é adotado sob as duas tipologias nas instituições de saúde na França e, embora se reconheça as limitações e adequações de cada espécie, ambas apresentam proveitos¹⁶.

Diante das vertentes e dos conceitos de mediação apresentados, ressaí a possibilidade e adequação do método para além da resolução de conflitos no HC-UFMG, uma vez que o objetivo de sua introdução na Instituição não é a obtenção de acordos setorizados, mas

¹⁶ Nesse sentido, GUILLAUME-HOFNUNG, Michèle. **Hôpital e Médiation**. Paris: L’Harmattan, 1999; SIX, Jean-François. **Dinâmica da Mediação**. Tradução de Giselle Groeninga de Almeida, Águida Arruda Barbosa e Eliana Riberti Nazareth. Belo Horizonte: Del Rey, 2001.

proporcionar instrumentos capazes de gerarem transformações nos modos como as pessoas se comunicam e se relacionam (ZAPPAROLLI; KRÄHENBÜHL, 2012, p. 39).

Tendo em vista os aspectos abordados, a mediação no âmbito do HC-UFMG deve ser estabelecida para além da mera resolução de conflitos, constituindo-se modelo de regulação social, enquanto processo que objetiva a transformação relacional na Instituição e, por consequência, importa na recomposição de relações, na promoção de uma cultura colaborativa, no empoderamento¹⁷ dos envolvidos e na geração de novas perspectivas dos indivíduos sobre si e sobre o outro. A mediação será considerada especialmente como meio de administração de conflitos, “[...] permitindo o encontro com o outro, não apenas para barganhar interesses, mas para ouvir, ser ouvido, tomar decisões e transformar a si mesmo e ao conflito vivenciado” (SILVA, 2013, p. 28).

Portanto, a mediação é aqui definida como processo complementar de administração de conflitos e de regulação social pelo qual pessoas buscam voluntariamente, por meio do diálogo e da participação ativa, a melhoria da qualidade de sua relação ou o tratamento mutuamente aceitável de uma situação conflituosa, criando ou fortalecendo laços relacionais deteriorados ou enfraquecidos pelo conflito, tudo isso auxiliados por uma terceira pessoa independente, equidistante e não autoritária, denominado mediador, que facilita a comunicação entre os sujeitos. Trata-se, pois, de instrumento de lógica participativa e dialógica com potencial de transformação não somente da eventual situação conflituosa estabelecida, mas também dos atores envolvidos, da maneira de tratar os conflitos, dos direitos que os revestem e do processo de sua efetivação.

Para definição da mediação em congruência com o campo e as estruturas de saúde no Brasil, com a conjuntura do HC-UFMG e com os objetivos propostos, essencial não se descuidar da realidade brasileira quanto à adoção do método e sua sistematização. À vista disso, serão apresentados os meios e fundamentos de aplicação da mediação no contexto brasileiro e as disposições do ordenamento jurídico à sua adoção.

3.3 Mediação no Brasil

¹⁷ O empoderamento, na concepção adotada neste trabalho, consiste em possibilitar à pessoa condições de se apropriar de seus próprios conhecimentos, de dialogar com o outro, de mostrar seus interesses e anseios, de tomar suas próprias decisões (ZAPPAROLLI; KRÄHENBÜHL, 2012). Quando obtido por meio do processo de mediação, constitui também técnica para promoção de equilíbrio de poder entre os mediados, permitindo a necessária participação ativa de todos e obstando que um dos envolvidos domine e determine a condução da relação em detrimento do(s) outro(s).

Enquanto prática regulamentada e adotada por órgãos estatais, a mediação no Brasil se iniciou no Direito Coletivo do Trabalho por adoção do Ministério do Trabalho e Emprego, contexto em que negociações coletivas foram conduzidas por especialistas facilitadores do diálogo entre as categorias disputantes (SILVA, 2013, p. 20). Por muitos anos, legislação prevendo a aplicação da mediação existia apenas em matéria trabalhista (SALES, 2003, p. 128-131). Até o ano de 2015, inexistia lei no ordenamento jurídico brasileiro que regulamentasse ou sistematizasse a mediação.

No processo de desenvolvimento e de incentivo institucional e normativo da mediação no Brasil, merece destaque a Resolução nº 125 do CNJ (BRASIL, 2010a), instituidora da Política Judiciária Nacional de tratamento adequado dos conflitos de interesses no âmbito do Poder Judiciário. O CNJ estabeleceu as diretrizes a serem observadas pelos tribunais de justiça e critérios de capacitação mínima, de seleção e de qualidade do serviço dos mediadores, além de instituir o Código de Ética dos mediadores judiciais.

Para a realização da mediação no âmbito da política instituída, o CNJ estabeleceu programa mínimo para a capacitação de mediadores com módulos teórico e prático, constante no Anexo I da Resolução nº 125 (BRASIL, 2010a), além de o mediador dever se submeter a aperfeiçoamento permanente, essencial para a qualidade dos serviços prestados.

A Política Judiciária Nacional estabelecida considera o acesso à justiça enquanto acesso à ordem jurídica justa, que compreende a tutela jurisdicional efetiva, célere e adequada, e os serviços de solução de conflitos por métodos consensuais como mediação e conciliação, além de incluir a solução de problemas jurídicos simples, a orientação jurídica e outros serviços (LAGRASTA LUCHIARI, 2014).

O Núcleo Permanente de Métodos Consensuais de Solução de Conflitos (NUPEMEC) de cada tribunal de justiça é responsável por desenvolver a referida política no âmbito dos estados, por planejar, implementar, manter e aperfeiçoar ações para sua efetivação e atuar na interlocução com outros tribunais, bem como com entidades públicas e privadas, inclusive universidades e instituições de ensino, com a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), com a Defensoria Pública, com as Procuradorias e com o Ministério Público (BRASIL, 2010a). O NUPEMEC também tem a atribuição de instalar Centros Judiciários de Solução de Conflitos e Cidadania (CEJUSC), de promover capacitação, treinamento e atualização permanentes de magistrados, servidores, conciliadores e mediadores nos métodos consensuais de solução de conflitos, e de criar e manter cadastro de mediadores.

Por sua vez, o CEJUSC deve abranger setor de solução de conflitos pré-processual, setor de solução de conflitos processual e setor de cidadania, de modo a permitir a realização ou gestão das sessões e audiências de conciliação e mediação que estejam a cargo de conciliadores e mediadores e o atendimento e orientação ao cidadão (BRASIL, 2010a). Figura como um centro para diagnóstico de conflitos a ser feito por profissionais capacitados, encaminhando-se os casos para tentativa de composição, para outros órgãos, como Juizados Especiais, Defensoria Pública ou órgãos de defesa do consumidor, ou para informação em direitos e serviços.

A Lei de Mediação (Lei nº 13.140/2015) corrobora, em seu art. 23, ser o CEJUSC responsável por oferecer mediação pré-processual e processual, bem como por desenvolver programas para auxiliar, orientar e estimular a autocomposição (BRASIL, 2015b).

Em nível pré-processual, há procedimentos disponíveis no CEJUSC e uma fase inicial de fornecimento de informações sobre os distintos métodos de tratamento de conflitos existentes, bem como de avaliação do método mais adequado ao caso concreto por funcionário capacitado, considerando as características do conflito e dos sujeitos conflitantes. Configura-se meio disponível à situação em relação à qual não há ação judicial em curso.

Caso firmado acordo entre os envolvidos no conflito, ele será homologado por sentença, após manifestação do representante do Ministério Público, se for o caso, conjuntura que permite ajuizamento de ação de execução se descumprido o pactuado. Não havendo acordo, os interessados são orientados sobre as possibilidades de condução e métodos. O setor de cidadania, por sua vez, oferecerá serviços de informação, orientação jurídica, emissão de documentos, assistência social e psicológica (LUCIARI, 2012).

No setor processual de solução de conflitos são tratados os casos já constituídos em ação judicial e encaminhados pelo magistrado ao CEJUSC com indicação de um método de solução de conflito a ser adotado, de modo que a obtenção do acordo ensejará o arquivamento do processo e sua ausência, o prosseguimento da demanda judicial. Dessa forma, as mediações judiciais ocorrem no âmbito do CEJUSC (LUCIARI, 2012).

O CPC/2015 estabelece a realização de audiências de mediação ou de conciliação em todos os processos cíveis, figurando como oportunidade para que haja consenso e autocomposição entre os litigantes e eventual efetuação de acordo, com consequente extinção do processo. A audiência não será realizada em casos de direitos indisponíveis não passíveis de transação e se as partes a recusarem, anteriormente à apresentação de defesa pelo réu. Em

adição, o Código de 2015 institui a realização de audiência de mediação com comparecimento obrigatório das partes nas ações de família (processos contenciosos de divórcio, separação, reconhecimento e extinção de união estável, guarda, visitação e filiação), previamente à apresentação de defesa pelo réu, e nas ações possessórias multitudinárias que envolvam posse de mais de um ano e um dia, antes de o juiz apreciar o pedido de concessão de medida liminar (BRASIL, 2015a).

Sobre a questão, relevante a advertência de Sena e Silva (2016) quanto à insuficiência da inserção da mediação no processo judicial, tradicionalmente organizado pela ótica binária adversarial e litigiosa, para efetiva transformação relacional em face dos conflitos. Segundo as autoras, deve-se assegurar que, no sistema judicial, a mediação não seja posta como simples etapa do procedimento, ou desvirtuada pela concepção do conflito como elemento negativo que precisa ser extinto por meio de um acordo ou, ainda, como método centrado em descongestionar os tribunais brasileiros (SENA; SILVA, 2016, p. 340).

O CEJUSC se estabeleceu como meio voltado à ampliação do acesso à justiça, notadamente pela via extrajudicial, viabilizando opções pré-processuais de resolução de conflitos à população por meio da mediação e da conciliação, além de contar com o serviço de orientação jurídica no setor de cidadania. Segundo Silva:

Trata-se, portanto, de um mecanismo de desjudicialização do acesso à justiça, mas não de desjudiciarização, uma vez que os CEJUSC estão inseridos na estrutura do Judiciário e são geridos por magistrados e serventuários da justiça, com a participação de mediadores e conciliadores externos, formados numa perspectiva de solução consensual de conflitos judicial, atrelada aos interesses e objetivos dos tribunais (2017, p. 81).

Embora necessário e notável o movimento pela ampliação do acesso à justiça em espaços alheios ao processo judicial, é fundamental que ele seja acompanhado pelo estabelecimento de estruturas e de instrumentos de acesso desvinculados ao Poder Judiciário e que se aproximem dos indivíduos, criados e geridos, por exemplo, pelo Poder Executivo ou pela sociedade civil, sob a fiscalização estatal (SILVA, 2017, p. 82).

O CPC/2015 estabelece que “O Estado promoverá, sempre que possível, a solução consensual dos conflitos” (§2º, art. 3º) e que “[...] a mediação e outros métodos de solução consensual de conflitos deverão ser estimulados por juízes, advogados, defensores públicos e membros do Ministério Público, inclusive no curso do processo judicial” (§3º, art. 3º) (BRASIL, 2015a).

A Lei nº 13.140/2015 regulamenta e sistematiza a mediação no Brasil, estabelecida em seu art. 1º como “[...] meio de solução de controvérsias entre particulares” (BRASIL, 2015b). Em consonância, o parágrafo único do art. 1º da citada lei dispõe:

Art. 1º [...]

Parágrafo único. Considera-se mediação a atividade técnica exercida por terceiro imparcial sem poder decisório, que, escolhido ou aceito pelas partes, as auxilia e estimula a identificar ou desenvolver soluções consensuais para a controvérsia. (BRASIL, 2015b).

Trata-se, portanto, de mediação em modelo negocial, orientada e restrita a resolver conflitos pela produção de um acordo, que cresceu nas políticas públicas e judiciárias brasileiras voltadas ao tratamento de conflitos, especialmente em razão da perspectiva de celeridade e redução do volume de processos existentes no sistema judicial tradicional. Sobretudo a mediação judicial brasileira, tendo se inspirado na referida vertente de mediação, possui forte caráter acordista, o que já ocorre com a conciliação judicial, em perspectiva que coloca o conflito como algo que pode ser minimizado ou extinto pela produção de acordos (SENA; SILVA, 2016, p. 342).

Constata-se, pois, que o modelo de mediação adotado no país é baseado especialmente no modelo de Havard, voltado à resolução de conflitos, notadamente no âmbito do Poder Judiciário, estruturado como uma negociação facilitada por um terceiro imparcial objetivando o alcance de soluções pelos envolvidos que sejam compatíveis com suas necessidades e interesses (SENA; SILVA, 2016, p. 334-335).

Contudo, esse modelo retira da mediação o caráter pedagógico de permitir ressignificar situações conflituosas e as relações e, por consequência, se afasta da transformação das relações pessoais em conflito e da cultura do tratamento de conflitos de um aspecto adversarial para uma promoção da paz social, marcada pela melhoria da qualidade de vida, pelo diálogo e pela alteridade nos vínculos (SENA; SILVA, 2016). Sob a lógica restrita à resolução de conflitos, redução de ações judiciais e celeridade, a mediação, sobretudo judicial, não irá habilitar as pessoas a lidarem com conflitos presentes e futuros de modo cooperativo e construtivo, transformando suas relações.

Além da sistematização da mediação apresentada, destaca-se, a título de exemplo, no âmbito estadual, o Programa Polos de Cidadania, programa de ensino, pesquisa e extensão vinculado à Faculdade de Direito da UFMG, que elaborou uma metodologia própria de mediação no início dos anos 2000, com os objetivos centrais de responder a uma demanda por resolução de conflitos em comunidades com histórico de exclusão social e trajetória de risco,

desobstruir as esferas judiciais formais e colaborar para os processos de conscientização dos indivíduos e dos grupos dessas localidades sobre seus conflitos e sobre as possibilidades de superá-los (GUSTIN, 2000).

O Governo de Minas Gerais adotou a metodologia inovadora dos Núcleos de Mediação e Cidadania desenvolvida pelo Programa Polos de Cidadania em mais de 20 localidades mineiras, elegendo-a política pública de acesso à justiça no Estado (GOVERNO DE MINAS GERAIS, 2009).

Outras iniciativas, tanto institucionais, conduzidas pelos poderes públicos, como práticas cidadãs de mediação, elaboradas e dirigidas pela sociedade civil, são identificadas em outros estados brasileiros. O mapeamento nacional realizado pelo Ministério da Justiça em 2005 indicou a existência de 67 experiências espalhadas no País, além de haver outras iniciativas em curso não identificadas no diagnóstico citado, como seus próprios relatores afirmam (BRASIL, 2005).

A mediação é método especialmente apropriado para conflitos que envolvam relações continuadas, em que a centralidade no acordo de interesses ou consenso sobre questões específicas pode ser insuficiente para a gestão adequada do conflito nesse relacionamento que se prolonga no tempo. É o que se verifica em situações conflituosas em contextos de família, de vizinhança, conflitos comunitários e escolares, e em relações médico-paciente continuadas no âmbito de tratamento prolongado ou internação.

Enquanto meio de regulação social que envolve não apenas a resolução do conflito, a mediação estimula o acesso a espaços de diálogos e oportunidades de reconhecimento mútuo, ampliando as possibilidades de participação dos envolvidos na administração de seus próprios conflitos, bem como melhorando a relação interpessoal por meio de uma comunicação mais efetiva e humana.

Trata-se de promover procedimentos e ferramentas que permitam prevenir, gerir ou solucionar eventuais atritos ou desavenças sem que precisem se converter em litígios ou disputas tratáveis apenas no âmbito judicial ou administrativo. Impõe-se repensar meios que se adequem à realidade em que verificada a relação conflituosa e o conflito, de forma a considerar suas complexidades e particularidades para efetiva e adequada atuação sobre as desavenças e sobre as necessidades envolvidas.

Como forma de regulação pautada pelo diálogo e pela abordagem construtiva dos conflitos no meio social, voltada para a gestão e a prevenção de situações conflituosas, e não apenas para a sua resolução pelo acordo, a mediação apresenta horizonte promissor para a

transformação de abordagens violentas e adversariais dos conflitos, passando-se ao desenvolvimento e à concretização de uma cultura de comportamentos e valores de paz e de efetivo diálogo (SENA; SILVA, 2016).

Assim, é relevante e necessário avaliar a questão no que tange ao HC-UFMG, às relações interpessoais e intergrupais neste meio, notadamente as que envolvem médicos e pacientes, e às desavenças verificadas na Instituição, para evidenciar a mediação enquanto instrumento hábil de cooperação, responsabilização, promoção da autonomia e do empoderamento dos envolvidos em situações conflitivas, propiciando novos meios para a abordagem dos conflitos e para acesso à justiça.

4 MEDIAÇÃO NA SAÚDE E INICIATIVAS RELACIONADAS

A mediação, enquanto processo que não está limitado ao conflito e se estabelece na necessidade humana de constituir comunicação e ligações, é adequada a situações que envolvam relações continuadas e vínculos interpessoais ou intergrupais, conforme já assinalado. Esta é a realidade verificada nas instituições hospitalares, onde profissionais da saúde e usuários do sistema convivem em circunstâncias, todavia, marcadas pela doença e pela morte, além dos elementos que desencadeiam em cada pessoa.

A qualificação do diálogo e da relação pela mediação, tanto entre os profissionais de saúde envolvidos no tratamento quanto destes com o usuário favorece a efetivação do direito à saúde em sentido ampliado para o completo bem-estar físico, psíquico e social do ser humano, e promove uma conjuntura propícia à efetivação das garantias e diretrizes instituídas pela política de saúde.

Contudo, a adoção da mediação na forma defendida não pode se dar com a mera transposição da prática de outros setores para o âmbito hospitalar. O alcance efetivo dos objetivos e dos resultados indicados exige a adequação do processo à comunidade e ao contexto hospitalar em que será aplicada. Para auxiliar nesta análise, passa-se a apresentar e caracterizar a mediação no campo da saúde, tanto na França, tomada como inspiração ao exame proposto, como no Brasil, diante das iniciativas e experiências já existentes.

4.1 Mediação no âmbito da saúde e experiência francesa

Como anteriormente exposto, a mediação experimentou grande desenvolvimento na França durante a década de 1980. Nos moldes como adotada naquele país, sua função se voltou não apenas para as relações interpessoais, mas também para os vínculos entre as pessoas e as instituições e suas administrações.

Considerando ser o contexto francês relevante no desenvolvimento da mediação que se conhece e pratica e tendo em vista que referido país adota o método na área da saúde há alguns anos, certamente desde a década de 1980, entende-se relevante e proveitoso expor algumas questões envolvidas na mediação em hospitais na França. A escolha por abordar a experiência francesa também se justifica pelo acesso a materiais no tema e conhecimento da língua pela autora.

Em 23 de fevereiro de 1995, o então primeiro-ministro francês M. Balladur enviou aos ministros e prefeitos uma nota intitulada “Melhoria das relações entre os serviços públicos e seus usuários”, na qual expôs que a mediação deveria ser desenvolvida, indicando sua adoção nos serviços públicos ou que envolviam acolhimento do público. M. Balladur esclareceu que, por meio da mediação, seria possível “evitar que os contenciosos se desenvolvam por incompreensão entre o usuário e os serviços”, de modo que estes melhorassem sua relação com aquele (SIX, 2001a, p. 26-27).

As funções deste mediador seriam, portanto, de evitar dificuldades entre usuários e serviços e apreender os “fatores de insatisfação” do público, evidenciando uma preocupação institucional de melhor atuar pela aproximação entre administrações e usuários. O primeiro-ministro indicou, em sua nota, a necessidade de saber acolher a demanda no serviço público e de capacitar os agentes para exercerem referido acolhimento (SIX, 2001a, p. 38). O acolhimento a que a orientação mencionada se refere consiste em uma função de escuta do usuário, de reconhecimento e de consideração de suas questões¹⁸.

Especificamente no âmbito da saúde, foram instituídos os “conciliadores médicos”¹⁹ sob a forma de mediação institucional a partir de 1981, por força de um decreto que estabelecia a eles a missão de “facilitar informação de pacientes ou, eventualmente, de seus direitos e de agilizar o regramento das discórdias relativas à responsabilidade resultante da atividade profissional de um médico, na ocasião ou em seguida à prestação de cuidados” (SIX, 2001a, p. 121). Nesse contexto, o papel do mediador era exercido por magistrados honorários designados para tanto, e não por médicos ou outro profissional da saúde (GUILLAUME-HOFNUNG, 1999, p. 120).

O citado decreto foi anulado em 1988, mas experiências de mediação objetivando reforçar o diálogo entre hospital e paciente voltaram a ser estabelecidas em 1989. Nessa nova prática, o conciliador médico passou a ser um “médico hospitalar” dotado de uma “missão de informação”, de forma a atuar quando houvesse “dificuldade na transmissão de informações médicas” ou “quando as queixas referem-se a questões de assistência ou de outros serviços fornecidos pelo hospital” (SIX, 2001a, p. 122).

¹⁸ Conceito de acolhimento coincidente com aquele referente à diretriz dos serviços públicos integrantes do SUS brasileiro.

¹⁹ Ao longo do desenvolvimento da mediação na França, o processo sofreu com a falta de rigor terminológico e houve a utilização indistinta dos termos mediação e conciliação, mesmo que para se referir ao primeiro (GUILLAUME-HOFNUNG, 2018). Por esta razão, importa esclarecer que a referência à conciliação e ao conciliador neste tópico do trabalho refere-se a processos e práticas que constituem mediação e mediadores.

Tratava-se de um encarregado de dialogar com os doentes ou suas famílias quando estes encontravam dificuldades em suas relações com a equipe médica. Em Lyon, por exemplo, foi constituída a primeira comissão de conciliação, então denominada “comissão de informação do usuário”, com ações voltadas ao objetivo de informar e explicar questões médicas ao paciente (GUILLAUME-HOFNUNG, 1999, p. 121).

As novas experiências também tratavam de renovar o diálogo, caso este estivesse rompido, entre uma equipe de saúde e um paciente ou uma família, ou entre um médico e um paciente. Os hospitais buscavam, ainda, encerrar conflitos persistentes ou difíceis e evitar processos judiciais complicados aos usuários e à instituição hospitalar. Apesar de suas insuficiências, os conciliadores médicos foram profícuos em diversos contextos para uma abordagem mais satisfatória de dificuldades (GUILLAUME-HOFNUNG, 1999, p. 121).

Six (2001a) informa que o conciliador médico é um médico hospitalar com função de informação aos pacientes ou a suas famílias quando estes encontram dificuldades em suas relações com a equipe médica. Ele facilita a informação e a comunicação de questões médicas para o paciente e seus familiares, como temas de estado de saúde, cuidados práticos e tratamentos prescritos; figura como intermediário entre paciente e médico quando o diálogo está prejudicado, possibilitando levantar os verdadeiros problemas entre eles; permite à administração reforçar o diálogo com os usuários e se aproximar deles.

Ainda segundo Six (2001a, p. 124), o conciliador médico não está habilitado a conhecer todas as reclamações relativas ao funcionamento dos serviços hospitalares, respeitando-se a competência do diretor do estabelecimento, nem encarregado de resolver problemas em litígio ou de assumir todas as comunicações médicas ao paciente e à família.

Estabelecidas em hospitais franceses, comissões de conciliação se voltam, em muitos casos, para atender simultaneamente a dois objetivos. O primeiro é se constituir como espaço de informação, de dar aparência humana à instituição de saúde e de restabelecer o diálogo. O segundo é atender à reivindicação dos pacientes insatisfeitos ou que entendem ter sido vítimas de erros ou acidentes médicos, fornecendo a eles explicações médicas, conforme necessárias, que mostrem se houve a falta e quais são as possibilidades ao usuário. Ao interpelar e questionar a instituição ou setores do hospital, o paciente encontraria um terceiro que seria um intermediário e poderia ajudar a resolver uma situação dramática (GUILLAUME-HOFNUNG, 1999, p. 123-124).

Citado conciliador auxilia profissionais médicos e não médicos no acolhimento do paciente, na sua escuta e na compreensão de suas preocupações, e não somente em suas

necessidades de saúde. Atuando como um intermediário, ele facilita o diálogo entre os que cuidam e os que são cuidados, sem impor decisões (SIX, 2001a). A mediação descrita é institucional e, nela, o paciente apresenta seu pedido ou reclamação ao diretor do hospital e este decidirá sobre a oportunidade de recorrer ao conciliador médico, que será indicado por intermédio da direção da instituição.

Six (2001a, p. 125) esclarece que um dos objetivos do conciliador é evitar o processo judicial, uma vez que este pode surgir do descontentamento do paciente e de seus familiares e, especialmente quando em alto número, atenta contra a imagem do hospital. Ganhou relevo a importância de sensibilizar o médico para o diálogo com o paciente e a família e o fazê-lo no contexto do trabalho, mas também na formação universitária. O hospital deve se preocupar com a formação de seus profissionais e proceder de forma a tornar-se também mediador entre o paciente e sua doença (SIX, 2001a).

Outras normas francesas surgiram, regulamentando a adoção das comissões de conciliação e de outras comissões, destacando-se os objetivos de examinar queixas e reclamações, prestar informações e dar recomendações à direção do hospital ou ao responsável pelos serviços alvos de reclamação, melhorar a política de acolhimento e de cuidado com o paciente e seus familiares, atuar como intermediário entre pacientes e profissionais de saúde, estruturar a coleta de indicadores de satisfação do usuário e indicar caminhos para melhoria do serviço (MASSING, 2017).

A estrutura de comissões compostas majoritariamente por membros integrantes e remunerados pelo hospital, acrescidos de alguns representantes dos usuários (GUILLAUME-HOFNUNG, 1999, p. 122-123), e a nomeação do mediador – médico – pela própria instituição (MASSING, 2017) foram alvo de críticas e questionamentos no que toca à efetividade da independência e da equidistância do mediador.

Há registros de que a “neutralidade” do conciliador é aspecto central nas preocupações dos usuários. Nessa conjuntura, médicos liberais ofereceram seus serviços aos hospitais, nos quais não exerciam a Medicina, para neles serem conciliadores. Surgiu também cooperação entre hospitais que permitiram ao médico de uma instituição exercer o papel de conciliador em outra (GUILLAUME-HOFNUNG, 1999, p. 122-123).

Embora o vínculo do médico conciliador com a instituição suscite desconfiança a respeito de sua real condição de equidistância no processo de mediação, o fato de o médico conhecer bem o hospital permite, muitas vezes, restaurar mais facilmente o diálogo entre o usuário e a instituição (GUILLAUME-HOFNUNG, 1999).

Contudo, o conhecimento especializado em saúde não é necessário na maioria dos casos e pode até constituir uma desvantagem, tendo em vista que o mediador, sendo parte da categoria médica, está sujeito a uma visão condicionada por sua especialidade. Na mediação voltada a trabalhar a dinâmica do conflito, a restauração do diálogo e a qualidade relacional, o mediador não precisa necessariamente de conhecimento ou de dados médicos (MASSING, 2017).

Massing (2017) narra que, em sua atuação como mediadora não médica no âmbito hospitalar, os casos variaram em complexidade das circunstâncias, havendo mediações praticadas em problemas simples de comunicação entre equipes de cuidado e famílias, em recusa de cuidados, ou até em casos que evoluem para processos judiciais, na ausência de resolução satisfatória para o usuário. A mediadora francesa afirma que sua ausência de formação médica não representou obstáculo à sua atuação, esclarecendo que a natureza de muitos conflitos está centrada no fator emocional, com a noção de perda de confiança pelo usuário, e não em aspectos da Medicina.

Sobre a adoção da mediação institucional nos hospitais franceses:

Apesar de tudo, é impressionante constatar que a mediação é encontrada em toda parte, em todos os níveis do hospital: alternativamente, o diretor do hospital, o enfermeiro responsável pelo serviço, o chefe do departamento são levados a desempenhar o papel do terceiro mediador. [...]. A conciliação possui um futuro brilhante pela frente, à altura da demanda dos pacientes e de suas famílias. (GUILLAUME-HOFNUNG, 1999, p. 124, tradução nossa)²⁰.

Além dos citados conciliadores médicos estabelecidos pelas instituições e de escritórios de advocacia especializados em matéria de saúde, Six (2001a) esclarece existir lugar para a mediação cidadã. Nesse sentido:

Em um primeiro plano, pode haver instâncias de mediação para o hospital, associações compostas de voluntários, antigos “usuários” dos hospitais, médicos, aposentados, magistrados etc., às quais todo doente e também todo médico, seja geral, seja especialista em consultório, em clínica ou em hospital, poderia recorrer livremente quando houvesse um problema entre eles. Estas instâncias ouviriam uns e outros, permitiriam a cada um colocar, na mesa, o problema que o preocupa, incitaria uns e outros a encontrar, por si mesmos, saída para suas dificuldades. Esta mediação cidadã não impediria, de forma alguma, o recurso ao conciliador médico do hospital; ao contrário, a associação sugeriria isto frequentemente. (SIX, 2001a, p. 127).

²⁰ Malgré tout, il est frappant de constater qu'on retrouve la médiation un peu partout, à tous les échelons de l'hôpital: alternativement, le directeur de l'hôpital, le cadre infirmier du service, le chef de service sont amenés à jouer le rôle du tiers médiateur. [...]. La conciliation a un bel avenir devant elle, à la hauteur de la demande des malades et de leurs familles.

De acordo com o autor francês, mediadores cidadãos assim estabelecidos e bem formados figuram como ponte entre as pessoas que os procuram e o conciliador médico e poderiam até mesmo enviar o caso a um advogado especializado quando identificarem que envolva abuso ou injustiça a ser tratado pelos tribunais (SIX, 2001a, p. 127).

Six (2001a) complementa que um segundo plano de mediação cidadã se refere a associações de voluntariado existentes em relação aos pacientes, voltados à visitação e ao apoio. Conforme esclarece, o voluntário que visita pode tornar-se um mediador entre o médico e a família ou entre eles e o paciente, ajudando a restabelecer o vínculo entre eles em caso de afastamentos.

No contexto francês, a mediação continua sendo adotada em caso de conflitos entre a instituição, os profissionais e o usuário nos diferentes âmbitos e formatos descritos. O processo tem se destacado na promoção da intercompreensão dos envolvidos pela atuação de um profissional – o mediador – treinado e capaz de restaurar o diálogo durante um conflito, enquanto se esforça para garantir a liberdade de expressão do usuário (MASSING, 2017).

A despeito dos avanços e das conquistas verificadas na França, não se pode admitir a importação de modelos estrangeiros de mediação em hospitais para o Brasil, sem que se observem alguns aspectos e necessidades da realidade e da cultura brasileira e da instituição em que será praticada, nem a mera transposição para o âmbito da saúde do modelo adotado em outras esferas sociais e institucionais. Para a própria efetividade do processo da mediação, é essencial sua adequação ao campo e às relações nos quais será utilizada.

Também no Brasil já existem iniciativas envolvendo a adoção da mediação na área da saúde. Passa-se à menção de algumas delas, a título ilustrativo, que apresentaram destaque em razão de resultados alcançados ou da amplitude quanto aos entes envolvidos e atividades desempenhadas.

4.2 Mediação no sistema de saúde no Brasil

Em relatório contendo dados e constatações de pesquisa desenvolvida pelo CNJ sobre o cenário dos conflitos em saúde no Brasil, foram apresentadas experiências envolvendo a mediação na efetivação da saúde no País. Entre as listadas, está a iniciativa verificada no município de Araguaína, localizado na região Norte do Estado do Tocantins e de referência macrorregional, servindo como apoio para outros municípios e estados do Norte do país, especialmente Pará e Maranhão (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2015).

Em 2011, somando-se a outras ações de gestão em saúde compartilhada entre o Executivo e o Judiciário, a Secretaria Municipal de Saúde criou o Núcleo de Apoio Técnico (NAT), que atuaria em parceria com a Ouvidoria municipal do SUS na prevenção da judicialização da saúde e no estabelecimento de estratégias de efetivação do direito à saúde. Entre os objetivos dos dois órgãos, destacou-se a mediação de conflitos, o alcance de soluções administrativas para as demandas em saúde e a democratização das informações e da gestão (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2015). A iniciativa foi marcada pela intensificação do diálogo institucional, incluindo Defensoria Pública e Ministério Público, e pela compreensão das próprias instituições jurídicas de que o processo judicial não proporciona tratamento adequado aos problemas de saúde (HENRIQUE; BRITO; MEL, 2013).

Outra experiência apresentada na pesquisa realizada pelo CNJ encontra-se na cidade de Lages, situada no Estado de Santa Catarina. Para atender a deficiências do sistema de saúde, foi criado um consórcio intermunicipal que englobou 25 municípios em 1997 e, em consequência dele, houve a assinatura de um Termo de Cooperação Técnica com o Judiciário em 2008, com a finalidade de estabelecer estratégias conjuntas de efetivação da saúde. Em 2012, fruto desse termo, foi criado o Núcleo de Conciliação de Medicamentos, objetivando proporcionar uma alternativa ao modelo adversarial da judicialização. Segundo informado no relatório, o Núcleo conta com uma equipe multidisciplinar para o atendimento de demandas que atua em conciliação e mediação de conflitos (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2015).

Pode-se citar também a criação da Câmara Permanente Distrital de Mediação em Saúde (Camedis) em Brasília em 2013 por atuação conjunta da Secretaria de Saúde e da Defensoria Pública do Distrito Federal, que possibilitou a constituição de um espaço de mediação para resolução extrajudicial de conflitos em saúde, voltado à solução de demandas por serviços e produtos de saúde, com o intuito de evitar ações judiciais ou propor soluções para aquelas em trâmite (PAIM; MARQUETO; LOPES, 2015).

No Estado de Minas Gerais, encontra-se a Ação Institucional “Mediação Sanitária: Direito, Saúde e Cidadania”, criada pelo Ministério Público do Estado de Minas Gerais, sob a coordenação do Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde, para gerar um espaço democrático, compartilhado pelos diversos atores, jurídicos e não jurídicos, públicos e privados, das esferas federal, estadual e municipal com atuação no direito à saúde em Minas Gerais. Trata-se de Estado de grande dimensão territorial e diversidades regionais, sociais, culturais, econômicas e epidemiológicas, que demandam serviços

personalizados e direcionados para efetivar o direito à saúde de forma integral, universal, igualitária e humanizada. Por meio da referida ação, são realizadas reuniões de mediação sanitária em várias regiões do Estado para reorganização de ações e serviços de saúde e busca de soluções consensuais mediadas (ASSIS, 2013).

Na cidade de Natal, no Rio Grande do Norte, foi criado o Programa SUS Mediado em 2012, reunindo a Defensoria Pública da União e a do Estado do Rio Grande do Norte, a Procuradoria Geral do Estado e a do Município de Natal, a Secretaria de Saúde do Estado e a Secretaria de Saúde do Município de Natal. A iniciativa promove sessões de mediação para resolução das questões de saúde e tem por objetivo estabelecer ampla cooperação entre os participantes, com o intercâmbio de ações e a difusão de informações, além de garantir maior efetividade das políticas públicas de saúde no Estado (DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE, 2018).

Analisando as experiências apresentadas, verifica-se que todas elas se estruturaram voltadas à resolução administrativa – ou extrajudicial – de demandas relacionadas à saúde, sejam elas concernentes aos usuários, às instituições públicas e privadas com atuação na saúde ou aos órgãos gestores da política de saúde. O uso da mediação nas iniciativas identificadas no Brasil, portanto, é caracterizado pelo objetivo de resolver conflitos – ainda que agregado a outros objetivos – e, por conseguinte, evitar ou diminuir a judicialização de questões relacionadas à saúde enquanto alternativa ao processo judicial.

Contudo, por todas as considerações já apresentadas neste estudo, destaca-se que a mediação apta à efetivação do direito à saúde em sentido amplo, não limitado mero fornecimento de insumos e de terapias para tratamento físico, bem como para transformação de relações e de serviços presentes nas instituições de saúde, é aquela que ultrapassa a busca por resolução de conflitos.

A mediação adequada ao âmbito hospitalar e aos objetivos propostos é aquela que permite a gestão e a prevenção de situações conflituosas, e não apenas sua resolução. Portanto, constitui meio de regulação social que estimula o acesso a espaços de diálogos e oportunidades de reconhecimento mútuo, ampliando as possibilidades de participação das pessoas na administração de seus próprios conflitos e melhorando a relação interpessoal por meio de uma comunicação mais efetiva. Pode-se, assim, alcançar a transformação da situação conflituosa estabelecida e também da maneira de tratar os conflitos, dos atores envolvidos, dos direitos que os revestem e do processo de efetivação deles.

4.3 Integração da mediação proposta à saúde

Considerando a existência de diversos modelos e vertentes da mediação, como retratado no capítulo três, importa ressaltar que a aplicação do processo nos diferentes âmbitos sociais e institucionais apresenta distinções, inclusive quanto ao objetivo proposto e ao nível de institucionalização, como se pode observar pelas experiências nacionais apresentadas em tópico anterior.

Não se propõe, com este estudo, um método de resolução de conflitos ao Hospital, mas um processo que permita outros resultados em verdadeira transformação de sujeitos, de vínculos e de realidades. Na concepção de mediação adotada, trata-se, pois, de processo que não se limita à resolução de conflitos, mas volta-se à regulação social, com a melhoria dos vínculos interpessoais e intergrupais.

Conforme já assinalado, a mediação é adequada a situações que envolvam relações continuadas, as quais se verificam amplamente no HC-UFMG entre médicos, pacientes, seus familiares e outros profissionais atuantes na prestação dos serviços de saúde.

Ressalta-se, contudo, que este trabalho propõe e analisa o uso da mediação em contextos de atendimento hospitalar ou ambulatorial, excluído o atendimento de urgência e emergência, uma vez que este agrega outros elementos capazes, inclusive, de relativizar a autonomia do paciente em razão do risco à vida e de suprimir ou postergar a abordagem dialógica entre profissional e usuário. Entretanto, a mediação encontra cenário de aplicabilidade quando, prestado o atendimento urgente ou emergencial, a relação do usuário com a equipe de saúde se prolonga no tempo para continuidade do tratamento.

Importante acautelar também sua aplicação em relações envolvendo pacientes crianças, adolescentes e incapazes²¹. Quando tenham condições de se expressarem por algum meio, é essencial estabelecer o diálogo com esses pacientes e respeitar sua autonomia para a devida construção da relação e do tratamento que considere o paciente de forma ampliada. Nos casos em que não há condições de expressão de vontade, esta escuta e consideração ficam prejudicadas. Todavia, em qualquer das hipóteses, é possível estabelecer um procedimento dialógico com os familiares do paciente ou mesmo com seu representante legal, que deve participar do processo de mediação caso este envolva a tomada de decisões ou realização de acordo com paciente incapaz.

²¹ Nos termos da legislação brasileira, conforme artigos 3º e 4º do Código Civil (Lei nº 10.406/2002), são incapazes para o exercício pessoal de atos da vida civil os menores de 18 (dezoito) anos, os ébrios habituais, os viciados em tóxico, os pródigos e aqueles que, por causa transitória ou permanente, não puderem exprimir sua vontade.

Esclareça-se, como o faz Six [1990]/(2001b), que a mediação é autônoma em relação à negociação e não se confunde com ela nem figura como parte desta, de modo que não pode ser considerada mera facilitadora de negociações até o acordo. Sob uma concepção ampliada da mediação, coerente com aquela aqui adotada, o autor assinala que ela também não se confunde com resolução de conflitos. Embora seja usual associar a mediação a um modo não violento de resolução, isso faz pressupor o conflito e uma perspectiva negativa dele, que o condena como mal ou perturbação a ser suprimido, e ainda reduz o referido processo, porquanto ele não se limita a esse objetivo (SIX, 2001b).

Contemplando a mediação segundo a concepção apresentada, Six (2001b) indica existirem quatro tipos, sendo dois destinados a fazer nascer ou renascer um vínculo ou relação e dois voltados a evitar ou lidar com um conflito. Nesse sentido:

- mediação criativa: aquela que visa criar entre pessoas ou grupos vínculos que não existiam entre eles anteriormente, conexões que beneficiarão ambos;
- a mediação renovadora: aquela que permite melhorar, entre pessoas ou grupos, elos que existiam, mas que estavam distendidos ou se tornaram indiferentes;
- mediação preventiva: aquela que precede um conflito em gestação entre pessoas ou grupos e consegue impedi-lo de irromper;
- mediação curativa: aquela que responde a um conflito existente ajudando as pessoas ou os grupos envolvidos a encontrarem, eles mesmos, por eles mesmos, uma solução. (SIX, 2001b, p. 164, tradução nossa)²².

Ressalta-se que todos os tipos de mediação se destinam a constituir comunicação que inexistente ou está prejudicada entre pessoas ou grupos, em um processo relacional acompanhado por uma terceira pessoa – o mediador – mediante consentimento livre dos envolvidos, que por eles mesmos participarão e decidirão sobre eventuais vínculos, relações ou soluções a serem efetivados entre si (SIX, 2001b, p. 164-165). A prática da mediação, portanto, sobressai ao conflito e se estabelece na necessidade humana de constituir comunicação e ligações.

Para uma adequada utilização da mediação no âmbito da saúde, necessária sua aplicação ampliada, não limitada à resolução de conflitos, mas como instrumento de gestão deles, que impulsiona nos envolvidos emancipação, participação ativa e empoderamento, de

²² - la médiation créatrice: celle qui a pour but de susciter entre des personnes ou des groupes des liens qui n'existaient pas entre eux auparavant, liens qui leur seront bénéfiques aux uns et aux autres;
- la médiation rénovatrice: celle qui permet d'améliorer entre des personnes ou des groupes des liens qui existaient entre eux, mais qui étaient distendus ou devenus indifférents;
- la médiation préventive: celle qui devance un conflit en gestation entre des personnes ou des groupes et réussit à éviter qu'il n'éclate;
- la médiation curative: celle qui répond à un conflit existant en aidant les personnes ou les groupes qui y sont engagés à en trouver, eux-mêmes, par eux-mêmes, une solution.

modo que os sujeitos, com auxílio do mediador, se apropriem de seus conhecimentos e recursos e exerçam sua autonomia, inclusive na definição de ações e na tomada de decisões em face das questões conflituosas.

Sob a perspectiva apresentada, propõe-se a inserção da mediação no meio hospitalar como uma proposta de humanização da prestação do serviço de saúde com vistas à efetivação do direito fundamental à saúde, em sua percepção completa de bem-estar físico, psíquico e social, e à plena execução de uma política pública de saúde de qualidade, com observância dos princípios e das diretrizes que a orientam.

Diante da percepção de que saúde não é ausência de doença, mas integra os aspectos físico, psíquico e social do ser humano, e com a inserção desta concepção na legislação nacional, notadamente na CR/1988, a prestação dos serviços de saúde deve corresponder a este novo paradigma para efetivação do direito, com a humanização das práticas de saúde pelo reconhecimento da pessoa, respeito à sua dignidade e autonomia (ANDRADE, 2007).

Somado ao exposto, necessário ter em vista os princípios da Política Nacional de Humanização apresentados no capítulo dois, concernentes à transversalidade ao estabelecer a comunicação entre profissionais e usuários em conexão e construção conjunta das práticas de saúde, à consonância entre a atenção e a gestão de saúde, à autonomia e ao protagonismo dos sujeitos (BRASIL, 2010).

Para sua efetivação, a PNH tem por diretrizes o acolhimento, a cogestão (ou gestão participativa), a ambiência, a valorização do trabalhador, a clínica ampliada e a defesa dos direitos do usuário (BRASIL, 2013).

O acolhimento consiste em reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde, tratando-se de elemento essencial na relação entre equipes de saúde e entre profissionais e usuários, mormente como valor na construção de relações de confiança e de compromisso. É possível acolher com uma escuta qualificada oferecida pelos profissionais às necessidades do usuário, que permita garantir o acesso oportuno deste às tecnologias adequadas às suas necessidades, ampliando a efetividade das práticas de saúde (BRASIL, 2013).

A cogestão ou gestão participativa corresponde à ampliação tanto das pessoas participantes dos processos de análise e de decisão, como das tarefas da gestão para abarcar a avaliação dos contextos, da política em geral e da saúde em particular, permitindo a formulação e a pactuação de ações, mas também o aprendizado coletivo. Essa diretriz pode

ser efetivada por meio da organização de rodas, enquanto espaços coletivos de diálogo e de trocas que favoreçam mudanças nas práticas de gestão e de atenção (BRASIL, 2013).

A ambiência compreende a criação de espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade, propiciem mudanças no processo de trabalho e sejam lugares de encontro entre as pessoas. Outra diretriz da PNH é a valorização do trabalhador, considerando o que o favorece no exercício de suas atividades, incluindo-o na tomada de decisão e valendo-se de sua capacidade de analisar, definir e qualificar os processos de trabalho (BRASIL, 2013).

A clínica ampliada, por sua vez, é uma abordagem clínica que considere a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença, com atuação diagnóstica e terapêutica não restrita ao saber clínico e epidemiológico, mas atendendo à complexidade biopsíquicosocial das demandas de saúde e das pessoas. Essa diretriz se estabelece como enfrentamento da fragmentação do conhecimento e das ações de saúde e volta-se para a qualificação do diálogo em todos os níveis das relações (BRASIL, 2010).

A diretriz referente à defesa dos direitos dos usuários envolve o reconhecimento dos direitos garantidos a eles por lei, de modo que os serviços de saúde incentivem o conhecimento desses direitos e assegurem que sejam cumpridos em todas as fases do cuidado, desde a recepção até a alta médica.

Considerando o processo de mediação e os resultados por ele promovidos, é possível afirmar que sua aplicação na instituição hospitalar constitui meio para a realização das diretrizes da PNH. Com efeito, a mediação permite que se efetive o acolhimento, ao propiciar o diálogo e o reconhecimento mútuo entre os mediandos, e a gestão participativa, ao proporcionar protagonismo e empoderamento dos envolvidos nas relações de saúde e eventual decisão por si próprios de suas questões.

Em consonância com os objetivos da política em questão, pode-se afirmar, também, a relevância do acolhimento do próprio profissional de saúde sob a diretriz de valorizar o trabalhador, que também apresenta necessidades singulares e legítimas no processo de prestação de serviços de saúde. Além do relevante acolhimento dos usuários (pacientes e familiares), enquanto integrante dos vínculos estabelecidos nos procedimentos de promoção e recuperação da saúde, o profissional e suas próprias questões devem ser levados em consideração nas ações e nos serviços prestados, o que pode ser contemplado por meio da mediação.

Ademais, os canais de diálogo e os vínculos criados ou restabelecidos em processos de mediação permitem trocas de informações e ações cooperativas que favorecem a utilização e a adaptação dos espaços institucionais de acordo com as necessidades dos usuários e dos trabalhadores de cada serviço, relacionando-se a uma melhor ambiência, o que pode aprimorar o trabalho e a prestação em saúde.

Enquanto processo que permite às pessoas envolvidas um novo olhar sobre o outro e sobre os vínculos que com ele mantêm, a mediação possibilita a ampliação da perspectiva e do agir também quanto à assistência e à clínica, reconhecendo-se a complexidade do outro e suas reais necessidades (sobretudo em relação ao paciente), favorecendo a instituição de equipes multiprofissionais e transdisciplinares e a ação conjunta – e protagonista – dos sujeitos implicados no processo de produção de saúde (profissionais e usuários), aspectos esses de efetivação da clínica ampliada (BRASIL, 2010).

A qualificação do diálogo e da relação pela mediação tanto entre os profissionais de saúde envolvidos no tratamento quanto destes com o paciente e sua família possibilita decisões compartilhadas e compromissadas com a autonomia e a saúde dos usuários do SUS, com o direito à saúde em sentido ampliado e com as garantias asseguradas pela política de saúde.

Sales e Andrade (2005) destacam três perspectivas da implementação desse método no âmbito hospitalar. A primeira delas está presente em nível do paciente e de seus familiares, tendo em vista que a relação médico-paciente baseia-se, fundamentalmente, na confiança e no respeito mútuos e na manutenção do diálogo, que também envolve os acompanhantes do enfermo. A segunda é que a mediação pode proporcionar a gestão de conflitos entre os diversos profissionais envolvidos no meio médico-hospitalar, possibilitando a atuação colaborativa, respeitosa e pacífica de todos, mesmo após eventual ocorrência de um conflito. Uma terceira perspectiva é de nível organizacional, pela qual a mediação pode ser vetor de mudança comportamental, fazendo com que os agentes envolvidos em um conflito sejam mais ativos e conscientes na gestão e superação de suas dificuldades, favorecendo inclusive a boa relação entre os diversos indivíduos. Ressalte-se, ainda, que a mediação pode se mostrar como espaço intermediário de encontro e de comunicação entre o paciente e a instituição de saúde.

Portanto, a busca por uma prestação do serviço de saúde que esteja comprometida com questões que ultrapassam as enfermidades físicas importa em diligenciar por uma abordagem adequada das relações e dos eventuais conflitos no âmbito da saúde. Dessa forma, a mediação se apresenta como um instrumento de auxílio nesta prática da saúde, que prioriza o indivíduo

e a qualidade das relações, uma vez que estimula a participação ativa, a consciência da realidade, o reconhecimento do outro e a atuação cooperativa. Nessa conjuntura, as pessoas neste meio podem criar, fortalecer e manter vínculos e confiança, a despeito de eventuais situações adversas. Tendo isso em vista, será apresentada a seguir a mediação apropriada ao HC-UFMG, considerando os conflitos verificados na Instituição e os meios já existentes para abordagem deles.

5 MEDIAÇÃO ADEQUADA AO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG

A mediação, enquanto processo que não está limitado ao conflito e se estabelece na necessidade humana de constituir comunicação e ligações, é adequada a situações que envolvam relações continuadas e vínculos interpessoais ou intergrupais, o que se verifica nas instituições hospitalares entre profissionais da saúde e usuários do sistema. Todavia, a prática da mediação não pode se dar de forma indistinta, com a simples transposição de seu processo de outros campos para o âmbito da saúde. Impõe-se que seja ajustada ao contexto e às relações em que será aplicada.

Para o estabelecimento dos parâmetros e dos elementos essenciais a um processo de mediação apropriado ao HC-UFMG, hábil à promoção dos resultados e objetivos apresentados anteriormente, fundamental analisar sua conjuntura estrutural e humana. Para obter a realidade do HC-UFMG e conhecer sua condição e organização institucional, as características e as necessidades específicas das pessoas e dos vínculos presentes nessa Instituição e os meios existentes para o tratamento de eventuais situações conflituosas, foram realizadas entrevistas com profissionais do Hospital.

Em observância à Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG²³. Para o atendimento dos fundamentos éticos e científicos pertinentes às pesquisas envolvendo seres humanos, foi obtido o consentimento livre e esclarecido de todos os entrevistados, registrado em termo próprio²⁴. Esta pesquisa também recebeu aprovação da Gerência de Ensino e Pesquisa do HC-UFMG para seu desenvolvimento no âmbito da Instituição hospitalar²⁵.

Realizaram-se entrevistas semiestruturadas, orientadas por um roteiro com perguntas principais²⁶, e complementadas por outras questões relativas às circunstâncias momentâneas e específicas de cada entrevista, para melhor compreensão e obtenção de dados sobre o tema analisado. O tipo de entrevista adotado permite a expressão de informações e de esclarecimentos de forma livre e propicia que sejam dadas respostas não condicionadas a uma padronização de alternativas (MANZINI, 1990/1991).

²³ O termo de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG consta no Anexo A, aprovação esta que se deu, a princípio, sob o título “Tratamento de conflitos: pensando a mediação e sua adequação ao Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais”.

²⁴ O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para realização das entrevistas consta no Apêndice D.

²⁵ O termo de aprovação da realização da pesquisa no âmbito do HC-UFMG pela Gerência de Ensino e Pesquisa do HC-UFMG consta no Anexo B.

²⁶ Os roteiros das entrevistas semiestruturadas realizadas com profissionais do HC-UFMG constam nos apêndices deste trabalho, sendo o roteiro do Apêndice A referente aos médicos, Apêndice B a outros profissionais da saúde e Apêndice C a porteiros e recepcionistas.

As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas, segundo consentido pelos entrevistados. O conteúdo delas encontra-se em excertos apresentados e analisados ao longo deste capítulo. Registra-se que alguns trechos e informações das entrevistas foram suprimidos para assegurar que o entrevistado permaneça não identificado, inclusive com a padronização dos termos no gênero masculino.

O público entrevistado foi organizado, segundo a atividade exercida no HC-UFMG, compondo três grupos: porteiros e recepcionistas, médicos, profissionais da saúde. Este último grupo é integrado pelos profissionais não médicos que participam dos serviços relacionados à assistência à saúde na Instituição. Tendo em vista que cada grupo atua em diferentes âmbitos no Hospital e desempenha funções distintas, foi utilizado um roteiro de perguntas específico a cada um.

Foram realizadas 46 entrevistas, sendo 8 com médicos, 21 com profissionais da saúde, 9 com porteiros e 8 com recepcionistas. Entre os médicos entrevistados estão profissionais atuantes nas seguintes especialidades: Clínica Geral, Infectologia, Hematologia Pediátrica, Oncologia, Neurologia, Pediatria, Terapia Intensiva Pediátrica. Quanto aos profissionais da saúde, foram entrevistados assistente social, enfermeiro, fisioterapeuta, funcionário de setor administrativo, psicólogo, técnico de enfermagem e terapeuta ocupacional.

Considerando as informações e os dados obtidos com as entrevistas, passa-se à abordagem dos conflitos verificados no HC-UFMG, para uma melhor caracterização do âmbito de aplicação da mediação e dos parâmetros para sua prática na Instituição.

5.1 Conflitos no Hospital das Clínicas da UFMG e suas particularidades

Consoante manifesta Six (2001a), toda passagem pelo hospital, mesmo benigna e breve, evoca, em algum grau, para o paciente e para os do seu vínculo social, a sombra trazida pela morte. Entrar em um hospital para uma consulta, exame ou intervenção pré-definida, suscita o questionamento do que se está para descobrir, sua repercussão e prognóstico, quadro em que a doença e a morte estão na linha do horizonte.

As informações fornecidas pelos entrevistados permitem identificar que a Portaria e as Recepções do HC-UFMG são setores onde são recorrentes o surgimento de conflitos e a ocorrência de desavenças graves. Enquanto via de acesso físico aos espaços e serviços do Hospital, são locais de presença e passagem de todos os profissionais e os usuários.

Os serviços de portaria e recepção estão localizados no prédio central do HC-UFMG e em seus anexos, que incluem os ambulatórios, e lidam com o acesso de todas as pessoas à Instituição, sendo paciente, acompanhante, visitante, servidor (médico ou não), terceirizado, acadêmico, residente, prestador de serviço, profissional convidado e outros.

O prédio central possui guichês específicos para exames e consulta, para acompanhante e visitante, para “administrativo”, englobando funcionários e externos, além de um atendimento específico para internação. O acesso se dá pela passagem em catracas, após a devida identificação da pessoa ao funcionário da portaria, que fará a conferência do documento para acesso (crachá).

Segundo relatado pelos entrevistados funcionários de Portaria e Recepção, é recorrente que o paciente compareça ao Hospital sem portar documento entregue pelo médico com dados sobre o exame, a consulta ou outro procedimento que será feito na Instituição, ou mesmo desconhecendo referidas informações. Sobre a questão, também ocorrem situações em que o documento que o usuário possui não indica com precisão o setor para onde ele deve se dirigir, sendo recorrente que conste no documento entregue para consultas e procedimentos a serem realizados em ambulatório apenas o endereço do prédio central do HC-UFMG, gerando dificuldade na localização pelo paciente.

Nesse sentido, para exemplificar o exposto, confira-se:

[...] o médico não dá a ele um papel, nem nada, só fala pra ele vir, aí não deixa nada marcado pra ele, aí ele fica meio exaltado, porque não tem nada, a gente não tem como liberar, aí ele fica um pouquinho nervoso. [...] Mas, o que eu faço, é isso mesmo que eu te falei, eu tento localizar no setor, eu pergunto: “A senhora trata de quê?”, “Ah é gastro”, aí eu tento olhar no segundo andar, pra ver se é alguma coisa lá. [...] Tem muita coisa de ambulatório. Assim, por exemplo, consulta, aí sempre colocam o endereço daqui da central. Aí a pessoa pega aquela fila enorme. Aí, quando chega lá: “Ah senhora, tem que ir lá no ambulatório, é que colocaram o endereço daqui”, não colocou do ambulatório, né? E consulta, essas coisas sempre em ambulatório, retorno. Eles têm um pouquinho de dificuldade nisso. Mas, a maioria mesmo é por causa do endereço mesmo porque tudo coloca o central aqui. Aí todo mundo vem pra cá, tá Alfredo Balela 110. Todo mundo vem pra cá. Aí é só questão de endereço mesmo. É só direcionar [a pessoa]. (PORTEIRO 1).

Muitas das vezes, quando eles vêm, pra fazer, procurar por algum exame, tem algum exame ou consulta marcada, e tão mais ou menos, sem informação... porque às vezes receberam foi ligação, não lembram o nome de quem ligou, qual consulta. Então, aí a gente tem que procurar todos os cantos, tentar achar, onde é que esse paciente tem essa consulta ou esse exame. [...] ele [o paciente] tem, às vezes, ele vem tá marcado, ligaram pra ele e falaram, que ele tem, vamos dizer, caso de cirurgia. Ele tem uma cirurgia marcada, recebeu um telefonema, aí muita das vezes, ele não lembra o nome ou ele não sabe o nome, aí a gente tem que ir ligar pra internação. A internação, às vezes, alguns casos, ela não tem ciência desse paciente, o paciente tem que aguardar, aguarda, aguarda, até que eles entrem em contato com o médico daquela especialidade que às vezes o paciente, a especialidade é o que eles sempre chegam falando: “Ó, eu tenho problema disso” e aí a gente tenta achar o médico daquela

especialidade, pra saber se realmente tem cirurgia marcada pra ele. Aí às vezes, a gente também tem que intermediar, aí às vezes a internação fala: “Olha, a gente não tem nada”, então, aí às vezes, a gente tem que procurar, ligar, procurar por esse médico nessas especialidades e ver porque muita das vezes, nem era a cirurgia naquele dia, ele teria uma pré consulta, pra autorização da cirurgia. E às vezes, nem seria nesse prédio principal, seria naquela especialidade, mas nos ambulatórios. Uma consulta pra autorizar a cirurgia. Se a internação falou: “Não tem nada”. Então, a gente já tem que tentar procurar ele e encontrar solução pro paciente. [...]. Olha, até a gente... muitas das vezes até encontrar, pode ser, que já passou o horário da consulta do paciente, perdeu a consulta, aí a gente encaminha ele pra lá pra remarcar a consulta dele. E tem vezes que, já chegou, já peguei casos de não conseguir achar ninguém porque muitas das vezes era até residente, que tava, às vezes, era até pesquisa, nem era internação ou consulta, então o próprio residente ligou, fez e aí ninguém conhece direito residente, então. Acaba que eles perdem. [...]. Aí, os médicos pedem pra vim, às vezes, não marcam, não deixam nada agendado nas secretarias, simplesmente ele com o paciente fala: “Ó você vem tal dia”, o paciente veio: “O médico falou, que eu tenho que vir tal dia”, chega aqui, nem a secretaria do... às vezes, quando eles têm um local específico aqui, não sabe de nada, aí o paciente tem que aguardar, às vezes, eles entraram em contato com o médico, pra saber, se realmente tem algo marcado pra aquele paciente. Então, os médicos, eles deixam a vida do paciente, assim, um pouco meio confusa, sabe? Bastante... a nossa demais também. [...]. Então, é... e também tem vezes que eles mandam o próprio papel daqui, aí a pessoa vê que cancelaram a consulta, aí fala, quando for remarcar, a gente te liga, aí liga pra pessoa, a pessoa no próprio papelzinho risca lá e ele mesmo com a própria letra, coloca a data e o horário. Quando é assim também, a gente tem uma certa dificuldade, se a gente faz a liberação, devido aquele papel ou, se a gente tem que ligar no setor, como a gente não tem nada, nenhuma prévia de que ele tem aquilo, aquela consulta, aí às vezes, quanto a rasura, a gente liga no andar, né? Pra saber, se a gente pode liberar aquele paciente com tal informação. (RECEPCIONISTA 1).

Ainda relacionado à Portaria, especialmente do prédio central, foram descritos alguns poucos casos de dificuldades com pacientes que, embora sem concluir todos os procedimentos para o recebimento de alta, insistem em querer sair do Hospital, por terem condição de deslocamento sem necessidade de apoio ou cadeira de rodas. Segundo descrito pelo Recepcionista 1, atuante no setor de Portaria do prédio central, a principal medida adotada é o diálogo com o paciente, às vezes com participação do funcionário da Enfermagem, esclarecendo a ele as providências necessárias para formalização da alta e as restrições institucionais de saída.

Foi narrado pelos porteiros e recepcionistas ser recorrente também o caso de pacientes e de acompanhantes que chegam ao HC-UFGM sem documento pessoal. Em regra, não é possível o acesso ao Hospital sem referida documentação. Contudo, no caso específico de pacientes, especialmente em razão da condição de alguns que se deslocam de locais distantes e de cidades do interior de Minas Gerais para a realização de exames e de consultas, algumas medidas administrativas são realizadas. Os funcionários da Portaria ou da Recepção contatam o setor de destino do paciente, a coordenação do setor ou o médico responsável pelo tratamento, se necessário, para que, segundo os registros por eles mantidos acerca do usuário,

possam liberar o acesso do paciente. O esforço se dá no sentido de que o paciente não perca o horário agendado em razão do esquecimento de seus documentos pessoais. Contudo, se não existe registro na Instituição hábil à identificação do paciente ou se por outra razão o setor para o qual ele se dirige o paciente não concede a liberação de acesso, o acesso ao Hospital fica impossibilitado.

Além do usuário paciente, o HC-UFMG recebe acompanhantes para os pacientes internados, contexto em que crianças, adolescentes, mulheres em trabalho de parto, maiores de 60 anos e portadores de necessidades especiais têm direito a um acompanhante, que obrigatoriamente deve estar de posse de sua autorização. O assistente social e/ou a enfermeira do andar em que o paciente se encontra no Hospital são os profissionais de referência para fornecimento da autorização e das orientações necessárias aos acompanhantes sobre como proceder pelas normas e rotinas internas da Instituição (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, 2018).

Em relação aos acompanhantes, foram descritas pelos porteiros e recepcionistas entrevistados dificuldades geradas pelo fato de o acompanhante ou o visitante não ser orientado sobre as normas do Hospital ou, apesar de orientado, não compreendê-las ou não obedecê-las. Sobre a questão, confirmam-se alguns exemplos narrados em entrevista:

Eles [familiares e acompanhantes] não entendem muito, assim, as normas. Eles não querem aceitar muito as normas. Mas isso é porque também tão preocupado, pensando, essas coisas assim. Eles ficam um pouco exaltados, mas é mais questão de normas mesmo, assim, norma de setor. Por exemplo, você só pode entrar de dez às onze na maternidade. Eles não aceitam isso. O acompanhante quer entrar o horário inteiro, mas aí, a norma não é nossa, né? A norma é do andar, eles costumam pra entender esse tipo de coisa. E troca também de acompanhante, assim, “Ah troca é aqui embaixo”, aí eles querem subir pra trocar lá em cima. [...]. Assim... a maioria fala que não foi explicado [a ele a norma], né? Mas, quando eles fazem internação, eles ganham um panfleto, explicando tudo. É questão de ler mesmo, porque a maioria não lê. A maioria também é do interior, alguns não sabem ler. Eu acho que deveria ter alguém no setor, assim, na internação do segundo andar e explicar: “Olha você tem que fazer isso, pegar uma autorização, tal”, mas acho que não tem uma pessoa, assim, que explique eles no andar, não tem não. (PORTEIRO 1).

[...] igual aquele dia de visita, né? Uma visita subiu. Aí como são 4 visitas por dia [por paciente], uma de cada vez, é um rodízio. Aí tem que aguardar uma descer, pra outra poder subir. Aí a pessoa que subiu esqueceu que tem outras pra subir. Ela acha que a visita é só dela. Eles quer porque quer que a gente ligu, mas não tem como a gente ligu. Eles querem porque querem que a gente ligu, pra pedir pra visita descer, mas no leito não tem telefone, a gente não tem contato. Isso aí é um problema grave. “Moço, já desceu?”, “Moço, tem como ligu lá?”, “A gente não ligu senhor, tem que aguardar quem tá lá descer”, “Nossa, mas tá demorando demais, aí fica”. [...]. Acompanhante estressado porque né? Paciente já tá internado, aí pede pra pegar autorização de acompanhante, que todos os pacientes têm, aí a pessoa não gosta, “Ah, mas ele já tem 70 anos, ele tem direito”, “Tem senhora, mas tem que ter autorização aqui na pasta porque é o nosso controle, que não sei o quê”. (PORTEIRO 2).

Quando eles querem, eles acham que eles precisam de conversar com o médico, pode ser qualquer horário, eles querem entrar qualquer horário. O acompanhante, se eles não têm autorização pra entrar, eles questionam muito, eles são assim, eles querem que aconteça da forma deles, no horário deles, brigam bastante. Então, assim, é difícil. O acompanhante em si, ele é muito difícil, lidar com o paciente é até mais fácil do que com o acompanhante. O acompanhante, ele é exigente, ele, por exemplo, igual na entrada da visita, eles querem sempre, é um por vez, eles querem sempre que entre dois por vez. E sempre no horário, pode ter acabado o horário, mas eles querem entrar e muitas das vezes, a gente tem que ligar no setor porque eles, às vezes, quando eles informam que o paciente tá em caso terminal ou a situação não tá muito boa, aí a gente liga no andar, né? Verifica se as informações bate, pra poder tentar facilitar a liberação dele fora do horário. E... aí quanto a documento de identidade, né? Por exemplo, que eles muitas das vezes não vêm com o documento pra fazer visita ou pra acompanhar, então esse também é um caso muito difícil porque às vezes a gente vê que o paciente é um paciente muito idoso, às vezes, um paciente de uma área em que realmente ele necessita de um acompanhamento, aí o acompanhante vem, sem documentação nenhuma e aí, ele usa “Não, mas eu preciso porque o paciente é muito idoso, paciente precisa”, a gente tem que intermediar com a enfermagem, pra saber, se aquela pessoa, às vezes, já até acompanhou o paciente, se eles têm noção, se a gente pode fazer a liberação dele e tudo, sem o documento, né? E eles são... um pouco difíceis, é. (RECEPCIONISTA 1).

Além do exposto, foram descritos pelos entrevistados problemas em Portaria, especialmente no prédio central, referente à resistência de alguns funcionários (médicos ou outros profissionais da saúde) em apresentar crachá necessário ao acesso à Instituição. Em caso de esquecimento do crachá pelo funcionário do Hospital, ele deve se identificar no guichê da Portaria para obter a liberação do acesso. Caso se trate de médico em visita ao HC-UFMG, ele deve igualmente se identificar no guichê para que seu acesso seja autorizado. Contudo, alguns profissionais não reagem bem à orientação, gerando conflitos:

Funcionário não gosta de usar crachá, funcionário não gosta de ser cobrado, né? [Faz] 30 anos que eu trabalho nessa instituição, você não me conhece. Vai essas coisas assim. Mas o normal mesmo de funcionário. Principalmente os mais antigos, né? Que eles acham que todo mundo tem que conhecer eles. Tem 30 anos na instituição, então todo mundo tem que conhecer porque eles não precisam de crachá, que eles não precisam mostrar identidade. Questão de norma, todos sabem que é a norma, mas ninguém quer cumprir, né? (PORTEIRO 1).

E a dificuldade maior é quando porteiro dá falta de educação de alguns funcionários, principalmente na hora de apresentar identificação pra adentrar nas catracas. Eu já tive muito esse problema e os porteiros ainda têm, os funcionários, eles não respeitam os porteiros, não tem respeito algum. Eles acham porque trabalham aqui há 20, 30 anos, eles... você deveria de conhecer ele e deveria de aceitar ele entrar, sem te mostrar o crachá porque ele trabalha aqui há 30 anos, passa ali toda hora, não é possível que você não lembra, não reconhece aquele funcionário. Então, a gente esse [...] tipo de funcionário, que não... às vezes, médico, enfermeiro, outro qualquer funcionário. (RECEPCIONISTA 1).

Da mesma forma, alguns médicos – visitantes ou funcionários do HC-UFMG – também se negam a seguir a orientação de identificação, causando atritos na Portaria:

O médico é meio difícil, né? [risos] Médico é questão assim, eles não gostam de mostrar crachá, eles não gostam, você barre pra nada, entendeu? Eles chegam e falam: “Ah eu sou médico”. Não é assim, aqui a gente não pode só porque simplesmente ele é médico, a gente liberar pra subir, o setor tem que autorizar ele, eles não entendem isso porque são médicos podem entrar, que é uma lei que eles podem entrar onde eles quiserem. Mas cada instituição tem a sua norma, né? Aí é meio difícil nessa questão também. (PORTEIRO 1).

Não generalizando. Alguns, né? Acha que porque eles são médicos, eles são donos do hospital. A visita médica. A gente pergunta a liberação. Como eles têm livre acesso ao hospital, a gente comunica ao setor só que ele tá entrando, a gente não pede autorização. A gente comunica que tô aqui fora com o médico assim, assim e assim. Se for pra leito de paciente, por exemplo, ele tá indo no leito da paciente tal ponto, aí eu coloco lá o nome da pessoa que atendeu o telefone, que ela tá ciente, que ele tá subindo. [...]. Isso. Agora, se for médico que veio acompanhar uma cirurgia no bloco, a gente comunica com o bloco cirúrgico, por exemplo, eles liberam. Se é pra uma reunião, geralmente as reuniões já ficam no computador. A gente sabe as reuniões que tão, então, só registra e libera, né? Apresentando o CRM. [...]. Se ele vai no leito de paciente, a gente liga, comunica o setor, que ele tá subindo, só comunica e, agora, se ele vai pra acompanhar cirurgia ou algum médico em alguma coisa, um procedimento, a gente só comunica com o bloco cirúrgico também, a liberação é feita rápido. Eles têm livre acesso ao hospital, mas tem que comunicar. Acontece [a comunicação], a gente consegue falar, aí entra que eles perdem a paciência, “Mas nunca vi médico, médico não precisa disso, médico tem liberação no hospital”, “Tem, mas a gente precisa comunicar”, aí comunica no setor e libera. (PORTEIRO 2).

Em outros âmbitos do Hospital, alguns entrevistados relataram, ainda, que às vezes surgem conflitos com o usuário em razão de atraso na consulta ou no exame que estavam marcados, atraso em resultados de exames ou atraso e alteração em procedimentos próprios ao paciente internado, desde intervenções médicas ou de outras especialidades até nutrição ou banho do paciente.

Somado ao exposto, verifica-se, pelos esclarecimentos obtidos em entrevista, que algumas situações conflituosas sobre aspectos socioeconômicos e familiares têm ressonância na relação de cuidado com a saúde, na continuidade do tratamento e nas relações interpessoais com a equipe de saúde, embora não se trate de um conflito emergente do encontro com o profissional da saúde propriamente dito. São conflitos concernentes a causas externas ao próprio HC-UFMG, como ausência de condição financeira do paciente e de seus familiares para providências necessárias ao tratamento, deficiências na rede social de apoio do paciente ou da rede pública de saúde para atendimento às demandas de cuidado externas ao Hospital. Sobre isso, alguns entrevistados relataram:

[...] [no ambulatório] principalmente a dificuldade é nível social dos pacientes, sabe? Você abordar coisas que não tem como resolver, por motivos que não são médicos,

né? Então, você passa remédio, o cara não tem como comprar ou não entende direito, às vezes dificulta muito, lá mais isso, sabe? (MÉDICO 1).

O problema é do paciente para a rede de cuidado, quando ele tá fora do hospital porque a rede não tá completa, especialmente, quando ele é de fora do município de Belo Horizonte e o problema dele, para o domicílio, onde a gente não consegue às vezes, resolver os problemas, os conflitos internos, familiares, são coisas, que a gente não consegue intervir, isso às vezes interfere no cuidado do próprio paciente. [...]. E muitas vezes, esse negócio é um pouco frustrante porque às vezes o SUS fornece o tratamento e, às vezes, a gente não consegue oferecer o tratamento do paciente, por questões da dinâmica interna do paciente dentro da família ou por questões sociais de entendimento. Porque o tratamento, às vezes, precisa ser muito bem controlado, precisa fazer exames com regularidade, a gente opta às vezes por iniciar um tratamento que possa talvez trazer malefício pro paciente, se ele não fizer o tratamento direito, a gente opta às vezes por não fazer isso muitas vezes porque esse ambiente não oferece... a gente não fica seguro de passar o tratamento, a gente fica com medo do paciente não dar continuidade ao tratamento de forma satisfatória. [...]. Mas tem vezes em que a restrição social, a restrição de educação interfere tanto na capacidade do paciente de cuidar de si mesmo, na capacidade do cuidador de cuidar do paciente, que a gente opta não iniciar os tratamentos que a gente iniciaria em outras condições, acaba sendo restrito. [...]. Mas pra essa outra questão, isso depende muito da onde que o paciente tá e do suporte que ele tem no posto de saúde, na equipe de medicina da família da região dele. Às vezes, a equipe é muito bem estruturada, então os agentes comunitários vão com muita frequência, atendem, o médico faz visitas com muita frequência. Outras vezes, a equipe tá completamente desestruturada e o paciente não tem. Mas, ele consegue isso na rede, principalmente, se ele for de Belo Horizonte e, se ele der sorte de tá numa equipe boa, uma equipe que tá bem montada, sabe? Que tá tudo tranquilo e funcionando direito. Mas é difícil, essa parte é difícil, reabilitação dos nossos pacientes especificamente fora do hospital é muito complicado, muito... eles não conseguem, não consegue porque o SUS não fornece de maneira satisfatória, né? (MÉDICO 4).

Eu acho que muitas vezes, os familiares não tão presentes no início do tratamento e começam a acompanhar só quando o caso realmente se torna muito grave. Então, isso dificulta entender, como que chegou num ponto, às vezes, de uma doença incurável, isso é um ponto muito importante, às vezes, interesses secundários da família mais importantes do que os interesses médicos, não que não sejam importantes, mas, às vezes, o familiar só comparece, quando tem que pedir um relatório, pra uma perícia, pro INSS ou quer que a gente ateste alguma capacidade ou incapacidade mental. Então, eu acho que às vezes, a dificuldade com pacientes também surge muito de como é estabelecida a dinâmica familiar, a gente tem muito paciente alcoólatra, tabagista e, que às vezes, já tem uma relação difícil com a família e isso reflete na gente aqui no paciente, que tá mais desassistido pela família, isso é muito comum. [...]. É difícil porque as nossas consultas, os nossos ambulatorios é muito cheio, a gente tem muito problema médico pra resolver e resolver conflitos familiares, que não ligados à doença fica muito além do que eu consigo oferecer. [...]. Às vezes, grande parte da nossa consulta é consumida por problemas administrativos, isso não é ruim só pra mim, mas pro doente, principalmente pro doente. (MÉDICO 7).

Muitos ficam desacompanhados o que torna difícil a nossa abordagem, por exemplo, assim, te dar um exemplo, o paciente está [...] ele não conseguiu falar, porque não sai o som da voz, ele desacompanhado muitas vezes a gente questiona alguma coisa, pergunta alguma coisa, ele fica ansioso que quer falar e ele não consegue, ele está sozinho e não tem ninguém ali para representar. Então tenta falar mais rápido a gente não consegui, tem que pedir para acalmar, falar mais devagar. Isso é uma coisa que eu acho que gera dificuldade. E outra coisa do estar desacompanhado é a evolução da fisioterapia motora não tem ninguém para nós ajudar a colocar sentado e permanecer sentado. E enfermagem não tem tempo para ficar ali olhando se está tudo bem, se o paciente está caindo ou se não está. Dificuldade de ter o familiar

junto ali. Tem muitos casos que a gente encontra o paciente sozinho. (PROFISSIONAL 12).

Atual, a maior dificuldade que nós temos é a complexidade que esse paciente traz para nós para dentro do hospital para lidar com a questão social dele. Vou te clarear um pouquinho nisso. Diversas questões que chegam até hospital agravadas por uma doença, [...]. A pessoa vem por causa da doença do filho e aí junto com ela vem todo esse histórico que, obviamente, ela tem de vida. Várias questões são detectadas a partir do acolhimento; a partir da atuação do Serviço Social em que elas foram negligenciadas pela atenção básica da saúde, atenção básica da assistência, instituições que fazem a proteção da criança, a família, a mulher... né? Então, diversos problemas que a gente percebe, como: você imagina uma criança com doença crônica, ela exige cuidados, às vezes, muito específicos e o nível do grau de exigência desses cuidados muito alto, em que o contexto social, econômico, psicológico, dessa família gera um conflito muito grande com relação à necessidade desse paciente. [...] essa complexidade que vem de fora para dentro, que em muitos momentos, a sociedade, a família, a sociedade não organizada, a sociedade organizada e as instituições públicas não conseguiram auxiliar em termos de preparar essa família ou dar condições para essa família, prover aquilo que ela necessitava. Aí, chega aqui com essa ausência. Então esse é um dos maiores conflitos que a gente lida aqui hoje: é o agravamento da questão social lá fora, expressando no cuidado da saúde aqui, dessa relação saúde-doença dentro do hospital. [...]. Mas, você lida com esse conflito permanente, de cultura, de necessidades materiais, de vulnerabilidades sociais, de questões psicológicas, pais com transtornos psiquiátricos, que influenciam de forma direta no tratamento da criança; porque se ele não se trata, a criança corre risco, né; crianças que são institucionalizadas, aonde a família muitas vezes sabe que ela está institucionalizada, pede para vir, né...porque estão sendo acompanhadas, não existe ainda destituição do poder familiar. (PROFISSIONAL 16).

A despeito das dificuldades geradas, segundo relatado pelos entrevistados, os profissionais da Instituição também intervêm sobre alguns desses aspectos, acionando as mencionadas redes e intermediando o estabelecimento de formas de agir que assegurem o cuidado do paciente.

Foram destacadas em entrevista, especialmente na área da Oncologia, dificuldades geradas por uma expectativa superestimada do paciente e de seus familiares no tratamento ou no médico, sob uma convicção de que serão capazes de solucionar toda a doença e restaurar a saúde, a despeito das condições e da gravidade. Nesse sentido:

Às vezes, uma crença superestimada em benefício do tratamento, eu acho que isso às vezes é difícil, sabe? É difícil romper, a pessoa entende, que... engraçado, parece que ela paga o pressuposto que a vida é infinita e, que a morte é um negócio, que aconteceu de maneira súbita e não planejada, sendo que a única certeza que a gente tem é a morte, ainda mais lidando com pacientes com câncer, né? [...]. [...] isso gera muito desconforto assim porque às vezes a pessoa tem mais expectativa do que a medicina consegue oferecer e aí, as esperanças são maiores, às vezes, você quase acaba fazendo, você tem que tentar não fazer tratamento fútil. [...]. Então, esse conflito aí direto com o paciente, eu acho que é a base, decorrente dele, eu acho que a gente consegue enumerar outros, tipo, já que o cara não enxerga a gravidade da doença dele ou, né? Do pai, da mãe, do filho, que tão ali próximos, né? Tem uma crença muito grande em tratamentos, né? Então, às vezes, isso que eu já te falei assim, tratamento que o SUS não cobre. [...]. [...] essa crença hiper estimada e

otimista, vamos falar assim, acho que isso é a coisa mais difícil assim, na nossa vivência de oncologia, a maioria dos pacientes graves. (MÉDICO 6).

Mas, a demanda maior, a maior dificuldade que a gente tem de lidar com família é justamente todas as expectativas, todas as idealizações de tratamento, todas as frustrações, todas as questões materiais, ausência e, às vezes, até não ausência, quando a família de classe média vem pra cá porque aqui é o único lugar que pode tratar a doença daquela criança, doença rara. Não existe lugar no Brasil que trata aquela doença, é aqui. (PROFISSIONAL 16).

Outro fator gerador de dificuldade relatado foi a falta de estrutura para a prestação de um atendimento de qualidade. Foram descritas situações de falta de materiais ou de medicamentos, falta de vagas e carências de equipamentos e de recursos humanos. É reconhecido ser uma questão pertinente especialmente à política de saúde, à infraestrutura do SUS e aos aspectos financeiros relacionados à ampliação e à estruturação dos serviços de saúde.

No Pronto Atendimento do HC-UFMG, considerando o grande volume de pacientes e as muitas demandas, é usual a ocorrência de conflitos em razão da ausência de vagas ou de estrutura física ou humana para o atendimento, com falta de macas para atendimento, superlotação do serviço e atendimento em poltronas. Ademais, há determinadas doenças e quadros que não são tratados em outras instituições do sistema de saúde ou que têm o HC-UFMG como referência de atendimento, por tratar-se de Hospital de referência no sistema municipal e estadual de saúde para atendimento aos pacientes portadores de patologias de média e alta complexidade.

Nesse sentido, citam-se os seguintes exemplos:

[...] a gente tem enfrentado falta de muita coisa no hospital. Então, às vezes, falta um medicamento, falta um exame ou a gente pede um exame, o hospital, não faz no hospital, vai fazer num laboratório externo e demora. Ou, às vezes, precisa de uma vaga, pra internar e não tem, tem que esperar, né? Paciente, às vezes, tem que esperar alguns dias, pra internar. Então, essas coisas, às vezes, que foge um pouco do alcance do médico de resolver, né? (MÉDICO 3).

Eu acho que gera muita ansiedade na gente, a questão da falta de infraestrutura é um problema, que incomoda o paciente, mas incomoda a gente porque às vezes, a gente não tem a condição de atendimento ideal e me deixa muito triste, às vezes, um pronto socorro lotado, um paciente fragilizado, sentado numa cadeira, sem até ter uma maca adequada e confortável e essas questões administrativas de fluxo de paciente, de regulação do SUS, que às vezes, eu gasto muito tempo e muito esforço mental pra tentar resolver questões, que não são médicas. Então, às vezes, a gente se sente um pouco frustrada. (MÉDICO 7).

Porque a primeira dificuldade parece até bobeira, mas é a questão de poltrona. Não tem poltrona para todos os acompanhantes, isso é uma coisa que gera conflito aqui toda semana. A gente entende a necessidade de estar acompanhando o paciente no momento fragilizado, precisa de conforto. Mas não tem, então não tem como eu

providenciar, isso foge da minha alçada. Mas geralmente as pessoas não entendem, e passam essa demanda para mim. [...]. Então essa questão da cobrança além das nossas limitações... Acho que o maior problema é a questão de estrutura, a queixa deles. Às vezes queixa de quantidade de profissional, a demanda que eles têm, que é o que a gente gostaria de atender, não é possível de fazer pelo quantitativo de profissional que geralmente a gente tem. Então eles querem uma atenção maior do que a gente consegue dar. (PROFISSIONAL 8).

Falta de material também. Falta de material aqui do hospital mesmo tem algumas fases que faltam algumas coisas. Sabe? Cama para troca, às vezes tem que esperar alguma licitação nova aparecer ou às vezes o que foi licitado não é bom. Acontece muito isso. Recursos mesmo assim de fisioterapia, material e equipamento para gente usar, muita coisa. Então a gente usa é mão, braço mesmo. Mais manual. Porque assim às vezes não tem como fazer higiene desses materiais. [...]. A gente usa o que tem, né? Por exemplo, não tem sonda de aspiração, a gente pega uretral. Acabou a uretral, a gente pega a gástrica. Acabou a gástrica, a gente uma retal. E assim vai. Não é o ideal, mas a assistência tem que ser dada, né? (PROFISSIONAL 12).

Também foram destacados pelos médicos e pelos profissionais da saúde entrevistados conflitos relacionados à indisponibilidade de exames ou de tratamentos, porventura indicados e adequados a um paciente, mas inacessíveis por meio do HC-UFGM ou da rede pública de saúde. Nesse sentido, confirmam-se algumas situações citadas:

[...] eu acho que o que talvez tenha conflito muitas vezes e que incomoda é, quando você precisa de algum exame complementar, que o hospital não tenha, um exame caro, eventualmente e, que a gente não, né? Isso é uma situação, que você tem que abrir o jogo pro paciente, falar: “Olha, infelizmente esse é um exame, que não é feito aqui, pode ser feito no laboratório X, na clínica Y, custa tanto e a gente tenta ver, se é possível, né?” (MÉDICO 2).

A gente não consegue e outras vezes há tratamentos melhores e a questão financeira impede, mas a gente consegue na maior parte das vezes contornar essa questão com tratamentos que estão disponíveis dentro do SUS, que são talvez um pouco inferiores, mas a gente consegue contornar na maior parte das vezes. Mas têm horas que a questão financeira interfere um pouquinho também, que a gente acaba tendo que usar um tratamento aquém do que seria o ótimo, por questão do paciente não ter acesso de comprar e, talvez, essas sejam as principais dificuldades. (MÉDICO 4).

Em diálogo com o paciente e seus familiares, esclarecendo a importância e a utilidade do exame para o processo diagnóstico ou terapêutico e sanando eventuais dúvidas, os médicos narraram o esforço pela melhor condução da questão, para que o usuário identifique e defina suas possibilidades para realização do procedimento na via privada.

Foi relatada pelos profissionais entrevistados (médicos e outros) a ocorrência usual de dificuldades relacionadas à comunicação com pacientes e familiares e à dificuldade de compreensão, tanto pelo médico do que o paciente quer dizer, de seu sofrimento, daquilo que ele expressa, como pelo paciente e seus familiares das questões envolvidas em seu quadro de saúde e seu tratamento. Especialmente quando envolve usuário analfabeto ou de contextos

sociais e educacionais precários, com destaque para aqueles oriundos de cidades do interior, sua dificuldade de se expressar é grande, como também de compreender as orientações e indicações médicas.

Quando a dificuldade existe, ela é eventualmente agravada pela rotina de trabalho intensa, que pode não permitir um tempo hábil para “sentar, explicar, ouvir”, conforme esclarece o Médico 3, o que pode gerar atritos até que se consiga efetivamente conversar e esclarecer todas as questões.

Os entrevistados narraram a ocorrência eventual de situações nas quais os pacientes ou familiares questionam as condutas médicas, tanto em nível do diagnóstico, mas especialmente do tratamento. Embora sejam questionamentos próprios ao processo de adesão do usuário ao tratamento, algumas situações apresentam maior conflituosidade, especialmente quando envolvem medidas ou intervenções graves sobre o paciente. Sobre a questão:

Eu tô me lembrando agora de uma específica, foi uma paciente, que a gente... uma família de um poder aquisitivo melhor, convênio e tudo, já tinha passado por inúmeros médicos e vieram aqui porque sabiam, que a gente era um centro de referência, um centro especializado. E eu fui discutir o caso com o residente e era uma paciente jovem, né? 60, 61 anos e que tinha um quadro muito sutil, mas ela tinha uma alteração muito sutil, mas muito específica de uma doença e eu considerei uma hipótese diagnóstica de uma doença degenerativa, que causa alteração específica, porém que era sutil. Eu fui extremamente questionado pelos familiares porque eles já tinham tido opiniões das mais variadas. Eles estavam, eles tinham vindo um pouco na defensiva, então, marido, dois filhos e ela era uma mãe assim, esposa muito ativa, centralizadora, uma matriarca mesmo. Então, de repente, eles sentiram que aquilo era uma coisa que ia mudar as relações familiares, era uma situação difícil, né? E eu lembro muito dessa situação, talvez, tenha sido a única vez nesses anos todos no ambulatório, que eu me senti tão questionado, fiquei, acho que uns 40 minutos na sala, respondendo pergunta dos filhos com calma e perguntas provocativas, sabe? Mas, eu percebia, que eles tavam com raiva, raiva do diagnóstico, obviamente raiva de mim, né? Porque eu que tava falando o diagnóstico. Então, eu procurei manter a calma, respondi, respondi, esclareci, disse: “Olha, ouçam mais uma opinião, a minha opinião aqui é uma opinião que vocês já ouviram, mas ouçam outra opinião. Eu não tô aqui dando uma sentença, eu tô emitindo a minha opinião, a minha opinião é essa, acho que a gente deveria fazer isso” e houve uma resistência grande, né? Quando eles saíram, eu falei: “Eles não vão mais voltar aqui”, eu tive quase certeza e eles estão no acompanhamento com a gente até hoje, super bem, o diagnóstico era aquele mesmo, se confirmou. Hoje, infelizmente, ela tá muito limitada, mas a família é muito grata porque acabou a romaria de médico, de coisa. (MÉDICO 2).

A gente precisa ter que tomar decisões com a família sobre alguns aspectos do tratamento, que são às vezes decisões um pouco complicadas. Uma coisa, que acontece com frequência, por exemplo, é a gente definir a via de alimentação, às vezes, o paciente perde a capacidade de engolir e a gente tem que fazer um buraco no estômago, pra poder alimentar o paciente, sempre é um... quase sempre é um momento de conflito com a família porque a família fica achando que o buraco é uma coisa complicada, que vai fazer uma cirurgia, “como assim ele não vai comer pela boca”. (MÉDICO 4).

Médico 3 complementa ainda que informações divulgadas na mídia sobre medicamentos existentes ou medidas curativas sem estudo comprobatório também geram eventuais atritos com o usuário, que questiona sobre sua adoção pela equipe de saúde. Especialmente na área da Oncologia, “Igual teve aquela época daquele medicamento [...] que saiu a notícia, que era o medicamento, que tinha a possibilidade de curar todo o câncer e as mães, às vezes, questionam” (Médico 3). No mesmo sentido, Médico 5 apresentou dificuldades às vezes geradas por informações disponibilizadas na internet. A explicação clara à família sobre as contraindicações ou mesmo sobre o desconhecimento dos riscos de tal medicamento, associada a uma boa relação estabelecida com eles auxilia na condução da questão.

Foi relatada pelos médicos e pelos profissionais entrevistados a ocorrência eventual de conflitos entre si envolvendo a discordância sobre a condução do tratamento em relação a um paciente, especialmente quando este é acompanhado por mais de uma especialidade. A partir da perspectiva e do entendimento de cada especialidade sobre determinado quadro de saúde, distintas possibilidades de conduta e de abordagem do tratamento são apresentadas e os profissionais precisam dialogar para definir aquela que será adotada.

Eventualmente surgem também divergências quanto às competências de cada profissional, cada equipe, cada setor ou cada clínica, questões estas que são acertadas pelo diálogo entre coordenações e entre chefias, de modo a restabelecer os parâmetros e as formas de organização para resolver o conflito posto e evitar o surgimento de outros sobre a mesma questão. Nesse ponto, os entrevistados apontaram a importância de que os ajustes e definições feitos sejam amplamente divulgados, considerando que ocorrem desavenças em razão de algum profissional, por desconhecimento, não observar o que foi estabelecido.

Verifica-se que as eventuais faltas de diálogo entre médicos ou destes com os demais profissionais da saúde também é fator gerador de conflitos. Nesse sentido, vejam-se os seguintes relatos:

Eu já tive, assim, até uma experiência com uma paciente, que foi um caso muito difícil, que eu tive lá no hospital, que eu acompanhei [...] [o paciente desde pequeno] e a mãe sempre foi uma mãe mais questionadora, mais difícil assim de... com a equipe e acompanhava com várias especialidades, mas tinha um vínculo maior com a hematologia e aí, ela tinha uma possibilidade de transplante de medula e estava aguardando aquela questão do transplante chamá-lo, né? Assim e aí, minha conversa com a mãe era sempre essa, né? “Ó, estamos esperando o transplante chamar, parece que tem um doador”, que era a informação que eu tinha recebido. E como ela era acompanhada por outras especialidades, um dia, uma outra pessoa, de outra especialidade, um outro médico falou com a mãe: “Uai, eu fiquei sabendo, que ela não tem doador” e aí isso quebrou a minha relação com a mãe, sabe? Porque assim,

eu não tinha essa informação, a equipe de transplante passou pra esse outro médico, mas não passou pra mim. Então, a mãe ficou extremamente chateada comigo, falou assim: “Você tá me alimentando a esperança de um transplante e vem um outro médico aqui e me fala, que ele não tem doador, como é que isso?”, então foi uma situação super difícil, assim, sabe? Que já era uma mãe difícil e aí, na época, a gente tentou conversar junto, chamei, conversei com a equipe do transplante, né? [...] a gente fez uma reunião com a mãe, conversou, ele explicou, que tinha um doador, mas que na verdade não era um doador 100% compatível, que o risco de fazer o transplante era muito grande e aí, assim. Ficou uma relação estremecida, com o tempo melhorou um pouco, mas nunca mais foi [...]. Mas, assim, nunca mais foi uma relação, acho que, né? Foi uma quebra de confiança mesmo da mãe comigo, sabe? [...] Eu acho, que foi pra mim, foi um grande conflito, né? Do outro médico vim falar, sem comentar comigo, né? Foi uma falta de comunicação total, né? E acabou gerando um estresse ali. (MÉDICO 3).

[...] a maioria [dos médicos] não tem uma noção da importância da comunicação com a enfermagem. Então fala as coisas com o paciente, mas não fala com a enfermagem. [...] tipo “você vai ficar de jejum para um exame”, e não fala com a enfermagem. “Você não precisa mais tomar esse remédio”, mas não suspende na prescrição. [...]. Então acho que isso é a maior dificuldade. [...]. Deixar na prescrição e comunicar com a enfermagem. Essa comunicação verbal mesmo, muito importante. [...]. Acaba acontecendo [dificuldades] por a gente ter pouco contato com eles [médicos], então às vezes o acesso com eles também é difícil. Porque eles passam de manhã com os alunos, às vezes a gente ‘tá’ em outras demandas, nem os vê. E depois, para manter esse contato é difícil. (PROFISSIONAL 8).

Nesse sentido, a própria posição do médico na estrutura de cuidado do paciente bem como divergências tradicionalmente existentes entre as profissões foram assinaladas como causadoras de dificuldades. Sobre a questão:

Quando você tem um profissional que, por entendimento cultural, histórico, institucional, ele vai ter uma voz maior que a dos outros. [...]. Só essa palavrinha “doutor” já indica a posição hierárquica, cultural, antropológica e histórica da profissão de vocês. Isso traz um certo posicionamento hierárquico de atitude, às vezes, que invade o espaço e gera conflito. Então, de fato, existe uma dificuldade de lidar com o médico, mas, isso é uma dificuldade que vai se reduzindo com o passar do tempo... você vai conhecendo o profissional, o profissional vai te conhecendo... você vai explicando qual é seu trabalho, você vai entendendo qual que é o dele...ne... (PROFISSIONAL 16).

Alguns dos entrevistados também assinalaram dificuldades geradas pelo fato de outro profissional questionar o diagnóstico obtido ou a conduta adotada pelo profissional responsável pelo cuidado com o paciente. Embora haja divergências, até mesmo em razão da variedade de perspectivas, destacou-se que o questionamento e a discordância muitas vezes se dão de forma rude, amparados em vaidades, ou são expostos diante de residentes ou do próprio paciente, o que deslegitima ou desautoriza o profissional responsável e pode, porventura, macular a confiança que o usuário deposita nele.

Os médicos e os demais profissionais da saúde apontaram a ocorrência de conflitos advindos das recorrentes dificuldades de acesso e de diálogo entre as distintas funções e

especialidades, considerando a variedade do horário de trabalho e o fato de muitos estarem frequentemente em circulação no Hospital para exercício de sua respectiva função, sem horários e locais predefinidos para encontro e conversa.

Outra questão conflituosa narrada pelos entrevistados diz respeito à atuação no HC-UFMG de profissionais com vínculos diversos, destacando-se os terceirizados, os funcionários com vínculo junto à UFMG e outros vinculados à EBSEH. Embora atuantes na mesma instituição hospitalar e direcionados à assistência à saúde e ao cuidado com o paciente, os diversos vínculos e a conseqüente variação quanto a condições de trabalho – jornada, folgas, carreira – geram desavenças especialmente entre profissionais atuantes em mesma equipe ou mesmo setor.

Trata-se de problemas elencados a partir de sua recorrência nas narrativas apresentadas pelos entrevistados e que permitem um melhor conhecimento acerca da realidade do HC-UFMG e dos conflitos e das dificuldades eventualmente verificados. O paciente, sobretudo quando acometido de doença que amplie seu convívio ou sua permanência no Hospital, se insere em uma relação com seu médico e com outros profissionais da saúde, bem como adentra em uma organização social hospitalar, integrada pelo sistema de tratamentos, com suas ordens e suas lógicas.

Para uma compreensão ampliada em relação ao HC-UFMG, passa-se à exposição dos métodos apontados pelos entrevistados como adotados na Instituição para a abordagem dos conflitos que emergem no âmbito do Hospital.

5.2 Métodos de tratamento de conflitos no Hospital das Clínicas da UFMG

Diante da naturalidade da ocorrência de conflitos no âmbito do Hospital, a própria Instituição, os profissionais nela atuantes, as equipes de trabalho e os setores estabeleceram formas para abordar as situações conflituosas.

Quanto aos conflitos ocorridos na Portaria do HC-UFMG, os entrevistados informaram que os meios usualmente adotados para seu tratamento consistem na realização de contato telefônico com o setor envolvido na situação e na consulta ou intervenção da coordenação. Quando a coordenação é acionada, ela atua para solucionar a questão frequentemente por meio do diálogo e do esclarecimento do usuário ou do funcionário. Exemplificando o exposto:

Então, a hora que a gente chega, ele ainda mantém um pouco essa ou agressividade ou esse sentimento de inconformidade, eles ainda... mas à medida que a gente vai falando e orientando, tentando às vezes, explicar, igual a gente fala: “Não senhor, ali tá vendo, tem aquele cartaz, tá escrito ali, aqui na frente tem um outro cartaz, também explica. Ali tem falando, que é guichê prioritário”, aí muitas das vezes, eles costumam a se acalmar e a aceitar a orientação, que a gente dá. (RECEPCIONISTA 1).

Quando o paciente se destina à internação, há uma lista fornecida para a Portaria pelo bloco cirúrgico para identificação dos pacientes a serem internados. Havendo o nome, a liberação fica facilitada. Contudo, caso não registrado o nome em lista ou tratando-se de ida do paciente ao Hospital para outro procedimento ou medida, a providência adotada é fazer o contato no setor para o qual ele pretende ir. Os porteiros solicitam o acesso do paciente em contato telefônico com algum funcionário do setor de destino ou com o assistente social do andar responsável, que concederão ou não o acesso, cabendo ao funcionário da Portaria repassar ao paciente o que for definido.

Embora seja medida que conduza à solução de muitos casos, os porteiros e recepcionistas entrevistados relataram que, por vezes, ocorrem dificuldades em conseguir falar no setor de destino do paciente, a despeito de várias tentativas em ligação telefônica. Tendo em vista que a liberação do acesso depende da autorização do setor, referida dificuldade tende a prejudicar a abordagem do problema, especialmente considerando o tempo de espera que isso gera ao usuário.

A Portaria não possui o contato pessoal dos médicos e, estes, com frequência, estão em trânsito no prédio central ou nos ambulatórios, de modo que os porteiros às vezes solicitam que o paciente entre em contato com o médico responsável pelo seu tratamento para que este o oriente sobre as informações faltantes e necessárias. Quando o paciente consegue realizar o contato e obtém os dados demandados, a liberação de acesso se torna possível. Também houve relatos de médicos que, contatados pelo paciente sobre a dificuldade de acesso e a carência de informação, fizeram contato telefônico direto com o setor de Portaria para esclarecimento e resolução da questão.

Em relação ao médico que visita a Instituição, se não há o registro antecipado da visita junto à Portaria, os porteiros fazem contato com o setor para onde o profissional irá para comunicar a presença do médico e solicitar a liberação de seu acesso. Embora usualmente a liberação seja concedida, os entrevistados registraram a impaciência dos médicos em aguardar o trâmite descrito para conseguir o acesso. Confira-se um dos relatos:

É o que eu te falei, primeiro, a gente tenta, eu sempre ligo no setor [para onde o médico irá], aí eu verifico. É, por exemplo, eu vim acompanhar uma cirurgia no

bloco, mas ele não é médico aqui do hospital, ele não pode entrar no bloco. Aí eu ligo no bloco, confirmo. Ele diz: “Ah vim acompanhar um certo médico”. Eu verifico se realmente e se o médico faz autorização de ele entrar. Aí se autorizou, libera. Aí caso não tenha ninguém pra liberar, ninguém sabe, aí eu chamo a coordenação. (PORTEIRO 1).

Quanto a funcionários (médicos ou não) do Hospital que chegam sem portar o crachá, foi esclarecido que eles devem passar pelo guichê administrativo, onde os porteiros têm acesso à listagem de funcionários da Instituição, de modo que será feita a identificação do referido funcionário sem crachá e a liberação de seu acesso. Contudo, os porteiros relataram que alguns funcionários resistem e se mostram impacientes à passagem no guichê e ao enfrentamento de eventual fila existente.

Em relação a todas as dificuldades apresentadas envolvendo porteiros do prédio central, há um livro de ocorrências onde o funcionário registra todas as dificuldades e questões conflituosas surgidas em cada dia, inclusive com lançamento de informações específicas quanto a nome da pessoa envolvida no conflito, especialmente se funcionário for, setor envolvido e providências tomadas. O mencionado livro é acompanhado pela coordenação da Portaria, que intervém nas situações, segundo necessário, e adota medidas junto aos demais setores da Instituição para resolução das questões registradas e prevenção de outras ocorrências.

Quando não é possível o contato com o setor a que se destina o ingressante, quando usuário ou funcionário (médico ou outro) demandam falar com a chefia, quando qualquer das diligências descritas em relação a porteiros e recepcionistas não é capaz de resolver a questão, quando o conflito se agrava, ou quando o funcionário da Portaria entende que o tratamento do conflito não está mais ao seu alcance, ele aciona a coordenação da Portaria, que intervém para dialogar com o sujeito envolvido no conflito e para adoção de providências segundo o caso.

Conforme relatado em entrevista, a coordenação esclarece usuário e funcionário em conflito na Portaria acerca das normas e restrições institucionais, faz contato com funcionários dos setores – e com suas chefias, se necessário – para resolução da questão posta em conflito e, a nível institucional, inclusive junto às gerências, promove discussões e alinhamentos necessários para o tratamento de problemas identificados na condução do serviço. Somado ao exposto, a coordenação de Portaria realiza encontros habituais com seus funcionários para orientação, alinhamento quanto aos fluxos de trabalho e de acesso.

Há, ainda, um livro de comunicado, disponível em forma física e virtual, utilizado pelo setor para registrar e tornar público aos porteiros eventuais alterações em normas ou fluxos. Todavia, as entrevistas indicaram que referido método nem sempre é eficiente, considerando

que cada funcionário interpreta o comunicado como entende adequado ao fazer sua leitura, além de ser relevante o esclarecimento de eventuais dúvidas. Nesse âmbito, o Recepcionista 1, inclusive, sugeriu que alterações fossem transmitidas verbal e pessoalmente em encontros rápidos e pontuais para tanto, como forma de assegurar a orientação clara dos funcionários, até mesmo considerando a dificuldade de interromper o fluxo de atendimento durante o expediente para saneamento de dúvidas.

Porteiros e recepcionistas apontaram que também a presença de um segurança da Instituição auxilia na condução de questões com usuários de ânimo alterado ou agressivos. Embora a função do funcionário de segurança seja vinculada especificamente à preservação e ao cuidado do patrimônio hospitalar, quando identifica a presença de algum usuário gerador de dificuldades, o segurança se aproxima do guichê ou do ponto de conflito na Portaria e, por sua presença ou alguma consideração verbal, inibe eventuais agressões ou agravamentos.

Por todas as narrativas apresentadas pelos entrevistados acerca dos conflitos verificados em Portaria e Recepção, constata-se que a sensibilidade do funcionário ao problema que lhe é colocado ou à dificuldade que o usuário apresenta é fator relevante para a condução a ser dada ao conflito – iminente ou instaurado. Medidas como “se colocar no lugar do outro”, “deixar desabafarem”, “ouvir tudo o que ele tem pra dizer”, “fazer o que está ao meu alcance”, foram destacadas por alguns entrevistados. Para exemplificar, cita-se:

No começo, eu ficava assustada, ficava nervosa, né? Dá vontade de você retrucar, agora não, eu simplesmente ouço. Eu espero falar. Depois, desabafou. Acho que é só naquela hora da raiva mesmo, eles falam. Aí se eu puder ajudar, eu ajudo. [...]. Eu percebi, que quanto mais atrito tiver, mais exaltado ele [acompanhante] vai ficar, né? Que ele pensa que está certo. Depois, eu passo pra ele qual é a norma. Eu falo: “Isso não é uma norma minha, é do hospital. O senhor tem que respeitar. Quer questionar a norma, tem que ser na diretoria, né? Não comigo. Eu somente passo a norma”, tento passar assim pra eles. [...]. Eu gosto de ligar, quando eu tenho dúvida. Eu gosto de ligar no ambulatório, pra ver se você mandar o paciente, eles mandam ele de volta e eles ficam bravo, né? Eu gosto de ligar e confirmar, se é lá mesmo. Pra mandar ele de vez, pra não precisar voltar. Se realmente é consulta lá, eu gosto de verificar assim. [...]. Tem gente que já dispensa, “ah você tem que ver com o médico”. Eu acho que isso deixa a pessoa mais irritada. Vem de longe, tem gente que viaja seis, sete horas. Eu sempre tento me colocar no lugar da pessoa, se fosse eu, ao contrário. Você vai viajar várias horas com seu filho doente, né? Sem comer, chega aqui o médico não marcou nada, não agendou nada direito. Aí eu sempre prefiro ligar. Eu gosto mais assim de ajudar porque eu acho que é difícil mesmo. Me coloco no lugar deles. (PORTEIRO 1).

Eu acho que assim, Cibele, na verdade, acho que o problema de todo mundo hoje é por mais, que o paciente, ele esteja desesperado em busca daquilo, que ele precisa, muitas das vezes, eles não escutam o que é certo, eles têm uma dificuldade porque eles querem ouvir o que convém a eles. [...]. Na verdade, como a gente sabe, esse exemplo, que eu te dei da receita mesmo, é um procedimento, que não é nosso, é dos ambulatórios. Se ele, por exemplo, informar assim: “Mas, eu já fui lá, o médico não tá lá hoje, me informaram, que o médico tá aqui”. Aí eu, pelo meu bom senso, eu

tento localizar. “Olha, você sabe, onde que o médico tá?”, “Não, me informaram, que ele tá no 8º andar”. Eu com meu bom senso, ligo e pergunto: “O médico tal tá aí?”. Se tiver, eu explico a situação. Se alguém do setor liberar, não tem problema nenhum. “Olha, é lá, mas orientação pro senhor, é que é sempre no ambulatório”. Porque às vezes aconteceu alguma coisa, o medicamento acabou durante a semana, né? Então, existem os casos atípicos. Aí, eu ligo, não tem problema nenhum. Mas se liberar, tudo bem. Agora, se falar, que o médico não tá lá, infelizmente, não tem nada que eu posso fazer. [...]. Eu acho que assim, a gente tem que estar com calma, que a gente tem que estar tranquilo, tem que escutar, tem que entender o que a pessoa precisa porque se a pessoa também fica repetindo a mesma coisa, fica chato pra ela, né? Ela perde a paciência e eu acho, que é isso. [...]. Eu tento ajudar, se mesmo algo que eu sei, que eu não posso fazer, eu tento. Sabe? Eu tento pelo menos olhar pro setor, eu ligo na coordenação, “Eu posso fazer isso?”, eu tento porque é aquela questão da gente colocar no lugar do outro, né? Tem paciente, que tá em situação, que assim, você vê, que a família tá desesperada. Então, se eu piorar a situação deles, aí vai piorar tudo depois. Então, eu tento, se tiver o mínimo que eu possa fazer pra ajudar, eu faço. Teve... deve ter umas duas semanas mesmo. Aconteceu uma paciente daqui grávida, com câncer, tava vindo de uma cidade do interior, pra fazer uma coleta de sangue, pra fazer uma cirurgia no outro dia. Aí no meio da BR, um caminhão quebrou, eles ficaram 6 horas parados na BR. Aí chegaram aqui era seis horas, o laboratório fecha três, chegaram aqui seis horas já. Aí, o motorista da ambulância veio até no guichê, ele conversou comigo e falou: “Moço, eu vou te pedir uma coisa, vou ver, se tem como você fazer uma coisa, mas, eu sei que não tem como, mas se você puder, tentar fazer alguma coisa, eu vou ficar muito agradecido”. Aí eu já gelei na hora, falei: “Meu Deus do céu! O quê que é?”, aí ele pegou e me explicou a situação. Aí na hora me deu um branco, aí eu peguei e falei assim: “Mas, é só no laboratório”, aí lembrei que aqui no 3º andar tem um laboratório também. Aí peguei, falei assim: “Olha, eu vou tentar, não te garanto nada porque isso é quase impossível, mas tem pelo menos 1% de chance, vamos tentar”. Aí eu liguei no laboratório, conversei com o chefe de lá, expliquei pra ele tudo, ele falou: “Não, [...], deixa ela subir, que eu vou ver, se alguém aqui consegue tirar sangue”, aí subiu tirou o sangue dela [risos]. Porque era uma coisa que eu podia fazer, eu podia pelo menos tentar, eu tentei e deu certo. (PORTEIRO 2).

Entrevistados mencionaram a existência do Projeto Posso Ajudar no HC-UFMG, vinculado ao Programa de Humanização do Hospital e realizado enquanto ação de extensão da Universidade, pelo qual alunos da graduação de cursos da área da saúde da UFMG auxiliam na recepção, na orientação e no acolhimento dos usuários. Especificamente quanto à Portaria, conforme indicado pelo Recepcionista 1, “[...] ele costuma filtrar as filas, né? Pra saber se realmente o paciente ou o acompanhante tá na fila correta. Ele dá essas orientações”.

Embora destacado que referido projeto ajuda na abordagem de eventuais conflitos, especialmente para preveni-los quando relacionados à falta de informação, não se trata de uma prestação contínua. A presença e a abrangência do Posso Ajudar depende da disponibilidade de bolsas e de extensionistas para sua realização enquanto projeto de extensão vinculado à UFMG.

Sobre as dificuldades geradas pelas más condições em infraestrutura de atendimento, falta de materiais e de vagas, os entrevistados narraram que os profissionais do Hospital se esforçam para conseguir prestar o serviço da melhor forma, buscando garantir o atendimento

necessário e priorizando as demandas segundo gravidade e urgência, sobretudo no caso do Pronto Atendimento. Outro destaque feito para auxiliar na abordagem do problema foi o diálogo com o usuário sobre a questão, pois, embora muitos conheçam as carências e dificuldades do sistema de saúde, o diálogo com o profissional ajuda a compreenderem que se trata de questões que não estão sob controle e definição diretos da equipe de saúde.

Nessa conjuntura, alguns entrevistados destacaram o valor do diálogo com o paciente e seus familiares sobre o tema:

Então, no momento que eu vou lá, eu pretendo mostrar, que olha, aquilo chegou até mim, que aquilo pra mim foi relevante, tanto é que eu fui até lá, eu perdi o meu tempo entre aspas, pra ir até lá e conversar com ele, ouvi-lo, ouvir o quê que ele tem a dizer, e dentro do que ele tiver a dizer, eu vou tentar explicar a informação, quer dizer, eu acho que informação e orientação, as vezes, diminuiu muito o conflito, não é? Quer dizer, as vezes, as pessoas reclamam, tão bravas, mas elas têm razão porque elas não receberam orientação, não receberam informação. Então, as vezes, você só orientar e informar, já... as coisas, os ânimos já se acalmam, então é a primeira coisa que eu faço e tento ajudar dentro do que é possível. Há muitas situações, “ah mas isso aqui tá muito ruim”, eu falo: “Olha, desculpa, essa é a realidade. Tenha certeza, que dentro do que é possível ser feito, dentro do que precisa ser feito, tudo tá sendo feito”, questão da hotelaria é uma questão importante, mas é uma questão, que as vezes foge o controle. Se o pronto socorro tem lugar pra 20 e tem 40 o quê que eu vou fazer, eu vou jogar esse aqui, o quê que você me sugere, eu joga esse aqui fora e coloco você no lugar, nós vamos tentar atender todo mundo, que precisa ser atendido. E é óbvio, que se a gente coloca numa escala de prioridades, então, o paciente mais velho, o paciente mais frágil, o paciente mais grave, esses vão pra quartos, enfermarias primeiro. Então, a gente tá sempre atento a isso, mas dentro das possibilidades. Na minha experiência, assim, sempre que eu coloquei desse modo, em geral, as pessoas entendem, as pessoas tão sabendo, como é que tá a crise na saúde, como é que são os problemas da saúde pública e, principalmente, elas reconhecem o esforço genuíno, que tem da equipe, né? (MÉDICO 2).

Eu acho, que muda muito a disponibilidade das pessoas, pra resolver o problema, quando elas se sentem acolhidas, quando elas se sentem, que elas foram respeitadas no que elas dizendo, valorizadas no que elas estão dizendo, aí você pode até falar um não, que elas vão entender, se você vai pro... quer bater de frente ou, se você já fecha a porta, você já encerra a questão, você começa a bater boca de falar, que a pessoa não tem razão, não, “O senhor tá coberto de razão, mas tem uma outra situação, o senhor precisa avaliar junto comigo, que é uma coisa, que o senhor não sabe, mas eu vou contar pro senhor”, aí a gente apresenta um outro cenário pra ele, fazer aquela coisa de fazer com que a pessoa faça o exercício de empatia. (PROFISSIONAL 2).

Sobre os conflitos descritos relativos à conjuntura socioeconômica e familiar do paciente, embora não se trate de uma controvérsia que se estabeleça propriamente com o profissional da saúde, tais conflitos repercutem nas relações com ele mantidas. Segundo relatos em entrevistas, a atuação dos assistentes sociais do HC-UFMG tem se mostrado método significativo na abordagem dessas questões. Nesse sentido:

Agora, as vezes, em algumas situações, a gente precisa de uma intervenção maior assim, né? De é... eu acho, que talvez, o profissional, que dá uma ajuda nesse espaço assim as vezes de maior dificuldade é o assistente social, né? Então, por exemplo, na pediatria, eu acho que uma situação que as vezes a gente vive são as famílias, que não tem cuidado adequado com a criança, né? Então, as vezes abandona tratamento, falta consulta, né? Ou... aí a gente acaba tendo que acionar mesmo, né? Converso com a assistente social, vamos fazer uma busca ativa daquela criança, são conflitos que, as vezes, a gente precisa de uma ajuda do assistente social, pra resolver, né? (MÉDICO 3).

Porque a gente pode acionar os assistentes sociais e eles ajudam muito, na grande maioria das vezes, pra mediar essas questões. Então, às vezes, o paciente, especialmente os nossos pacientes, que às vezes acontece um AVC, o paciente fica bastante debilitado, perde a capacidade de deambular, fica as vezes, necessitando de cuidados mais frequentes, importantes, ele precisa as vezes de alguém pra alimentá-lo, alguém pra dar banho e isso dentro de um contexto de uma família de renda baixa, muitas vezes significa deslocar alguém que tá trabalhando, pra tomar conta desse paciente. Então, muitas vezes, a gente precisa definir quem vai ser esse cuidador, muitas vezes a gente precisa organizar o ambiente familiar e, muitas vezes, a questão social é um empecilho. E, sob esse aspecto, o assistente social nos ajuda bastante. [...]. O problema é quando o paciente sai da instituição e vai pra casa. Aí esse aparato de apoio, a gente não consegue dar seguimento ambulatorialmente, a gente não consegue absorver o paciente do ambulatório na terapia ocupacional muitas vezes. Há uma deficiência muito grande de terapeutas ocupacionais dentro da rede [rede pública de saúde], fora do hospital e a assistente social muitas vezes faz o contato com o posto de saúde, deixa tudo bem explicado, faz uma questão toda, vê toda a dinâmica familiar, eles ajudam bastante nessa parte. (MÉDICO 4).

Quanto a eventuais dificuldades relacionadas à comunicação com pacientes, acompanhantes e familiares, alguns profissionais (médicos e outros) entrevistados relataram que a atuação dos profissionais do Serviço Social, da Terapia Ocupacional, da Psicologia, dos cuidados paliativos, da Enfermagem e de residentes, conforme a hipótese, auxilia no enfrentamento da questão, contribuindo com técnicas de facilitação do diálogo e da compreensão, designadamente pelo usuário dos serviços de saúde.

Especialmente quando envolva usuário analfabeto ou de contextos sociais e educacionais precários, a paciência, o diálogo, a explicação para acompanhantes com maior compreensão são elementos que auxiliam no trato da questão. Para toda e qualquer situação, a disposição para escuta, o respeito ao tempo de cada um no processo de compreensão e o respeito ao interlocutor – seus desejos, crenças, concepções – foram destacados como essenciais na comunicação com o usuário.

Ademais, os profissionais (médicos e outros) relataram que a comunicação com os pacientes é uma habilidade adquirida e desenvolvida durante a formação e o exercício profissional. Como assinala o Médico 1, é uma habilidade “pra colocar coisas médicas de uma maneira que eles entendam e estar entendendo o que eles falam também, é uma habilidade que desenvolve ao longo do curso e da vida de médico”.

O Médico 2 descreveu que a escuta real e atenta do usuário – paciente, familiar e outras pessoas porventura envolvidas – e a exposição clara das questões envolvidas no quadro de saúde, inclusive com a adoção de modelo de consultas mais longas para tanto, auxiliam na condução da questão, ainda que haja sentimentos negativos de raiva, rejeição e frustração em relação ao diagnóstico e ao tratamento ou mesmo o sofrimento da doença. E o Médico 2 complementa:

E uma coisa, que às vezes eu acho que me ajuda é tentar perguntar pras pessoas o quê que elas acham que deveria ser feito, né? Então, assim, ó: “O quê que você acha que poderia ser feito pra melhorar?”, dentro do que é possível, né? [...]. Mas, assim, dentro do que é possível, o quê que você acha que poderia melhorar, né? Às vezes, você tem dois aspectos aí, primeiro que a pessoa se coloca no seu lugar e fica mais desafiador, muito difícil e segundo que às vezes, você recebe sugestões muito boas, que você pode aproveitar. (MÉDICO 2).

De modo semelhante, o Médico 8 destacou:

Eu acho que o que ajuda é uma certa disposição para escutar, entende, assim...talvez a compreensão de que quem mais sabe dele é ele. Quando vocês entende isso, por mais que às vezes a gente tenha também direções clínicas a serem dadas, a gente consegue construir alguma coisa que tem a ver com eles, que não tenha a ver só com o direcionamento clínico. Porque isso eu não vejo sentido. Protocolo existe para alguém. (MÉDICO 8).

A atenção com necessidades do paciente, considerando-o de forma ampla e para além do aspecto físico da doença, também são adotadas pelos profissionais, contexto em que o Médico 3 afirmou:

Ver, como melhorar a situação, né? Por exemplo, às vezes, buscar um irmão pra visitar a criança, né? Porque querendo ou não, a gente tem que procurar algumas coisas, pra amenizar o sofrimento, às vezes, a criança tá lá meses internada ou semanas internadas e com saudades do resto da família e o hospital permite só um acompanhante e aí a gente vai tentando negociar, mas... (MÉDICO 3).

Quanto aos acompanhantes e cuidadores, o zelo em ouvi-los, orientá-los e esclarecer eventuais dúvidas é destacado especialmente em contextos nos quais, por alguma razão, o paciente é incapaz ou a doença é incapacitante. Segundo relatado em entrevista, o apoio ao responsável pelo cuidado é essencial para a continuidade e a qualidade do tratamento. Algumas iniciativas são possíveis e adotadas para fornecer mencionado apoio, como no seguinte exemplo:

[...] a gente tem uma coisa no nosso ambulatório, que são grupos de familiares, então, a gente tem toda semana um grupo, que é aberto das duas às quatro [horas da tarde], ele é coordenado pela equipe de terapeutas ocupacionais, pra discutir, informar, então tem alguns conteúdos teóricos, né? Sobre doenças, como eles entenderem melhor, alguns esclarecimentos, algumas dicas de dia a dia, de como lidar com determinadas situações, agitação, agressividade, incontinência urinária, coisas que você pode fazer no dia a dia, pra tentar minimizar, né? O impacto dessas coisas e ouvir, né? Não é um grupo psicoterápico, mas tem um pouco desse caráter das pessoas poderem desabafar, de um cuidador dá uma dica às vezes pro outro. [...]. E a gente tem uma cartilha que a gente fez, né? Um guia, né? De orientações, [...] banho é isso aqui que você tem que fazer no banho, cuidados em casa, roupa, agitação, agressividade, cuidado dentário, então, são dicas do que você tem que fazer. Então, isso é dado, tanto nesse manual, quanto nessas reuniões. É o que a gente faz, pelo menos, nesse contexto bem específico do tipo paciente e familiar, que a gente no ambulatório, familiar cuidador. (MÉDICO 2).

Destacou-se também que o estabelecimento de uma boa relação com o paciente e seus familiares colabora na condução de eventuais atritos ou divergências. Segundo o Médico 3:

[...] eu acho que de uma forma em geral, se a gente já tem uma relação boa com aquela família, a gente consegue explicar, argumentar e tentar fazer a família entender, que não deve usar [certo medicamento], que a gente não sabe os riscos a algum medicamento [...]. [...] durante o tratamento do câncer, a gente tem um convívio muito frequente, então toda semana você ver aquela família e acho que isso contribui, para formar um vínculo de confiança assim, sabe? [...]. Acho que talvez uma relação de confiança mesmo assim, que eu acho, que é o que mais pode ajudar assim, né? Porque mesmo que você esteja diante de uma situação ruim ou até mesmo de um erro, né? De uma coisa assim, se você tem uma relação boa, acho que a gente consegue conversar com a família e... ir trabalhando aquilo junto, né? Sem a família te culpabilizar, né? [...]. Porque eu acho que... às vezes, tem que entender, que tá todo mundo no mesmo barco, né? E a sensação, que eu tenho é que na hora, que a família percebe que você não tá se empenhando, que você não tá ligando, às vezes, pro problema, que tá acontecendo ali, eu acho que ali é que tem mais a questão do conflito assim, né? Eu sinto assim, que talvez essa relação de confiança mesmo, né? Que deixa... mesmo diante de uma situação de chateação, de frustração com alguma problema aqui dentro do hospital, você tem uma relação ali com a equipe, ajuda muito, né? Eu acho, que eles conseguem até entender, que a gente também passa por esses problemas, né? (MÉDICO 3).

Tudo isso também contribui para lidar com a ansiedade do paciente e dos familiares em caso de dificuldade para obtenção do diagnóstico, de agravamento do quadro do paciente ou de demora na recuperação, especialmente considerando que o HC-UFMG é referência em casos de alta complexidade. Escutar os usuários e esclarecê-los sobre as questões envolvidas na doença enfrentada e sobre o contexto da própria Instituição, com suas restrições e limitações, ajuda-os a lidarem com dificuldades integrantes da doença e da rotina do Hospital.

Isso ocorre na abordagem direta do médico ou de outro profissional da saúde responsável pelo cuidado com o paciente. Em alguns casos, especialmente quando envolvam decisões complexas sobre a conduta a ser adotada, os familiares são convocados para uma

reunião com os médicos, outros profissionais relacionados ao cuidado e assistente social, de forma a facilitar a conversa ampla e esclarecida. Sobre isso:

Na maior parte das vezes em que isso acontece, a gente consegue mediar esse conflito de maneira fácil, fazendo essa reunião, que eu acabei de falar com você. Então, ali fica o médico, vem o fono (fonoaudiologista), vem o pessoal da TO (terapia ocupacional), vêm os familiares principais e o familiar que foi definido como cuidador do paciente e, numa conversa geral, a gente explica as coisas, e eles entendem na maior parte das vezes. (MÉDICO 4).

Sobre dificuldades entre médicos e outros profissionais relacionadas à discordância quanto à conduta a ser adotada em relação ao tratamento do paciente, os entrevistados assinalaram que o diálogo entre equipes e clínicas é a forma usualmente adotada e bem sucedida para tratamento da questão. Por meio da conversa direta com outro profissional, em corridas de leito conjuntas ou em reuniões médicas ou multiprofissionais para troca das observações de cada área e especialidade, a escuta do que o outro profissional tem a dizer e a valoração conjunta das possibilidades de conduta junto ao paciente, eles estabelecem uma comunicação hábil à definição do procedimento. Para esclarecer:

É, às vezes, ele tem uma dificuldade, a gente explica, às vezes, tá com uma dificuldade específica de entender porquê que a gente tá querendo fazer aquilo naquela determinada circunstância ou o que a gente tá querendo fazer, entra em conflito com outro problema do paciente, que ele acha importante. Então, tem um certo... então, a gente tem que sentar e entrar num consenso do que vai ser feito diante dessas complexidades. Isso acontece especificamente quando o cuidado tá sendo, acontecendo com mais de uma equipe, né? Muitas vezes há um conflito entre o que eu quero fazer e o que assistente acha, que é importante pro paciente ou o quê que a minha intervenção vai interferir em outro aspecto do tratamento dele. São coisas técnicas, às vezes, que são fáceis de resolver com uma conversa. “Ó, eu não posso fazer isso, isso e isso porque esse remédio vai alterar tal e tal problema da parte gastrointestinal do paciente”, por exemplo, “Isso vai trazer problema pra ele. Então, vamos escolher um remédio diferente, vamos tentar usar um outro remédio, que não seja talvez o mais satisfatório pra mim, mas que nesse contexto seja mais importante”, é um questão só de alinhar as condutas, de conversar e de algumas das vezes passar o que eu tô entendendo do caso, o quê que eles estão entendendo do caso. Tentar alinhar essa parte, sabe? Só questão de conversar. (MÉDICO 4).

Nesse ponto, destaca-se que algumas clínicas e setores realizam regularmente reuniões de seus profissionais para apresentação, discussão e análise de casos de pacientes em tratamento, de forma a enriquecer a avaliação do caso com outras perspectivas e permitir o estabelecimento da providência que seja mais adequada a cada caso segundo os vários olhares e especialidades. Referidas reuniões são destacadas pelos entrevistados como muito positivas para a prevenção de eventuais conflitos e para o agir harmônico e cooperativo da equipe.

Também se mostram relevantes para um alinhamento da equipe em relação à abordagem a ser feita com os familiares do paciente, conforme o caso.

Quando essas reuniões não são estabelecidas ou não são possíveis encontros semelhantes, os entrevistados apontaram que a carência do diálogo é sanada por ligação telefônica ao profissional relacionado à questão, troca de informações utilizando-se de intermediários, como residentes ou outros profissionais que terão contato com aquele com o qual o diálogo se faz necessário, ou mesmo por registro das informações a serem compartilhadas no prontuário do paciente, ao qual o profissional demandado tem acesso. Contudo, alguns entrevistados destacaram que o diálogo pessoal é sempre a melhor abordagem e que apresenta maior clareza e acertamento da questão envolvida.

Ressaltou-se a necessidade de que cada profissional entenda o valor e a importância da expertise do outro, reconhecendo sua relevância para o cuidado integral do paciente e respeitando seu espaço e âmbito de atuação. Inclusive, o desconhecimento sobre as reais atribuições de outra profissão prejudicam o trabalho conjunto, evidenciando ser necessária uma conscientização de todos nesse sentido. Pode-se citar, por exemplo, o mencionado desconhecimento, pelos médicos, sobre as funções do assistente social, o que enseja o encaminhamento de questões que não são da competência deste. Contudo, entrevistados expuseram que em conversa, esclarecendo sobre suas atribuições, é possível tratar a desavença surgida.

O mesmo foi verificado em relação ao usuário do sistema de saúde, que muitas vezes desconhece as competências próprias de funcionários de áreas como Serviço Social e Psicologia, o que gera demandas direcionadas de forma inadequada ou resistência em aceitarem a atuação daquele profissional em seu processo de cuidado.

Sobre o diálogo necessário entre os profissionais, alguns entrevistados destacaram que encontros sociais e oportunidades para descontração e para conversas informais melhoram a relação mantida entre os profissionais, promovem o conhecimento e o reconhecimento mútuos e aprimoram as formas de tratamento de eventuais conflitos que surgem no âmbito do trabalho.

Para dificuldades pessoais que eventualmente escapam ao trabalho desempenhado, os entrevistados apontaram que as formas usuais de tratamento são o diálogo direto com o outro funcionário envolvido na dificuldade ou a conversa intermediada por uma terceira pessoa. Se a questão não é solucionada, alguns indicaram recorrer ao chefe ou coordenador do setor, para possível intervenção dele na situação.

Nessa temática, oportuno destacar que o Médico 6 apontou a relevância da melhoria dos fluxos e dos processos de trabalho e da compreensão por cada funcionário acerca da seriedade da função que exerce, da razão de existência de sua atividade no processo de cuidado e de sua relevância para o cuidado integral, porquanto isso “torna o trabalhador menos máquina e mais humano” e “quando a pessoa percebe o trabalho melhor os conflitos são menores”. No mesmo sentido, o Médico 7 sinalizou que “eu acho, que muitas vezes, eles [funcionários administrativos, não médicos] desconhecem quais são as funções deles dentro da instituição, isso atrapalha muito o nosso serviço aqui” e que “eu acho que é importante o profissional entender a importância daquilo, que ele vai fazer, né? Até pra ele ter mais boa vontade”.

Em todos esses aspectos, tanto para médicos como para os demais profissionais, ter um objetivo comum concernente em alcançar o bem estar do paciente, no sentido físico, psíquico e social, minimiza eventuais atritos e favorece um agir cooperativo em prol de referido objetivo.

O acionamento do setor envolvido, indicando a dificuldade enfrentada, por meio de memorandos, e-mail, notificação direta da chefia ou outras vias, foi apontado como método geralmente adotado para tratamento das questões e que muitas vezes alcança êxito. Ocorre também que reuniões realizadas para alinhamento de alguma questão podem gerar, porventura, atas ou protocolos contendo as definições feitas, como forma de registrá-las e facilitar sua publicidade entre os envolvidos.

Contudo, o Médico 3 sinalizou que, em alguns memorandos ou comunicados direcionados às chefias de unidade noticiando falhas ou dificuldades nas atividades da Instituição, não houve resposta da causa identificada ou da providência adotada. Destacou-se a importância do retorno àquele que registrou a falha, até mesmo para eventual tomada de medidas que lhe caibam. Igualmente, o Médico 7 afirmou que “a gente não tem feedback das coisas, [...] eu acho que deveria ter uma contra referência da gerência, que foi, que centralizou a resolução do conflito”.

Em questões de maior repercussão ou gravidade, a direção do Hospital também é notificada sobre a situação em conflito. Segundo os entrevistados, o acesso à direção do Hospital pelas chefias e pelos coordenadores é facilitado, pois encontram um canal aberto de comunicação com os seus integrantes. Às vezes, a diretoria toma ciência de alguma demanda e, por iniciativa própria, convoca reunião com os envolvidos para acertamento e resolução. Contudo, os demais profissionais sem funções de chefia não possuem o mesmo acesso, até

mesmo em razão das limitações próprias da diretoria quanto ao número de demandas enfrentadas e às demais atividades que desempenha. Com isso, o alcance de temas até a direção, em regra, fica na dependência de que chefia ou coordenação se envolva e comunique a questão à diretoria ou solicite a esta uma reunião para tratar a questão.

Registra-se, contudo, que um processo de resolução de disputa administrativa, em geral, tenta equilibrar as necessidades de todo o sistema e os interesses dos indivíduos envolvidos (MOORE, 1998, p. 23), podendo, contudo, contemplar em maior medida o que favorece e tem pertinência ao sistema em detrimento dos sujeitos. Nesse ponto, o procedimento tende a tratar a consequência da relação conflituosa e não a sua causa ou os elementos nela envolvidos, fazendo permanecer o conflito em sua essência.

Questões de alta gravidade, quando envolvam possível violação à ética profissional, também podem ser e eventualmente são levadas à Comissão de Ética Médica ou à Comissão de Ética em Enfermagem, ambas do HC-UFMG. Outra possibilidade é, segundo a situação, a abertura de procedimento administrativo contra o funcionário porventura envolvido em alguma infração funcional, para apuração da prática e tomada das providências administrativas cabíveis.

Foi descrito pelos entrevistados também o sistema VIGIHOSP, para registro de notificações sobre incidentes ou eventos adversos especialmente envolvendo pacientes, voltando-se para o cuidado com os riscos e a segurança do paciente.

A partir das informações fornecidas pelos entrevistados, observa-se que o setor jurídico do HC-UFMG tem função de defesa judicial e extrajudicial da Instituição e assessoramento jurídico da alta gestão do Hospital e da Divisão de Gestão de Pessoas. Conforme apontado pelo Profissional 21, vinculado à atividade jurídica hospitalar, não está entre as atribuições do setor o atendimento a usuários – pacientes, familiares, acompanhantes e visitantes – ou a profissionais nos demais níveis dos serviços da Instituição, salvo em casos muito excepcionais.

Para além das medidas e dos setores expostos, a Ouvidoria foi destacada de forma reiterada como via para tratamento de dificuldades. A Ouvidoria do HC-UFMG constitui um espaço destinado a pacientes, acompanhantes, servidores, professores, alunos, prestadores de serviços e voluntários da Instituição, onde cada um deles pode se manifestar sobre os serviços prestados pelo Hospital ou sobre as relações e o ambiente de trabalho e dar sua opinião, pedir informações ou esclarecimentos, reclamar, sugerir, criticar ou elogiar um profissional ou serviço. Mencionado setor, localizado no prédio central do HC-UFMG, recebe manifestações

presenciais, telefônicas, e escritas em carta ou e-mail, analisa-as e encaminha-as aos serviços envolvidos, por meio de procedimento pelo qual acompanha as providências adotadas, cobrando soluções e mantendo o usuário informado (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, 2018, p. 121-122).

Segundo relatado pelos entrevistados, muitos usuários do serviço já têm conhecimento da existência da Ouvidoria e da possibilidade de apresentarem reclamações. Pelas entrevistas, a ciência acerca da Ouvidoria se dá por divulgações internas feitas sobre o setor e suas funções, por notícias trocadas entre usuários, por conhecimento prévio do usuário sobre o setor e, eventualmente, por indicação de funcionário do Hospital. Contudo, há ainda diversos usuários que relatam aos profissionais o desconhecimento da Ouvidoria e dos serviços por ela prestados.

O funcionário e o usuário têm acesso à Ouvidoria quando desejam realizar alguma manifestação. Quando a demanda de um usuário para apresentar uma queixa surge em Portaria ou Recepção, antes que o acesso interno ao Hospital aconteça, os porteiros e recepcionistas comunicam à Ouvidoria por telefone, que libera o acesso do usuário ao setor ou envia funcionário para atendê-lo na Portaria.

A Ouvidoria encaminha a reclamação recebida para o chefe da unidade do funcionário indicado na queixa, para que referido chefe esclareça a ocorrência juntamente com o funcionário e apresente resposta proativa da questão à Ouvidoria. A resposta é encaminhada ao usuário ou ao funcionário que formulou a queixa. Pela descrição realizada pelos Profissionais 2, 19 e 20 acerca da forma de trabalho do setor, há um esforço de ouvir todos os envolvidos na queixa, de forma a esclarecer a ocorrência e identificar providências cabíveis.

Nesse sentido:

Aquí, a gente ainda tem um outro processo, porque como a gente trabalha com a gestão participativa, eu não mando pra chefia imediata, eu mando pro chefe da unidade e ele aciona a chefia imediata daquele funcionário e trata junto com a chefia imediata, como que a coisa vai ser conduzida. Ele pode pedir pro questionado responder? Pode, mas não é o questionado que vai me responder, quem vai me responder é o responsável por atender aquela demanda e ele tem que me dar uma resposta, pró ativa porque a resposta do questionado vai ser sempre reativa, ele sempre vai dizer que não foi aquilo que ele quis dizer, que não foi bem assim e pode até de fato não ter sido bem assim. [...]. Pode de fato não ter sido bem assim, isso pode ter acontecido, não tem problema nenhum. Mas, eu não posso considerar só isso, não posso ficar só com a resposta de quem é o questionado porque se não, eu não vou ter solução nunca. [...]. Tem uma chefia antes de imediata antes de chegar naquela pessoa porque se o questionamento for questionamento da unidade, eu vou pra chefia de setor, que é pra cima. Eu prefiro que chegue primeiro na chefia porque a chefia precisa entender o que tá acontecendo com a equipe dela, ela precisa conversar, ela precisa fazer a equipe conversar. Então, por isso, é que a gente faz esse movimento. (PROFISSIONAL 2).

A atuação da Ouvidoria apresenta-se, pois, “sempre buscando esse esclarecimento mesmo e perguntando também o que pode ser feito para solucionar” (Profissional 8).

Sobre a atuação do setor, além do atendimento ao usuário, o entrevistado destaca o atendimento ao profissional:

Eu [como funcionário da Ouvidoria] tenho atendimento da equipe em dois sentidos, eu tenho atendimento da equipe, do trabalhador institucional, por algum conflito com colega ou até em alguma situação da rotina e do cotidiano da instituição, que é um tratamento. E tenho demandas de colegas em relação ao paciente. [...]. (PROFISSIONAL 2).

Acerca dos atendimentos apontados, confirmam-se os esclarecimentos:

Então, a gente tenta contornar isso, através de estabelecimento de boas parcerias com essas pessoas [funcionários], a gente tem que ser amigo dos profissionais da instituição, né? Porque a gente da ouvidoria, a gente fica quase que no limbo, assim, sabe? O usuário olha pra mim e vê a instituição, vê a defesa do profissional e da instituição. [...]. E a instituição, meus colegas, olham pra mim e veem o usuário. Então, os meus colegas tão demorando, mas estão aprendendo, né? Que o processo não é contra ele, né? (PROFISSIONAL 2).

O que a gente deixa muito claro é que a ouvidoria não é local de punição. Acho que isso é muito importante. Porque tem gente que acha que vai à ouvidoria e lá o processo dele vai ser resolvido com uma punição. Não! Punição se você tiver que fazer, você vai lá no Conselho Regional de Medicina, Conselho Regional de Enfermagem, Conselho Regional de Serviço Social, aí lá você vai resolver a coisa em outro nível. Mas, a ouvidoria é para uma melhora institucional. Já houve processos que, a partir da ouvidoria do hospital, que foram muito graves, que gerou processos administrativos. Então a ouvidoria, às vezes, ela tem que fazer isso, porque o que chegou ali, inclusive com provas concretas, não adianta, não pode ficar só na ouvidoria. (PROFISSIONAL 16).

De acordo com o Profissional 2, atuante no setor, a Ouvidoria também centraliza os projetos relacionados a direito de paciente no HC-UFMG, o que envolve a construção, a revisão e o acompanhamento de todas as normas relacionadas ao direito do paciente dentro da Instituição, e a execução da Política Nacional de Humanização no Hospital.

Segundo profissionais entrevistados com atuação junto à Ouvidoria, referido setor também auxilia, eventualmente, no realinhamento de fluxos de trabalho ou de cuidado ou na negociação de ajustes entre equipes. Alguns entrevistados relataram, ainda, a atuação da Ouvidoria como facilitadora na abordagem de algum conflito para o qual o setor envolvido não encontrou tratamento. Nesse sentido:

Entre os ambulatórios e o paciente, é... então, é mais a ouvidoria mesmo, ela que tá... igual, quando das vezes, a gente não consegue contatar o médico e a pessoa fala que tem cirurgia, aí às vezes, a gente, sem a gente mencionar o paciente, às vezes, a gente recorre à ouvidoria, fala: “Olha, o paciente tá aqui, tem isso, isso e isso, uma consulta grave ou ele é paciente grave da oncologia”, principalmente, eu em si já peguei vários da oncologia e às vezes, eu tenho que ligar na ouvidoria, “Ó, tenho um paciente, ele é da oncologia, disse que tem uma consulta e falaram que não tem”, então, aí a ouvidoria entra em contato com o setor, verifica e passa pra gente: “Olha, pode mandar o paciente ir em tal, tal ambulatório, procurar tal e tal pessoa”. Então, é a ouvidoria que faz essa intermediação. (RECEPCIONISTA 1).

Não, às vezes, tem umas coisas, que a gente até orienta à família a ir na ouvidoria porque infelizmente também com essa questão de crise financeira e tudo, a gente tem enfrentado falta de muita coisa no hospital. [...]. Um desabastecimento de um medicamento do tratamento de leucemia e a gente passava isso pras famílias e tudo, que tava, né? Tendo esse problema, que a gente não tinha, como resolver e aí, às vezes, eles iam na ouvidoria [...]. Por exemplo, essa questão de vaga também, a gente precisa, às vezes, de internar o paciente pra quimioterapia e não tem vaga e, às vezes, a família fica estressada, né? Vem de longe, do interior com tudo programado não tem a vaga e, às vezes, questiona com a gente tudo, a gente fala: “Olha, vamos lá na ouvidoria” porque é importante acho pro hospital saber, que não tá tendo vaga, né? (MÉDICO 3).

Pelas entrevistas, foi possível constatar o desconhecimento das atribuições da Ouvidoria por alguns profissionais, em face do que o Profissional 2, atuante no setor, reconhece tratar-se de um processo de construção de relação com as equipes e de compreensão destas acerca da atuação da Ouvidoria. A exemplo do Profissional 8, que informou que “achava que não [a Ouvidoria não era para o funcionário], até um tempo atrás que eu fiquei sabendo, conversei com a gerência, e ela disse que a ouvidoria também é pra gente, que a gente pode procurar. Nunca fui, mas agora sei que tem essa possibilidade”.

Embora a Ouvidoria esteja estabelecida como setor de escuta também para o funcionário, por meio das entrevistas pode-se constatar que esse aspecto de atuação e sua acessibilidade pelo profissional não são de conhecimento amplo deles. E, mesmo aqueles que conhecem, muitas vezes, não se utilizam do serviço e preferem acionar o coordenador ou o gerente para darem seguimento às demandas. Sobre a questão, o Médico 7 questiona ter “muita dúvida, inclusive, se seria bem visto a gente acionar. A gente fazer uma reclamação contra a própria instituição, que a gente trabalha, do ponto de vista ético e legal é uma dúvida minha, que eu já conversei com outros colegas, que também tem a mesma dúvida”.

Considerando esses fatores, o Médico 2 afirmou ser interessante a criação de uma espécie de “ouvidoria dos funcionários” ou “ouvidoria interna”, como um canal para ouvir e tratar as questões que surgem entre profissionais. Embora o diálogo entre setores seja adotado nessas hipóteses, o entrevistado entende que a medida seria mais adequada para efetiva abordagem das questões.

Em que pesem as medidas apresentadas ao tratamento de dificuldades, destaca-se que os próprios médicos reconheceram a necessidade e a importância de se pensar outros meios de abordagem de conflitos que eventualmente ocorram na Instituição, bem como de reconhecer a relevância da comunicação e as eventuais falhas em sua realização. Vejam-se exemplos:

Mas, sobre esse aspecto, na verdade, eu nunca tinha pensado a fundo sobre isso. Talvez a sua entrevista tenha levantado essa questão, sobre o aspecto da técnica especificamente, talvez seja uma coisa que tenha faltado. Quando surgir um problema maior ou um problema, que a gente precise sentar e conversar ou técnicas de como abordar, de como conduzir essa entrevista e a conversa, talvez seja uma coisa que realmente, de fato esteja faltando e talvez fosse até interessante que tivesse. (MÉDICO 4).

É gerenciamento de conflito e falha de comunicação e dificuldade de comunicação, esse é um assunto muito sério pra nós e, que a gente tem carência de um espaço pra falar sobre isso e, inclusive pra falar do impacto disso na saúde do profissional, eu acho que é muito sério. (MÉDICO 5).

Eu acho, que o que mais contribuiria, vamos chamar assim é uma gestão mais eficaz. Eu acho, que o problema do hospital das clínicas é a gestão e é um problema, que eu vejo, desde [...] quando eu entrei e tem gente, que tá aqui há 50 anos e fala, que vê há 50 anos. Então, eu acho que eu mediaria muito melhor qualquer conflito aqui, tendo um fluxo pra resolução deles e pontos bem estabelecidos de como deveria agir em situações recorrentes. É claro, que numa situação que nunca aconteceu, né? A gente vai ter que estabelecer do nada uma ideia de como agir. Mas a gente vê que os problemas são recorrentes e, apesar de serem documentados, não se cria um fluxo pra resolução dos mesmos, então, acho que falta muito isso. (MÉDICO 7).

Diante das considerações apresentadas e das informações expostas pelos entrevistados, verifica-se que métodos adotados pela Instituição funcionam em certas hipóteses, porém não solucionam todos os casos. O que se verifica, pois, é a necessidade de estabelecimento de uma ordem ampliada de medidas possíveis a serem adotadas segundo sua adequação à dificuldade ou ao conflito a ser abordado. Nisso se insere a possibilidade da aplicação da mediação no HC-UFMG.

Esclareça-se que não se propõe transpor a mediação para o centro dos procedimentos administrativos já adotados entre equipes ou entre setores, nem substituí-los pelo processo de mediação, mas constituir um meio complementar, hábil a melhorar a condição de prestação do serviço hospitalar e de efetivação do direito à saúde.

5.3 Mediação no Hospital das Clínicas da UFMG e estruturação

Considerando a realidade do HC-UFMG no que tange às relações nele verificadas e às formas de abordagem de conflitos, a inserção da mediação no Hospital é possível e profícua.

Importa reconhecer, porém, que o uso da mediação em relações e situações da Instituição ocorra em vias externas.

Questões conflituosas surgidas nas relações internas ao HC-UFMG podem ser levadas à mediação em setor pré-processual do CEJUSC de Belo Horizonte, porquanto constitui meio disponibilizado também aos profissionais e aos usuários. Contudo, diante das críticas já apresentadas neste trabalho à vertente de mediação adotada no referido setor pré-processual, centralizada na resolução do conflito pelo acordo, repisa-se que a mediação apropriada ao HC-UFMG é aquela que não se reduz a uma técnica negocial para resolver desavenças, mas considera os vínculos pessoais e a regulação social na Instituição. Ademais, faz-se necessário ao HC-UFMG um processo que seja simplificado e efetivamente acessível, considerando as frequentes limitações dos usuários, até mesmo quanto a deslocamento. Assim, mostra-se adequada uma mediação que possa se estabelecer na própria Instituição, facilitando o acesso e a estruturação adaptada à realidade do Hospital e das pessoas a que compõe.

Registra-se, todavia, ser equivocada qualquer apresentação maniqueísta feita da mediação em relação aos procedimentos administrativos disponíveis na Instituição e ao Poder Judiciário, estabelecendo a mediação como um novo mundo de abordagem “magnífica” de todos os conflitos (SIX, 2001a). Diante disso, destaca-se que a mediação aqui apresentada não se insere no falso discurso dualista que estabelece a mediação como panaceia e bom caminho em oposição aos procedimentos atualmente adotados no HC-UFMG e outras vias possíveis. Propõe-se um meio complementar que contribua para a promoção de uma realidade cooperativa e dialógica no estabelecimento de vínculos e na abordagem de conflitos.

É certo que, assim como a decisão adjudicada – administrativa ou judicial – não é adequada ao tratamento de algumas desavenças, nem todas as controvérsias são idôneas a serem solucionadas pela via da mediação. Não se propõe aqui o abandono dos meios institucionalizados nem a adoção generalizada e indistinta da mediação a toda e qualquer situação, mas sua disponibilização enquanto meio para tratamento adequado de alguns conflitos verificados no contexto do Hospital. Com efeito, há situações conflituosas cuja natureza melhor se coaduna com a mediação e para cuja abordagem o processo judicial ou administrativo não configura instrumento necessário nem o mais adequado.

Nesse contexto, a mediação se constitui também como meio para o alcance de controvérsias que, eventualmente, permaneceriam sem tratamento ou gestão na conjuntura atual, perante a inadequação de outras técnicas para o enfrentamento, especialmente das desavenças de menor amplitude ou interpessoais. Torna-se possível, portanto, ensinar a

prevenção, gestão ou solução de controvérsias que até agora não chegavam sequer a ser apreciadas pelas chefias ou pelos procedimentos internos.

Ademais, frisa-se que, ainda que o processo de mediação seja capaz de eventualmente melhorar a opinião do usuário em relação ao HC-UFGM e a imagem pública da Instituição, este não é o objetivo da propositura de sua inserção no Hospital. Trata-se da utilização de método para uma construção de vínculos, reconstrução de laços relacionais rompidos ou enfraquecidos pelo conflito e abordagem adequada deste, seja em caráter de prevenção, gestão ou resolução, com o alcance de uma participação dialógica, autônoma e cooperativa dos envolvidos.

O foco de atuação do mediador se adequará ao contexto de aplicação da mediação, ao enfoque e aos objetivos dados a ela. Conforme apresentado, ela não possui uma única forma de se realizar ou um conteúdo limitado, além não estar adstrita a regras procedimentais, em que pese haver certos requisitos essenciais à constituição da mediação.

Anteriormente à abordagem da mediação proposta ao HC-UFGM, alguns esclarecimentos anteriores devem ser feitos sobre aperfeiçoamentos possíveis à Instituição, observados e construídos a partir das considerações feitas pelos entrevistados.

5.3.1 Medidas de melhoria para além da mediação

Este trabalho tem por objetivo central a apresentação da mediação adequada ao HC-UFGM, voltada à constituição e restauração de relações e à abordagem apropriada de conflitos em prevenção, gestão e eventual resolução deles. Contudo, diante da amplitude das exposições feitas pelos entrevistados, verifica-se a possibilidade de adoção de medidas promotoras de melhorias na Instituição que estão além da mediação proposta.

Porteiros e recepcionistas entrevistados apresentaram demanda para que fosse assegurada a informação de usuários – pacientes, acompanhantes, visitantes – sobre as normas do Hospital pelos profissionais associados aos cuidados de saúde, com o intuito de prevenir desavenças em Portaria e Recepção decorrentes de desconhecimento da norma e de evitar que acompanhantes tenham problemas de acesso em razão da ausência de autorização escrita, quando for o caso. Nesse contexto, os entrevistados destacam o valor da norma, para regulamentar o acesso e criar critérios objetivos até para a segurança da Instituição e de seus usuários, e criticam as constantes flexibilizações a ela que não são objeto de formalização escrita em documento a ser direcionado à Portaria.

Entrevistados mencionaram a utilidade de que houvesse um setor ou registro onde se concentrassem as informações de consultas, exames e outros procedimentos para facilitação da liberação de acesso em Portaria. Nesse sentido, o Recepcionista 1, inclusive, sugeriu a criação de um sistema unificado de registro de agendamentos que permitisse centralizar todos os horários marcados ao paciente e o setor ao qual a marcação está vinculada, de forma que eventuais ausências de informação do usuário não prejudicassem seu acesso ao Hospital e o serviço prestado pela Portaria e Recepção. Sobre a questão:

Eu acho que tinha que ser uma central, assim, específica e ela ter o registro de todas as ligações porque, como eu disse, tem residente que liga, tem secretaria do ambulatório, que liga, que tem médico, que liga do próprio telefone pessoal e também, quando às vezes liga do telefone aqui do hospital, eles ligam, aí é telefone geral. Então, é sempre o mesmo ramal. Então, aí o que dificulta, às vezes, a pessoa chega e fala: “Não, esse número aqui me ligou”, mas é o geral, como é que eu vou saber qual secretaria de qual andar, qual ambulatório ligou pra ele. Então, se tivesse talvez ou, se pudesse aparecer pro próprio usuário o ramal específico do setor específico, que tivesse ligando pra ele ou uma pessoa só, tipo uma central de marcação, igual tem a central de marcação do SUS, que se tivesse uma central daqui. Pra tanto pro prédio principal, como todos os outros ambulatórios. Acho que isso facilitaria muito a vida do paciente, e a nossa também. (RECEPCIONISTA 1).

Outra providência sugerida por entrevistados foi a melhoria na divulgação de informações na Portaria do prédio central. Embora existam cartazes de identificação dos locais de acesso, de guichês e de algumas normas específicas, não estão visíveis com facilidade aos usuários. Sugeriu-se, portanto, cartazes em posições de melhor visualização pelos usuários, de modo a prevenir eventuais conflitos decorrentes de desconhecimento da informação. Nesse sentido, confira-se descrição mais detalhada fornecida em entrevista:

Eu acho que poderia ter um pouco mais de informação porque lá, igual lá na portaria em si tem um cartaz, num corredor, mas não é um cartaz muito chamativo, que eu até mesmo entrando em um hospital, eu acho que eu não leria esse cartaz e tem... Quando o paciente faz a internação, tem uma tipo uma cartilha, que é entregue a ele, informando os direitos e deveres e também, tem lá as orientações em relação ao acompanhante e a visita. Mas eu acho pouco, acho isso muito pouco, eu acho que teria que ter um outro tipo de divulgação ou um cartaz maior. Igual também nos dois guichês lá, que são dois guichês na portaria, um de visita e um de acompanhante, um colado ao outro. Nesses guichês é... tem uma folha A4 com várias escritas informando, que aquele é de acompanhante, aquele é acompanhante/visita e o outro é visita/adulto, acompanhante/visita pediatria e acompanhante/visita adulto. Muitas das vezes a fila imensa, quando a visita, o acompanhante chega e fala: “Ah não. Esse acompanhante é visita/adulta é no guichê ao lado”, aí ele: “Ah, mas aonde que fala isso?”, aí a gente tem que falar, “ah mas é um, é pequeno, é muito pequeno pra... uns gichezinhos tão apertados” e às vezes, quando a pessoa chega, as duas filas já estão bem grandes. Então, não tem nem como ele ter acesso a esses guichês. [...]. Pra ver aonde que ele tem que ir. Então, ele entra numa fila achando que aquilo ali é o setor certo. Chega lá, depois de dez minutos numa fila, quinze, informa que a fila... então, eu acho que é... o cartaz poderia ser maior, mais visível ou, talvez, alguém

orien... igual lá até tem o posso ajudar, mas não é sempre que ele fica. É quando tem o estágio, não é todas às vezes, que tem estágio, tem vezes que a gente fica, sem. Então, às vezes, a paciente entra na fila ali, o acompanhante, sem saber, se aquela fila é correta. E eu acho que também nas enfermarias deveriam de ter, às vezes, uma distribuição na admissão do paciente, eu nem sei, se realmente tem, não posso te dizer, afirmar, mas, se tivesse, né? Um cartaz na admissão do paciente, quando ele chega ao leito também, algo que ele pudesse distribuir ao familiar. Alguma coisa assim. (RECEPCIONISTA 1).

Ainda sob o aspecto da orientação dos usuários, pelo que foi apresentado em entrevista, os pacientes em internação são informados e orientados sobre as normas do Hospital, informação esta que às vezes alcança seu acompanhante, segundo o caso, por meio de cartilhas e esclarecimentos pessoais no leito. Todavia, foi sugerido pelo Médico 7 que fossem elaboradas cartilhas aos pacientes em tratamento ambulatorial (não internados) contendo seus direitos e seus deveres, a exemplo do dever de comparecimento em consulta agendada.

Pelo que se pode extrair das entrevistas, os porteiros recebem, em regra e com regularidade, curso e capacitação referentes à segurança do trabalho, aos procedimentos necessários em caso de incêndio, ao tratamento de resíduos e à função exercida em Portaria. Somado aos citados, é eventual a realização de capacitação ou palestra que aborde temas relacionados à forma de tratamento do usuário da Instituição em caso de conflitos. Segundo relatado pelos entrevistados, esse tipo de formação auxilia no aperfeiçoamento das formas de abordagem das situações vivenciadas no cotidiano. Sobre a questão, confira-se o exemplo:

Uma coisa da capacitação que eles ensinaram pra gente, a questão de você não falar não, assim, diretamente a questão porque o não, dependendo da forma que você fala, ele fica muito pesado, ele fica muito agressivo. Então, é melhor falar: “Olha, isso não tem como resolver aqui.”, é melhor do que eu falar: “Não tem jeito” e não tentar fazer nada, sabe? Por mais que depois eu vou dar um não, eu primeiro, eu vou tentar alguma coisa, pra poder ajudar. (PORTEIRO 2).

Diante do exposto, conclui-se que a realização de capacitações de porteiros e recepcionistas em comunicação com o usuário e em formas de tratamento de eventuais conflitos auxilia no exercício da função em Portaria e na abordagem adequada das situações que ocorrem.

Conforme relatado pelos porteiros e recepcionistas entrevistados, a escuta atenta do usuário, dando-lhe tempo e espaço para expor suas questões e “desabafar”, contribui para que se alcance dele uma postura mais colaborativa e compreensiva, além de permitir ao funcionário da Portaria e da Recepção compreender quais são as necessidades e interesses do usuário. Assim, é possível constatar que uma capacitação dos porteiros e dos recepcionistas

em técnicas de comunicação e de escuta seria proveitosa em sua atuação, até mesmo para prevenção e gestão de conflitos em seus postos de trabalho, munindo o funcionário de melhores condições para avaliar as situações enfrentadas na função de porteiro ou recepcionista e as abordagens mais adequadas a cada caso, inclusive a identificar quando se tratar de hipótese em que não convém sua própria atuação e que deva ser acionada a coordenação.

Sobre as dificuldades e os conflitos gerados por pacientes sem informação ou orientação – ou com dados insuficientes – para acesso ao Hospital para consultas ou intervenções médicas, segundo afirmado por porteiros e recepcionistas entrevistados, mostrou-se necessária a adoção de novas providências pelo médico. É importante que o médico dê ao paciente as informações e os documentos – quando possível – para que o usuário tenha acesso facilitado aos serviços do HC-UFMG, porquanto isso depende da identificação de dados fornecidos por esse profissional ao usuário.

Por exemplo, confira-se o excerto:

Eu acho, que o médico deveria deixar tudo agendado. Ou, então, colocar no papelzinho que fica tudo mais fácil, pra gente localizar o setor, mas, às vezes, eles não dão nada. Fala pra eles [pacientes] assim: “Você vem seis horas da manhã”, aí o paciente não sabe que cirurgia que vai fazer, não sabe se é cirurgia, se é consulta, se é um exame. Não sabe nada, não sabe o nome do médico. Aí fica um pouquinho difícil. (PORTEIRO 1).

De modo semelhante, os conflitos em Portaria envolvendo a entrada de médicos visitantes poderiam ser prevenidos caso médico, profissional ou equipe junto ao qual o visitante irá atuar, efetuasse o aviso prévio da visita junto ao setor de Portaria.

Pesquisadora: Na sua perspectiva, o que mais contribuiu ou contribui para o tratamento dos conflitos que eventualmente surgem na relação com médicos?

Entrevistado: Quando manda um e-mail, eu acho, né? Quando o setor sabe que vai vir alguém, ele já deixa pré avisado. Manda um e-mail, fica bem mais tranquilo, né? A gente tem acesso ao e-mail e ali tem as liberações, é mais fácil, aí quando é assim já fica mais tranquilo. Se funcionasse, tudo ia ser maravilhoso. (PORTEIRO 1).

Ressalta-se que foi esclarecido em entrevistas que o HC-UFMG possui um sistema virtual interno (intranet) acessível por todos os funcionários da Instituição (médicos e outros profissionais) contendo todas as normas do Hospital, inclusive aquelas referentes à autorização e restrição de acesso. Contudo, as reiteradas situações de inobservância e de oposição de funcionários narradas nas entrevistas com porteiros e recepcionistas indicam que a medida não tem sido efetiva.

Segundo relatos dos entrevistados, seria proveitoso que houvesse uma conscientização dos funcionários sobre as normas de acesso ao Hospital, como forma de prevenir e facilitar a abordagem de conflitos envolvendo a inobservância delas. Eventualmente, ações preventivas e de gestão realizadas por chefias, por coordenações ou pela diretoria da Instituição para promover o conhecimento e a compreensão pelos funcionários (médicos e outros) das normas referentes ao acesso institucional, sobretudo quanto à identificação e ao uso de crachás. Semelhante conscientização se mostra profícua, também, a médicos acerca das regras referentes aos pacientes, de modo a esclarecer ao médico a necessidade de fornecer ao usuário informação detalhada sobre exames, consultas e outros procedimentos para possibilitar o acesso ao Hospital.

Ademais, conforme apontado anteriormente, o recurso à coordenação tem sido meio adotado de forma recorrente para a abordagem de conflitos mais graves em Portaria, ou sem alternativa de tratamento identificada pelos próprios porteiros. Verifica-se, pois, o papel relevante das pessoas integrantes da citada coordenação no sentido de suscitar formas dialógicas de atendimento das necessidades do usuário (paciente ou acompanhante), sem, contudo, rejeitar as normas de funcionamento e de acesso do Hospital e sem ignorar as questões próprias de acesso e liberação de cada setor para onde o usuário se destina. Ao contrário, os integrantes da coordenação proporcionam também um espaço de manifestação do setor em relação ao usuário que gerou uma demanda em Portaria. O setor a que o paciente ou acompanhante se destina é contatado para indicar suas próprias questões e necessidades quanto à liberação – ou não – do acesso e as condições em que deve se dar.

Diante do exposto, identifica-se que a coordenação da Portaria ocupa um lugar potencial de terceira pessoa em relação a desavenças que se dão entre usuário e porteiro ou mesmo entre usuário e setor que busca acessar. Revela-se, pois, propício que os integrantes dessa coordenação recebam capacitação para facilitação da abordagem de conflitos. Embora nem todas as pessoas tenham aptidão para exercer a função de mediador, em razão de suas características pessoais e dos elementos necessários a um mediador, é certo que o conhecimento de técnicas de promoção do diálogo, de escuta ativa, de criação de um espaço de reconhecimento e compreensão mútuos permite que a coordenação desenvolva sua atuação, tanto entre usuário e porteiro como entre usuário e funcionários do setor de destino.

Conforme esclarece Six (2001a), uma pessoa dotada de autoridade não pode ser mediador nos moldes aqui propostos, tratando-se a coordenação de setor com autoridade. Todavia, o autor complementa que “existe, para um chefe de estabelecimento, uma larga praia

de mediação possível, pois a mediação é primeiramente prevenção e isto dentro de uma verdadeira criatividade” (SIX, 2001a, p. 95). Assim, embora o detentor de autoridade não possa ser mediador em sua função de chefia, ele pode atuar de outra forma, especificamente preventiva. Nesse sentido, Guillaume-Hofnung (2018) aponta que os tomadores de decisão poderiam se beneficiar de algumas horas de conscientização.

Nos serviços prestados no Hospital, especialmente aqueles relacionados à internação de pacientes, destaca-se a relevância da Enfermagem no processo de cuidado e no estabelecimento de vínculos com outros profissionais, paciente e acompanhantes. Sobre a questão, relevante a seguinte consideração:

Agora, com relação à enfermagem, tem um outro olhar, que é o olhar de... tem uma outra questão, que é assim, enfermeiro, ele tá na beira do leito do paciente, sabe? Então, a relação dele com o paciente é muito diferente, a relação de conflito dele com o paciente também é muito diferente, a relação do médico e dos outros profissionais não médicos, que não os enfermeiros, ela é um pouco mais parecida. [...]. Porque ela [a enfermagem] tá com o processo na mão dela, entendeu? Ela, que admite o paciente na unidade, ela que põe o paciente na cama, ela que escuta a dor, ela que traz o remédio, ela que vai brigar com o paciente, ela que vai acalmar, ela que vai, entendeu? [...]. É muito forte essa interação entre a enfermagem e o paciente, né? (PROFISSIONAL 2).

Diante da proximidade do profissional da Enfermagem ao leito, ao cotidiano do cuidado com o paciente e às relações interpessoais e intergrupais mantidas na internação com usuários e outros profissionais, verifica-se profícuo uma capacitação ou sensibilização do enfermeiro e do técnico de enfermagem em técnicas de diálogo e, eventualmente, em mediação, segundo haja interesse. Os próprios profissionais reconhecem a utilidade de referida capacitação, como se verifica no excerto:

Acho que é um tema bem pertinente, principalmente na enfermagem. Acho que a coisa que eu mais faço aqui é mediar conflito, tanto dentro da própria equipe, da equipe com paciente, da equipe com acompanhante, do acompanhante com outro acompanhante... [...]. Todas as esferas. E eu sinto falta de uma capacitação melhor nesse sentido. É uma área difícil, porque não tem muito o que é certo. Precisa de experiência, mas eu acho que teoria ajuda. (PROFISSIONAL 8).

Semelhante relevância no processo de cuidado foi destacada em relação aos profissionais da Psicologia, que também poderiam encontrar aperfeiçoamento em capacitações similares. Importante, contudo, ressaltar que, embora as capacitações indicadas se mostrem aptas a incitar todos os funcionários da Instituição a suscitarem o diálogo e a cooperação no cotidiano, bem como a promover uma sensibilização geral à mediação, isso

não significa tornar todos mediadores, considerando ser esta função específica e com formação própria.

Sobre o tema da formação, os Médicos 1, 3, 4, 6 relataram que não receberam formação específica e sistematizada em tratamento de conflitos ou em comunicação com pacientes e familiares durante sua formação acadêmica – graduação, residência, mestrado e doutorado –, à exceção de orientações sobre a comunicação de notícias ruins, especialmente no âmbito da Oncologia, da disciplina de Psicologia Médica e de Semiologia, concernente à forma de examinar e abordar o paciente, de colher dados necessários e de realizar a anamnese²⁷. Segundo relatado em entrevista, a formação em semiologia orienta o profissional a uma escuta ativa do paciente e à atenção para além dos aspectos físicos envolvidos, abarcando também elementos psíquicos e sociais existentes.

O Médico 2 relatou ter tido formações durante o percurso acadêmico, especialmente em abordagens informais, que perpassaram o tema do tratamento de conflitos ou da comunicação. O Médico 5 apontou ter vivenciado processos de formação no tema em discussões de caso e acompanhamentos com preceptores e reconheceu a deficiência gerada pela falta de formação sistematizada no tema, pois fica na dependência de um preceptor ou profissional apto a auxiliar e conscientizar o graduando ou residente nesse sentido.

O Médico 3 indicou ter recebido capacitação no tema de gestão de conflitos em oficinas oferecidas pela Faculdade de Medicina da UFMG após o seu ingresso como docente na Instituição e afirmou ter sido útil em sua atuação cotidiana. O Médico 7 assinalou que pode ter melhor contato com o tema em pesquisas feitas em nível de pós-graduação, além de discussões com preceptores. Médico 8 afirmou ter tido uma formação mais ampliada na temática de comunicação em razão de sua formação complementar em cuidados paliativos e em psicanálise, que muito colaborou na atuação profissional.

Alguns dos médicos entrevistados – Médicos 1, 4 – afirmaram entender que a ausência da citada formação não afetou sua atuação profissional, uma vez que, pela educação familiar, formação enquanto sujeitos em sociedade, vivência e lida diária, aprendizado com professores, preceptores e outros médicos durante a prática médica, ou esforços pessoais, se

²⁷ Os termos anamnese ou história clínica designam o conjunto de informações recolhidas sobre fatos de interesse médico que dizem respeito à vida de um determinado paciente. Por isso, a busca dessas informações não deve se restringir à doença ou à moléstia que, no momento, o acomete e sim ser mais ampla, pois seu intuito é permitir que o médico alcance um conhecimento integral do paciente que inclui aspectos físicos, psíquicos e sociais. Essas informações são obtidas quando o médico ou um seu auxiliar entrevista o próprio paciente ou pessoas com ele relacionadas. (LÓPEZ, 2004, p. 05).

habilitaram a lidar com controvérsias porventura surgidas. Contudo, o Médico 1 reconhece que uma formação específica, se bem estruturada, seria útil.

De modo semelhante, diversos profissionais não médicos informaram que não receberam formação específica em tratamento de conflitos ou em comunicação com pacientes e familiares, enquanto outros, especialmente do Serviço Social e da Psicologia, afirmaram tê-la recebido de forma integrada à sua graduação e eventuais formações complementares.

Quanto ao HC-UFMG, alguns entrevistados apontaram que não fizeram cursos pelo Hospital, que fizeram apenas aqueles vinculados à docência na Faculdade de Medicina da UFMG ou que participaram de capacitações nos temas de normas da empresa, carreira e trabalho, regulamentações e medidas referentes à assistência à saúde, como controle de infecção hospitalar, e aspectos técnicos de suas respectivas especialidades.

Extraí-se das manifestações dos entrevistados que, ainda que a capacitação formal e estruturada para lidar com conflitos não lhes tenha impedido o exercício profissional ou o aprendizado por outras vias, uma formação integrada ao percurso acadêmico do profissional da saúde, sobretudo do médico, poderia facilitar a abordagem da questão no cotidiano, habilitando melhor o profissional ao trato na prática e prevenindo algum sofrimento ou agravamento em situações conflituosas.

Sobre medidas pessoais adotadas pelos profissionais, alguns destacaram que o autoconhecimento e o cuidado com si mesmos são medidas relevantes para permitir a cada um lidar de forma mais compreensiva e cooperativa com o outro e com as eventuais desavenças. Nesse sentido:

Ontem, o residente tava lá me falando de como lidar com isso, eu falei: “Bom, a primeira questão, eu acho, que todo profissional de saúde tem que fazer terapia” porque ele tem que tentar se conhecer e saber dos limites dele, das competências emocionais dele. A partir daí, do seu auto conhecimento, você com certeza vai ter capacidade de compreender o outro porque se você não se compreende, como que você vai compreender o outro? E o trabalho, que eu entendo que a gente tem que fazer para lidar com conflito e pra comunicar com as pessoas é pelo conhecimento. Então, o auto conhecimento e eu tentar me abrir pra te conhecer, saber sua história, eu só posso comunicar com você bem, se eu souber a sua história. [...]. Eu não vou conseguir resolver meus conflitos com ela. Então, passa por isso tudo aí, né? (MÉDICO 5).

Eu acho que é isso assim e uma busca individual de cada um, num processo de lidar com as próprias questões. Eu acho que além dessas reuniões, desses encontros, dessa aproximação, essa tentativa de conversar, de valorizar, responsabilizar, uma busca individual de cada um para lidar com as suas dificuldades. (MÉDICO 8).

Expostas as medidas identificadas pelos dados colhidos para aperfeiçoamento da estrutura institucional de tratamento de conflitos, necessário estabelecer as providências próprias à adoção da mediação pelo HC-UFMG.

5.3.2 *Para uma mediação adequada ao Hospital das Clínicas da UFMG*

Considerando as dificuldades, narradas pelos entrevistados, que ocorrem nas relações interpessoais e intergrupais no HC-UFMG, mostra-se oportuna a adoção da mediação sob a perspectiva já apresentada neste trabalho.

Sobre o âmbito da saúde, Guillaume-Hofnung pondera:

No sistema de saúde, existem pessoas que escutam, especialmente psicólogos. Pessoas que falam ou querem falar, existem ainda mais. As pessoas que se comunicam, são raras, porque poucas palavras têm o mesmo nível, e os profissionais que as ouvem raramente têm a missão complementar de se relacionar. O hospital fornece uma ilustração interessante. O discurso é dividido entre níveis sociais ou estatutários muito hierárquicos. Há a palavra dos médicos, com as modulações institucionais que passam das palavras do professor para a palavra do simples médico, os membros não médicos da equipe, os mecanismos da instituição de cuidados, os pacientes, muitas vezes usuários de um serviço público e, finalmente, uma família em um lugar raramente definido, mas sempre inconveniente, tanto para ela quanto ao sistema hospitalar. (2018, p. 57).

A divisão do discurso, marcado por referências heterogêneas, somado à diversidade de palavras que se entrecruzam no universo particular que é o hospital, resultam em diferenças e incompreensões, em face das quais a qualidade técnica do atendimento e da assistência não é mais suficiente a estabelecer ou restabelecer os vínculos (GUILLAUME-HOFNUNG, 1999). Especificamente no que tange aos pacientes, a autora afirma que “para os doentes em uma situação de vulnerabilidade, o *déficit* de comunicação é mal vivido. A qualidade da comunicação médica torna-se um elemento da qualidade dos cuidados” (GUILLAUME-HOFNUNG, 2018, p. 57).

Quem procura mediação quer estabelecer com o outro uma comunicação efetiva – não no modo adversarial, mas no modo dialógico – em presença de uma terceira pessoa que ajuda a melhor instituir o diálogo entre eles. Estabelecer – ou restabelecer – a comunicação é objetivo da mediação. A mediação melhor conduzida é a que produz comunicação verdadeira entre as duas partes, uma comunicação que trará realmente frutos na vida de cada uma das duas pessoas ou de cada um dos dois grupos (SIX, 2001b). A mediação, quando tomada em seu sentido largo de modo de gestão de conflitos e de criação – ou restauração – do vínculo

social, é meio de instauração de um diálogo efetivo e ético entre todos os participantes da relação de tratamento.

Esse processo se caracteriza pela participação do terceiro, mediador, que deve combinar qualidades específicas, entre as quais se destacam a formação, o não poder, a independência e a equidistância. Solicitada a mediação por um dos protagonistas ou por ambos, o mediador deixa esclarecido o que é a mediação, até para evitar que os envolvidos conduzam a demanda para uma assistência, uma conciliação ou um conselho.

Cada mediação é única, de acordo com as pessoas, os grupos e as circunstâncias em que se coloca, e deve encontrar sua estratégia própria. Contudo, há elementos e características essenciais à mediação que se propõe ao HC-UFMG.

O processo é caracterizado pela voluntariedade tanto na definição de se dar início à mediação como para eventual resolução ou encaminhamento estabelecido pelos mediandos, e pela confidencialidade, de modo que toda informação ou consideração apresentada pelos envolvidos na mediação será sigilosa, salvo autorização expressa das partes e violação à ordem pública. Destaca-se a relevância desse elemento para a proteção dos interesses dos mediandos e para criação de um ambiente propício a uma troca e um diálogo frutíferos.

A atuação do mediador se dá sob uma lógica que admite uma terceira possibilidade para além do reducionismo ao “isto ou aquilo”, considerando a complexidade própria à realidade e às ações humanas. Diante da tendência de aplainar o real e resumir tudo em duas dimensões, o mediador olha o “3”, percebe e valoriza uma terceira dimensão. Ele faz o “3” ao provocar pessoas e situações a não se aprisionarem no maniqueísmo, no bom e mau (SIX, 2001a).

Os sujeitos que passam pela mediação não somente preservam sua identidade, mas concluem o processo com a identidade reforçada, em razão da possibilidade gerada pelo mediador de lidar com o outro sem ser por ele absorvido ou derrotado. O processo de estabelecer o ternário permite reconhecer o outro e as diferenças de forma geral. Nisso ressalta-se que a mediação consiste, primordialmente, em estabelecer ligações onde elas não existem ou reconstituí-las onde não existem mais, e não em achar solução para conflitos (SIX, 2001a).

Conforme esclarece Silva (2013, p. 34), pode-se sinalizar que o objetivo mais difícil da mediação seja levar pessoas conflitantes a transformarem um conflito de forma positiva, pela intercompreensão, escuta mútua e por elas próprias, sem a imposição de soluções por apenas uma delas ou por um terceiro. A figura do mediador é essencial e característica do

processo de mediação, pois sua atuação, aliada ao procedimento adotado, permite fazer com que indivíduos ou grupos em posições distantes ou opostas possam dialogar, se encarando não como adversários, mas como aliados que desejam uma solução reciprocamente aceita.

Sob essa perspectiva, em encontros conjuntos ou separados com os envolvidos, o mediador os estimula a perceberem que nem tudo é o que parece e a abandonarem a ideia usual de que um dos dois tenha que se tornar ganhador ou perdedor, que a satisfação simultânea dos mediandos não precisa passar pela rejeição do outro. Leva, assim, as pessoas em mediação a, por si mesmas, utilizando-se de seus próprios recursos, caminharem para uma mudança em si mesmas e para uma mudança relacional entre os envolvidos ou entre dois grupos, sem que um se imponha ao outro e sem que se ignorem. Os mediandos são os primeiros atores de uma mediação e, para que esta ocorra, eles devem ter participação ativa, enquanto o mediador age para impulsioná-los.

O mediador ajuda as pessoas a estabelecerem um processo de abordagem cooperativa do conflito e os auxilia a se comunicarem de forma ampla e aberta. Mesmo quando os envolvidos já tenham adotado uma abordagem inicial para tratar o conflito, não sendo ela eficaz na gestão da desavença, a atuação do mediador contribui para que os sujeitos conheçam e adotem um novo processo de abordagem. Este terceiro se apresenta, pois, como um catalisador, dotado de função independente da conjuntura e dos sujeitos nos quais atua, mas suscetível de criar situações novas e de mudar a vida das pessoas pelo contato que estabelece entre eles. Exerce papel criativo que influencia a mudança do conflito e das pessoas em conflito sem, contudo, dominar ou impor a mudança (SIX, 2001a).

O termo catalisador é aplicado ao mediador para designar essa pessoa cuja presença provoca uma real transformação da qual ela é a iniciadora ou o motor (SIX, 2001b, p. 180-181). A mediação é uma ação por catálise, porquanto identificada pela presença de alguém que não tem poder inicial e que, ao final do processo, se retira sem ser alterada pela reação que provocou. Como a catálise, a mediação não consiste jamais em tomar o lugar dos protagonistas, absorver e anular suas diferenças ou fazê-los fundir por meio da pessoa do mediador.

Para melhor caracterizar o mediador, Six (2001a, p. 223) o compara a um diretor de cinema e a um maestro “que não tomam o lugar dos atores ou dos músicos, a quem compreendem, infundem confiança, insuflam ritmo, trazem uma espécie de energia suplementar e impulsionam a dar todo seu talento”. Todavia, diretor e maestro também são responsáveis pela obra produzida, na atuação de catalisador.

Somado aos elementos apresentados, é fundamental à mediação que o mediador, para se estabelecer como tal, possua qualificação específica, adquirida por meio de formação ampla e continuada. Sobre a questão, essencial a observação de Six:

A mediação é uma profissão enquanto tal; certas profissões favorecem a tendência a se pensar que estão, de início, aptas à mediação. Entretanto, elas são manifestamente governadas pelo binário – assim como os advogados – e não são, em si, feitas para entrar em um processo ternário, que a mediação requer. A mediação pede uma formação específica; o desejo que têm as pessoas incompetentes em direito ou a segurança que têm as pessoas muito incompetentes em direito não fazem delas, como por magia, mediadores. (2001a, p. 147).

No mesmo sentido, Guillaume-Hofnung (2018) critica a perspectiva adotada por algumas pessoas sobre haver um “mediador natural”, pela qual pensam em extrair de seu *status* pessoal ou profissional uma postura de mediador inata. A autora esclarece não ser suficiente tomar a experiência e a formação adquirida em uma carreira anterior e combiná-la com qualidades que se acredita possuir naturalmente, em função da ideia que cada um faz da mediação (2018, p. 31). O exercício da mediação requer qualidades próprias que não são inatas e tornam mediadores mal treinados perigosos. A qualificação do mediador para atuar independe de sua profissão, mas sim de sua capacitação para ser mediador (SALES, 2003, p. 84).

Portanto, ainda que se reconheça uma postura mediadora em certos profissionais ou que certas pessoas se colocam como que naturalmente inclinadas à mediação, é imprescindível que o mediador instituído como tal tenha formação específica – ampla e continuada – para o exercício desse papel. Nas palavras de Six (2001a, p. 217), “a identidade do mediador não é uma identidade inata, mas adquirida”, de modo que a mediação deve ser por ele atualizada, aperfeiçoada, afinada e trabalhada sem cessar.

É necessário também ao mediador um não-poder, referente a não ser ele investido de autoridade para intervir de modo direto e decisivo em qualquer fase do processo da mediação (SILVA, 2013), elemento garantidor do protagonismo e do empoderamento dos envolvidos. O mediador não tem autoridade para decidir pelos mediados, o que torna a mediação propícia a muitas pessoas em razão de elas manterem o poder fundamental da tomada de decisões, fato que não se verifica em procedimentos judiciais e administrativos de deliberação por terceiros externos (MOORE, 1998, p. 30).

O mediador não impõe uma decisão nem manda, não obriga os mediados a um resultado, não manipula ou seduz, nem exerce qualquer pressão, seja ela psicológica, administrativa ou judicial. Ele ocupa posição de terceira pessoa que não detém qualquer poder

e que se coloca em auxílio para que as próprias pessoas, por si próprias, restabeleçam seus vínculos e criem suas próprias saídas. Ressalta-se que, diante de todo mediador, os mediados permanecem dominantes de seu destino e de sua decisão, enquanto o terceiro se afasta de todo poder ou intervenção abusiva. No agir para ajudar as pessoas a mudarem a situação e a si mesmas, ele não o faz forçando as mudanças e impondo tempos.

O não poder de decisão do mediador não o conduz à inatividade ou passividade. No processo da mediação, é justamente pelo não poder que se permitirá avançar, estabelecer ou restabelecer uma relação. Conforme Guillaume-Hofnung (2018, p. 23), é o “poder paradoxal da ausência de poder”. O mediador é um terceiro que suscita a liberdade das pessoas, para que elas mesmas e por elas mesmas alcancem uma definição e condução de suas próprias questões. É livremente que cada pessoa consente com uma mediação, é livremente que eles se engajam, com a faculdade de se retirar do processo a todo o momento, caso desejem (SIX, 2001b).

O mencionado não poder constitui condição para a existência da mediação, de modo que Six (2001b, p. 176) adverte que, quando o mediador é procurado em razão de deter uma competência em um domínio, como a Medicina ou o Direito, não se está mais na mediação, mas no setor da consultoria.

Segundo Warat (2001), o poder do mediador se constitui em criar espaços transacionais, chamar os envolvidos no conflito para um lugar de transferências, que o autor denomina um “entre-nós”, em que cada pessoa reconheça o outro e olhe a si mesmo a partir do olhar do outro e, assim, possa transformar-se e gerar, com o outro, uma diferença e uma novidade na relação, transformando o conflito por eles mesmos.

O mediador detém seu poder de ativar o movimento das pessoas nesse processo em razão da confiança que elas depositam nele. Seu poder se constitui por uma autoridade moral que implica o respeito que recebe na liberdade de cada pessoa, conscientes de que ele não utilizará a força, a coerção ou qualquer outro meio de pressão (SIX, 2001b). A autoridade que ele detém é dada pelos mediados e reside em sua confiabilidade, credibilidade pessoal, habilidade para melhorar as formas de abordagem de situações conflituosas (MOORE, 1998, p. 30). Portanto, trata-se de uma autoridade que os requerentes de mediação o conferem, sem a coerção de qualquer instituição.

Ressalta-se, contudo, que, embora o mediador possua um efeito de “catálise” precioso, seu papel não substitui, em momento algum, o do gestor hospitalar ou do juiz, porquanto não constitui um “juiz informal” e possui ação limitada. Assim, é essencial que o mediador saiba

discernir o que é do domínio da administração do HC-UFMG – ou mesmo do Poder Judiciário e de outras instituições de proteção a direitos – e o que não é, para que não subtraia uma injustiça da apreciação pelo ente competente. Nisso, também, se faz imprescindível uma formação apropriada ao mediador (SIX, 2001a).

Somado ao exposto, a mediação implica necessariamente a presença de uma terceira pessoa estritamente independente dos dois protagonistas ou antagonistas, tratando-se de condição primeira da mediação (SIX, 2001b). Um terceiro independente não possui ou representa qualquer interesse pessoal ou externo à relação ou ao conflito, nem um poder específico ou alguma instituição, qualidades que asseguram a integridade da metodologia (SILVA, 2013).

Essencial à mediação no HC-UFMG – e a qualquer processo de mediação – a independência do mediador, de modo que não seja submissa nem apropriada por qualquer interesse ou autoridade. Ademais, o processo é baseado na autonomia da vontade das pessoas implicadas, incluindo o mediador, e na responsabilidade de cada um (GUILLAUME-HOFNUNG, 2018), o que se torna possível em um contexto de real independência.

As pessoas, compreendendo que se trata realmente de um terceiro independente, vão reconhecê-lo como verdadeiro mediador e poderão se desinibir para participação ativa no processo de mediação e expor seus interesses, medos e angústias, na segurança de que podem dialogar e agir livremente sem intervenção de interesses externos aos seus desejos pessoais (SILVA, 2013, p. 53).

Ademais, também é essencial ao processo de mediação a equidistância do mediador, de modo que não esteja propenso a qualquer dos envolvidos e ofereça, a cada um, oportunidades iguais de fala, escuta, discussão e orientação. Esse elemento também confere confiabilidade ao mediador para que as pessoas concordem em seguir com o processo da mediação e para que nele encontrem segurança e oportunidade de participar de um processo equânime e não tendencioso no qual todos têm os mesmos direitos e deveres, que são observados de forma igualitária pelo mediador (SILVA, 2013). Nesse sentido:

O mediador, apesar de não ser parte no conflito, é parte no processo de mediação. Portanto, nessa medida, não é imparcial, influencia e é influenciado por toda a dinâmica do processo de mediação. Mas deve atuar sempre com equidistância, para proporcionar equilíbrio de poderes, escuta recíproca, empoderamento e justiça das soluções, que atenda às necessidades dos mediandos. (ZAPPAROLLI; KRÄHENBÜHL, 2012, p. 93).

Trata-se de uma exigência de que o mediador não influencie o resultado, porquanto, embora seja participante ativo do processo de mediação, as decisões e as providências resultantes são próprias dos mediandos, no exercício de sua liberdade e autonomia. O mediador acompanha as pessoas em seu projeto sem fazer prevalecer o dele (GUILLAUME-HOFNUNG, 2018, p. 88) e sem identificar-se com um ou outro mediando.

Sobre a questão, Silva (2013) esclarece caber ao mediador atuar para diminuir disparidades em conflitos nos quais exista desequilíbrio entre os envolvidos, levando-os a dialogar em condições semelhantes. Por essa razão, a autora complementa;

Uma mediação não pode ser bem sucedida se houve desequilíbrio entre as partes, naqueles casos nos quais uma delas encontra-se submissa ou diminuída perante a outra. O mediador deve atuar em equidistância perante os mediandos, o que não importa dizer que ele não deva buscar o empoderamento das partes – já que tal empoderamento é uma função do mediador [...]. Ele deve procurar estabelecer um equilíbrio entre as mesmas de modo a possibilitar um diálogo saudável e efetivo, bem como o envolvimento de todos no processo da mediação. (SILVA, 2013, p. 62).

Conforme descrito pelos entrevistados, é recorrente que haja queixas da parte do paciente ou de seus acompanhantes em razão de deficiências no atendimento ou de expectativas não atendidas. Esta queixa, sobretudo no âmbito da assistência à saúde, merece escuta, como ocorre na Ouvidoria do Hospital, espaço destinado eminentemente a ouvir o usuário e receber manifestações. Todavia, também merecem atenção os “sem-voz”, as manifestações silenciosas ou não expressas. Enquanto processo propiciador do reconhecimento mútuo e da comunicação, a mediação se constitui meio para percepção não apenas dos discursos subjacentes ao que é manifesto “mas o silêncio daqueles que não chegam a exprimir-se, seu grito inarticulado, as palavras que eles inibem, retêm, reprimem, os apelos dos que gostariam de falar e são psicologicamente afônicos” (SIX, 2001a, p. 138). Sobre isso, Six (2001a, p. 139) adverte que “é preciso estar ainda mais atento aos pedidos informados, informáveis, especialmente nos casos de desalento, de exclusão, de ansiedade, de doença”.

Diante de todos os componentes expostos, esclareça-se que a mediação não recusa as leis, as normas de conduta e de trabalho ou outra referência comum. Errôneo considerar que o mediador atua por “métodos ditos doces, liberais ou libertários, em uma demagógica permissividade” (SIX, 2001a, p. 215), instituindo uma espécie de Justiça amena.

Embora a mediação gere um espaço para conduções criativas e adaptações, ela não permite a omissão da lei ou da norma institucional, mormente no que se refere à observância a direitos. Há complementaridade e não concorrência entre mediação e Direito, sendo-lhe

vedado conduzir a qualquer solução ilegal, mesmo que tenha a anuência dos mediandos. O mediador tentam estabelecer ou restaurar a comunicação entre as pessoas, sem, para isso, aludir ao direito, mas simplesmente respeitando-o. Ademais, a mediação não pode substituir o exercício de autoridade que cabe à direção do Hospital e aos seus entes gestores. O papel protetor e regulador do Direito e da Instituição pública são reconhecidos e conviventes com a mediação, que os complementa, sobretudo nos efeitos gerados quanto à adoção de novos comportamentos no Hospital e à regulação social pela via dialógica e cooperativa.

Guillaume-Hofnung (1999) esclarece que, além de abarcar os valores da mediação voltada à gestão do conflito concernentes em pacificação, autonomia dos mediandos e administração de conflitos, a mediação de vínculo social concretiza outros valores, como a solidariedade, a dignidade humana, a comunicação ética, a consideração do valor do outro, a recusa à instrumentalização da pessoa como receptor passivo da comunicação de um sujeito dominante. Para a autora, os valores da mediação voltada ao vínculo social permitem estimar o papel que a mediação tem e que poderia ter no hospital (GUILLAUME-HOFNUNG, 1999, p. 41).

Dessa forma, retoma-se o esclarecimento de que o alcance da comunicação, do vínculo pessoal ou de uma abordagem adequada a uma situação conflituosa não requer, necessariamente, que o processo de mediação seja terminado com um compromisso ou acordo. A perspectiva da mediação adotada, que abrange a prevenção e a gestão dos conflitos, indica estes como realidade da qual se pode fazer uma boa ou má abordagem, o que dependerá da vontade e da conduta de cada sujeito. Essa visão permite que se encontrem soluções e tratamentos verdadeiros ao caso concreto, pois, por ela, é possível aceitar e gerir os conflitos em vez de procurar eliminá-los por soluções artificiais ou insuficientes (SIX, 2001b).

Assim como para a saúde, a prevenção também é essencial em matéria de mediação hospitalar. O mediador é formado para estar atento às situações que lhe são apresentadas pelos mediandos e àquilo que compõe as relações mantidas na instituição, que pode melhorá-las e deteriorá-las, permitindo-lhes realizar a prevenção de conflitos. Essa formação é fundamental para que o mediador não responda somente com urgência a conflitos instaurados ou agravados, como alguém que cuida de um acidentado, mas que leve sua presença e sua catálise às relações de forma ampla (SIX, 2001a). Portanto, a mediação que se propõe no Hospital deve se estruturar não apenas à resolução de eventuais conflitos instituídos, mas

também como processo para prevenir eventuais conflitos, além de estabelecer e recompor vínculos.

Essa mediação, portanto, se estrutura de forma a promover um processo e uma cultura em que o conflito não é visto exclusivamente como algo a ser eliminado pela produção de um acordo ou pela decisão de um terceiro que detém autoridade, mas que seja calcado no empoderamento e na transformação social (SENA; SILVA, 2016). Consiste, assim, não somente no implemento de outra forma de resolução de controvérsias, para além dos métodos tradicionais, mas também uma ferramenta de gestão de conflitos que envolve as pessoas no seu processo e suscita empoderamento, participação e responsabilidade. Nesse cenário, conforme assinala Six (2001b, p. 165), a mediação é processo destinado a fazer nascer ou renascer entre pessoas ou grupos relações novas e a prevenir ou curar entre eles relações perturbadas.

Para alcançar o quadro descrito, todas essas qualidades inerentes ao terceiro são decisivas e a mediação, em seus procedimentos, será adaptada a cada situação e cada pessoa, seja uma situação de conflito, seja uma situação de ausência do vínculo, seja de desaparecimento do vínculo. Considerando os elementos essenciais apresentados e as particularidades da realidade do HC-UFMG, passa-se à apresentação dos meios para a prática da mediação nas relações afetadas ao Hospital.

5.3.3 Formas de aplicação da mediação no Hospital das Clínicas da UFMG

Diante da realidade do HC-UFMG obtida nas entrevistas realizadas, verifica-se haver um ambiente propício à utilização da mediação como meio para a abordagem apropriada de conflitos e para a constituição e recomposição de relações envolvendo usuários e profissionais. Para sua aplicação no Hospital de maneira que se alcancem os objetivos indicados, devem ser observados os aspectos fundamentais apresentados à mediação e ao mediador. Considerando as especificidades do HC-UFMG, necessário, pois, definir como se daria a inserção da mediação proposta.

Inicialmente, registra-se que a maioria dos entrevistados, em todos os três grupos, não conhecia mediação. Alguns, eventualmente, já haviam ouvido o termo, mas não souberam dizer do que se trata. Outros apontaram ser algo para resolver um conflito ou apartar pessoas em conflito para que entrem em acordo e alguns relacionaram o método ao Poder Judiciário ou a um processo judicial.

Houve entrevistados que afirmaram conhecer a mediação, mas ao descrever a experiência pessoal ou de terceiros com o método, identificou o processo de conciliação. Dois entrevistados informaram conhecer o método em razão de processos de família que integraram. Alguns entrevistados com conhecimento jurídico ou que possuem formação em Direito indicaram conhecer a mediação, enquanto processo para tratamento de conflitos pela intervenção de uma terceira pessoa.

Dentre as medidas institucionais para tratar eventuais dificuldades surgidas no exercício de suas atribuições, os entrevistados destacaram especialmente a Ouvidoria, reuniões realizadas internamente pelos setores e reuniões das coordenações e/ou da diretoria do Hospital. Para além do exposto, os entrevistados sinalizaram não existirem formas institucionalizadas para abordagem de conflitos, tratando-se de questão a ser definida por setores ou de forma intuitiva conforme as eventualidades surgem e pela manutenção de práticas e experiências anteriores porventura existentes.

Nessa conjuntura, oportuna e valiosa a inserção da mediação na Instituição:

Os conflitos têm um valor positivo, mas eles também têm um custo. Sua má resolução arruína uma sociedade no sentido econômico e humano do termo. A economia também pode se apoiar nas outras três funções da mediação para desenvolver as performances: a criação, a recriação do vínculo social, a prevenção do conflito. A perda de potencial causada pela não expressão ou não consideração da fala de certos membros de um grupo, o não reconhecimento das contribuições ainda não podem ser medidos, mas será necessário corrigi-lo. Ele restringe o conhecimento de “fazer juntos” e confiança mútua. (GUILLAUME-HOFNUNG, 2018, p. 116).

O processo da mediação se estrutura de forma a ajudar as pessoas a compreenderem seus conflitos com maior serenidade, retirando deles perspectivas ou condutas negativas que impedem sua administração criativa e promovendo um encontro construtivo com o outro, de modo que possam redimensionar a situação conflituosa, abordar a desavença conjuntamente e até evitarem outros conflitos interpessoais (WARAT, 2001).

Diante do modelo de mediação proposto e em face dos dados colhidos em entrevista, entende-se que a Ouvidoria é setor adequado para o estabelecimento da mediação institucional no âmbito do Hospital. Como sinaliza Guillaume-Hofnung (1999), a mediação institucional não requer necessariamente a exterioridade do mediador em relação ao Hospital, porquanto a independência do terceiro pode resultar de uma mudança ou organização institucional e estrutural inteligente que assim institua o mediador.

Acerca da adoção do processo por meio da Ouvidoria, esclareça-se que ele não consiste em estabelecer, sob o título de mediação, conciliadores ou gestores de reclamações e queixas ou mesmo árbitros a decidirem reivindicações de forma equitativa. Não se trata, pois, de modo alternativo do tratamento das reclamações processadas internamente. Na realidade, o que se propõe é o aproveitamento da estrutura física e humana do órgão, de seu papel de interposição entre profissionais, usuários e Hospital, de seu reconhecimento por vários funcionários e usuários como sendo setor de real escuta e tratamento de situações conflituosas.

Contudo, a efetiva adoção da mediação por meio da Ouvidoria exigiria reforma, de modo a estabelecer esse processo de maneira independente e complementar aos processos já adotados pelo órgão para tratamento de queixas e reclamações. E, integrado ao referido setor, estaria o mediador, com atuação também independente em relação ao tratamento de reclamações. Funcionários e usuários que buscassem a Ouvidoria para realizar qualquer manifestação, inclusive uma queixa, teriam acesso a outra forma de abordagem de suas questões: a mediação. Essa estrutura facilitaria o conhecimento acerca da mediação na Instituição, diante da visibilidade que a Ouvidoria tem no Hospital (pelos usuários e profissionais) e sobre o Hospital (enquanto setor que recebe manifestação das realidades e das ocorrências).

Sobre a aplicação da mediação no HC-UFMG, oportuna a ressalva de Guillaume-Hofnung (2018), segundo a qual a mera invocação do termo “mediação” não é suficiente para uma efetiva reforma, o que exige que seja acompanhada de uma reflexão interna à Instituição. Conforme Six (2001a, p. 174), a mediação é uma tarefa difícil e um instrumento delicado, de grande potencial transformador, que não pode ser entregue a qualquer um ou em quaisquer condições.

A despeito de sua vinculação à instituição, o mediador qualificado, equidistante, independente e sem poder pode realizar um trabalho de instituir uma acolhida e uma escuta e de humanizar a assistência à saúde e a Instituição. O mediador institucional deve se colocar o máximo possível na terceira pessoa e, por isso, possibilita que os usuários compreendam melhor a Instituição e seus profissionais e que estes compreendam melhor seus usuários.

Oportuno recordar que, segundo a definição adotada neste trabalho, a mediação é um modo de construção, de restauração e de gestão da vida social pela intervenção de um terceiro independente, equidistante e sem poderes, cenário no qual o processo exposto permite,

conforme o caso, a criação do vínculo social, sua reparação, a prevenção de conflitos e a resolução deles.

Considerando os elementos apresentados como essenciais ao processo, importante acautelar que a viabilidade da mediação institucional no HC-UFMG está restrita às relações interpessoais e intergrupais envolvendo paciente, seus familiares e profissionais da saúde, excluindo-se a possibilidade de que o Hospital figure como participante do processo de mediação. Isso porque eventual presença e participação da Instituição – ou de seus representantes – no processo certamente desconstituiria o mediador institucional como tal, uma vez que ele não seria nem terceiro e nem independente, porquanto possui vínculo com um dos participantes. Ademais, integrá-la na mediação prejudicaria também as necessárias autonomia e participação ativa do(s) outro(s) mediando(s) – funcionário ou usuário – em face do poder institucional.

Nesse sentido:

Deve ser igualmente ressaltado que o servidor público, como parte da administração, nunca pode mediar entre um indivíduo e a administração. Por definição, os funcionários públicos não são terceiros, mas as partes interessadas em relações administrativas / administradas. Eles podem ser levados por uma preocupação de compromisso, conciliação, humanização, comunicação ótima, mas a mediação é oficialmente impossível para eles. (GUILLAUME-HOFNUNG, 2018, p. 137).

Todavia, isso não impede que problemas institucionais ou possíveis melhorias, identificados e estabelecidos em uma mediação, sejam levados ao conhecimento e à análise da gestão do Hospital, conforme definição e concordância dos participantes da mediação nesse sentido.

Ressalta-se que, embora promovida de forma vinculada à estrutura do Hospital, este não pode intervir no processo de mediação, sob pena de desvirtuá-lo e de transmutá-lo em algo distinto. Não pode a Instituição condicionar os procedimentos segundo seus interesses ou fixar limites à duração da mediação no intuito de promover processos céleres e alcançar uma pretensa produtividade de soluções com o método, pois nisso se perde a mediação ou a possibilidade para os envolvidos passarem pelo processo no conjunto de seu problema.

Consoante Six (2001a), cada mediação é diferente e pede um tempo e um ritmo próprios e necessários para amadurecer e terminar. Nisso, incumbe ao mediador saber compor com o tempo, em uma adaptação contínua a cada situação. Somado ao exposto, é necessário que a mediação tenha um espaço próprio, um lugar independente para se estabelecer. Ainda que seja fisicamente integrada ao Hospital, sobretudo para facilitação de acesso dos pacientes

internados e de seus acompanhantes, impõe-se que seja um espaço autônomo e próprio, que não seja um sótão ou porão (SIX, 2001a).

Nesse cenário, importante insistir na essencialidade da independência do mediador institucional. É inconcebível, no âmbito da mediação, que o mediador seja emanção de uma autoridade ou um poder responsável pela administração de divergências ou representante de seus interesses, contexto em que o suposto mediador será, na realidade, um mandatário. Necessário à mediação um terceiro sem submissão a um poder hierárquico em relação à função de mediador, sem pressão política, moral ou financeira, razão pela qual Guillaume-Hofnung (2018, p. 87) ressalva que “as condições de remuneração devem ser sujeitas a precauções que preservem a independência do mediador”. Integra sua independência o exercício da função sem depender da vontade de um poder para o encaminhamento adotado ou de um protocolo, sem qualquer incitamento a se reportar a uma autoridade na condução de uma mediação, a recusa de que lhe seja imposto um procedimento estereotipado e pré-estabelecido, incluindo a exigência do respeito a um prazo (GUILLAUME-HOFNUNG, 2018).

O mediador institucional, portanto, deve ter capacidade real de exercer sua tarefa, não ao encontro da instituição, mas dentro de uma autonomia possível em relação a ela (SIX, 2001a). Ele não está às ordens do Hospital, ainda que seja por ele designado, de modo que deve ter e exercer liberdade e autonomia em sua função.

Em que pese a possibilidade descrita de inserção da mediação no Hospital e de seu potencial transformador, necessário reiterar que é possível e desejável a coexistência da mediação cidadã e da mediação institucional. Conforme esclarece Six:

Esses organismos reticentes à intervenção de um mediador cidadão – quando não batem as portas em seu nariz – mostram justamente a essência da questão: eles querem manter o usuário em seus ninhos, em seu terreno, conduzindo-o a seu modo. Por que não permitir a um mediador cidadão, sem poder, que não é advogado de uma parte adversária, mas um interlocutor das duas partes, por que não permitir a ele estar lá? Será uma ingerência inconcebível, inconveniente? Porque não ver esse terceiro como alguém que pode, uma vez que seja realmente independente, apaziguar melhor? Não existem mais idéias em três cabeças pensantes do que em duas? A experiência mostra que isto é, que isto seria de bom senso. (2001a, p. 200).

Como apresentado no capítulo três, a mediação institucional e a cidadã podem e devem coexistir, sem que se imponha uma e elimine a outra. Trata-se de reconhecer suas distinções e condições e dar-lhes seus lugares adequados. Sobre a questão, Six (2001b, p. 45) adverte ser bom, inclusive, que exista ligação entre os mediadores institucionais e os

mediadores cidadãos, de modo que possam dialogar e até mesmo estabelecer cooperação. Conforme sejam as questões em conflito ou a conjuntura em que se encontrem os conflitantes, para uma abordagem mais adequada, é possível que haja o encaminhamento dos envolvidos a um ou outro âmbito da mediação, sob a concordância deles. Ademais, é interessante que mediadores institucionais e mediadores cidadãos dialoguem sobre suas respectivas práticas e sobre suas funções, de forma que haja intercâmbio, iniciativas conjuntas, vínculos e cooperação.

Diante do que foi exposto e da realidade do HC-UFMG, vislumbra-se, também, a possibilidade de estabelecimento da prática da mediação no Hospital por meio da Universidade. Enquanto Hospital escola, associado diretamente aos cursos da UFMG na área da saúde e relacionado, ainda, a cursos em outros campos, verifica-se uma riqueza de possibilidades em nível de ações de extensão associadas ou em parceria com outras unidades e saberes da Universidade.

Destaca-se que um projeto de aplicação da mediação no Hospital pertencente à Universidade pública auxiliaria os mediadores a manterem-se independentes em face de outras entidades, interesses ou poderes que venham a se envolver nos casos em mediação. Os mediadores poderão assumir posições não vinculadas a quaisquer órgãos – inclusive ao HC-UFMG e à EBSEH – com algum interesse na disputa, mas sim baseadas no processo de mediação e seus valores e nas pesquisas e experiências do projeto, mantendo-se autônomos e livres para atuarem de modo ético, em equidistância e não poder.

A realização do referido projeto de aplicação da mediação no HC-UFMG resultaria de iniciativa de membros do corpo docente e discente da Universidade, de unidades da área da saúde ou de outras áreas, como o Direito, com o consenso e efetiva participação do Hospital. Efetivada no âmbito da Universidade, a estruturação do projeto, a definição das formas de inserção da mediação no HC-UFMG, dos locais para realização de encontros e dos mediadores atuantes se dariam de forma conjunta, entre docentes, discentes e unidades envolvidas.

Pelas informações obtidas em entrevista, vislumbra-se, também, um papel potencial de associações e casas de apoio enquanto mediadoras entre usuários e profissionais e entre usuários e suas demandas, em verdadeira mediação cidadã. Constituindo organizações não vinculadas ao HC-UFMG, mas com atuação a ele relacionada no apoio aos pacientes e familiares, trata-se de terceiro que pode facilitar o estabelecimento da comunicação e de vínculos interpessoais de qualidade no processo de assistência à saúde.

Sobre a questão:

E nesse sentido, a gente tem muita ajuda das casas de apoio também. [...] Pros pacientes oncohematológicos. É. Então, por exemplo, as vezes, vem aquele paciente do interior, que não sabe, nunca veio em Belo Horizonte, não tem nenhum conhecido aqui, vai fazer um tratamento prolongado e aí a casa de apoio abraça a causa mesmo, eles ficam hospedados lá, levam na porta do hospital busca na porta do hospital, olha, checa o medicamento, as vezes, compra algum medicamento, que o paciente não conseguiu pegar, então realmente as casas de apoio têm um papel importante nessa parte de suporte pra esses pacientes. [...]. Lá no HC, tem umas 3 principais, que atuam com os pacientes oncohematológicos. [...]. Eu não sei se elas recebem pacientes com outras doenças, eu acho que não, acho que a maioria, acho que ela só recebe pacientes com doença... com câncer, doença oncohematológica, né? Mas, são 3 principais e são casos assim, que realmente tem uma infraestrutura boa, preocupação com esses cuidados especiais, que esses pacientes tem que ter, né? As vezes, tem um limite de vaga, mas em geral, a gente consegue administrar bem assim porque as vezes, tem um paciente terminando o tratamento num dia, aí tá chegando outro, né? [...]. Então, por exemplo, a gente tem um paciente internado, que vai precisar dar seguimento ambulatorial ao tratamento, aí a gente já... na verdade, a assistente social, que faz o contato, a gente já vai lá conversa com ela, explica, ela faz o contato com a casa de apoio e já organiza tudo. (MÉDICO 4).

Portanto, outra possibilidade para a inserção da mediação no HC-UFMG é seu estabelecimento por meio de movimentos coletivos e de associações, notadamente aqueles instituídos pelos usuários ou para eles. Essas organizações e ações sociais usualmente intervêm na relação médico-paciente e apresentam potencial de participação na construção das orientações e estruturações do cuidado em saúde (GUILLAUME-HOFNUNG, 1999).

Sobre a questão, Guillaume-Hofnung (2018) afirma a possibilidade de inserção da mediação na saúde por meios associativos, externos à instituição, frequentemente vinculados a famílias, a cuidadores ou a assistentes sociais. Ressalta-se que esse mediador cidadão também deve ser qualificado, equidistante, independente e sem poder, porquanto, para o efetivo exercício da função, não pode representar um poder ou um interesse externo às pessoas em mediação.

Conforme exposto por Six (2001a), cada um pode, segundo suas competências e possibilidades, ser o terceiro em alguma situação cotidiana, suscitar espaços intermediários em que dois profissionais da saúde possam se falar ou em que médico e paciente possam dialogar. Contudo, não se podem confundir as funções, sendo essencial que a pessoa que atua como terceira esteja atenta ao papel que ocupa.

Nesse sentido, reconhece-se que o cuidador ou o acompanhante do paciente e profissionais como assistente social, psicólogo, enfermeiro, técnico de enfermagem e médico residente, podem eventualmente figurar como terceiros em um conflito em relação ao qual

consigam ensejar nos envolvidos uma atitude dialógica e cooperativa, até mesmo com o alcance de uma solução à questão conflituosa.

Em face do exposto e de considerações feitas por alguns entrevistados, reitera-se que o mediador não deve ser assimilado a um psicólogo ou a um psicanalista. Um psicólogo pode ser tentado a pensar que é mediador por natureza em razão de sua formação. De fato, essa formação talvez o ajude a se tornar um bom mediador, mas ela pode também, talvez mais, levá-lo a “desnaturalizar a mediação, a fazer desta, que deve essencialmente permanecer sobre um terreno externo, uma investigação e um encaminhamento psicológicos” (SIX, 2001a, p. 67). Por sua vez, se a situação abordada em uma mediação demandar um tratamento psicológico, deve-se encaminhá-la ao profissional que seja competente nessa questão, não cabendo ao mediador se imiscuir no referido tratamento. O mediador e o psicólogo têm duas funções diferentes e isso deve ser claro.

Também em relação aos profissionais da Enfermagem, por sua posição institucional e pelas atividades desempenhadas, eles são frequentemente um terceiro agindo entre os diferentes atores do hospital e ocupam um papel de tradutores da linguagem dos médicos para o doente e sua família e das vivências diárias do paciente para os profissionais da saúde. A Enfermagem vivencia o cotidiano do usuário internado e convive de forma estreita com os familiares que acompanham o paciente e com os profissionais da instituição. Diante disso, o enfermeiro e o técnico de enfermagem figuram como intermediários relevantes às relações e aos serviços estabelecidos no Hospital, porquanto envolvidos na estrutura de cuidado, no diagnóstico e na terapêutica, mas também na realidade humana, entre profissionais, pacientes e famílias. No entanto, é importante advertir que sua função lhes é própria e é distinta da função do mediador.

O mesmo se verifica em relação ao assistente social, que exerce papel essencial na intermediação de diálogos, especialmente entre o paciente e sua família ou rede social, e na mobilização de atores, sobretudo da rede pública de saúde, para ações conjuntas que solucionem conflitos eventualmente existentes, notadamente aqueles que se instauram em prejuízo do paciente.

O assistente social deve ouvir aqueles que a ele se dirigem e exercer seu papel como tal, inclusive apresentando solução precisa ao problema colocado, se for este o caso. Algo semelhante deve ocorrer com o psicólogo e com o profissional de Enfermagem. Conforme esclarece Six (2001a), é para essa finalidade que eles estão na instituição e é o que se espera deles, com os meios e os poderes dos quais dispõem.

Diante disso, o mediador, por sua própria natureza e sua função ternária, “não pode ser assimilado a uma dessas profissões binárias que são, é claro, indispensáveis mas sob a condição de se manterem seus papéis” (SIX, 2001a, p. 61). Portanto, é proveitoso que os profissionais sejam capacitados em relação ao processo de mediação não pelo fazer, tornando-se todos mediadores, mas pelo saber do que se trata. Eles poderiam aconselhar uma mediação ou mesmo adotarem técnicas dialógicas para melhoria de suas atividades.

Guillaume-Hofnung (2018) esclarece que a inovação social gerada pela mediação, na maioria das vezes, faz parte de iniciativas discretas e dispersas, que se integram gradualmente em uma rede associativa. Sob essa perspectiva, é possível sustentar também a adoção do processo de mediação pelos setores ou pelas equipes de saúde do HC-UFMG, organizadas pelos próprios profissionais que a integram, para a abordagem das relações e dos conflitos concernentes àquele setor ou equipe²⁸. Conscientes daquilo em que consiste a mediação, de seus objetivos e formas de adoção, os próprios profissionais, por si mesmos, têm autonomia e possibilidade na condução de seus trabalhos para instituir a mediação como método em seu setor ou sua equipe.

Especificamente no que se refere aos conflitos verificados entre os profissionais em razão dos diferentes vínculos existentes (terceirizado, UFMG, EBSEH), o HC-UFMG vivenciou um ajuntamento de instituições – empresa terceirizada, empresa pública (EBSEH), universidade – gerador de uma realidade atual na qual coexistem “culturas institucionais” distintas, motivadoras de vários embates e desavenças, segundo descrito pelos entrevistados.

Sobre a adoção da mediação em empresas marcadas por uma diversidade cultural, Guillaume-Hofnung (2018, p. 54) afirma que “torna-se urgente que a mediação seja libertada dos textos que a reduzem a um procedimento alternativo e seja reconhecida pelo que é: um processo de comunicação ética que promove o *know-how* em conjunto”, meio pelo qual, segundo a autora, a empresa ganharia energia e seria possível prevenir o mau funcionamento engendrado pela falta de comunicação ou de relação. Vê-se, portanto, a possibilidade e o potencial de uma verdadeira “mediação intercultural” no Hospital, especificamente no âmbito de cada setor ou equipe de trabalho, que proporcione um modo e uma oportunidade de empoderamento e de reconhecimento mútuo dos funcionários sob cada um dos vínculos institucionais, reconhecendo-se as diferenças e as semelhanças, os caminhos e objetivos

²⁸ Ressalta-se que está excluída a possibilidade de mediação, na forma proposta neste trabalho, em conflitos onde haja ou incida a hierarquia de um dos participantes frente ao outro.

comuns, e, eventualmente, estabelecendo e restabelecendo vínculos relacionais e canais de diálogo efetivo.

Destaca-se, pois, que a necessidade do reconhecimento mútuo dos funcionários encontra condições de ocorrência na mediação interna a cada equipe de saúde ou setor, processo que permite, mais do que a gestão de conflitos, sua prevenção e a constituição e reconstituição de relações através de uma melhor comunicação e do estímulo à cooperação.

Assim, verifica-se a ampla possibilidade da mediação junto ao Hospital, tanto para os usuários como para os profissionais. Pelas vias apresentadas, a mediação é aplicável e profícua ao HC-UFMG, porquanto “o terceiro, pilar da mediação [...], não sendo nem para um nem para o outro, ele pode, sem desafiar o sistema hospitalar no seu aspecto hierárquico, contribuir para colocar cada um no lugar que a ética e o direito o conferem” (GUILLAUME-HOFNUNG, 1999, p. 27, tradução nossa)²⁹.

Warat (2001) afirma que a grande dificuldade das relações passa pelo reconhecer o outro, pois uma pessoa usualmente tenta fazê-lo a partir de um lugar de suposto saber que detém, reconhecendo o outro – paciente, seu familiar, outro profissional da saúde – com base em seu lugar de médico ou de professor, por exemplo. Não se alcançará a melhoria das relações com a subordinação de um sujeito ao outro ou anulação de algum deles, mas pode-se contribuir com a qualidade relacional ao aceitar que o outro tem movimento próprio, reconhecer e cuidar das diferenças, levando as pessoas à condição de criar relacionamentos de autonomia. Trata-se de uma ação cooperativa de agir com o outro para criar ou recriar vínculos que não representem renúncias de si mesmo (WARAT, 2001).

O processo da mediação é, pois, onde ambos os sujeitos saem de seus lugares, para encontrar esse espaço de reconhecimento, em que se afasta de valores absolutos sobre o que é correto ou incorreto e constrói-se um novo conceito de justiça, concernente a valores que estão inseridos na vida das pessoas, voltada à melhoria da qualidade de vida em cumplicidade com o outro – e não decidindo-se sobre a vida do outro (WARAT, 2001).

A mediação também permite trabalhar as palavras de modo a ensejar uma comunicação real e não um simples cruzamento de declarações ou até mesmo o uso dos mesmos termos em significados frequentemente incompatíveis e geradores de incompreensão (GUILLAUME-HOFNUNG, 2018). No desempenho do seu papel, o mediador ajuda os mediandos a perceberem e tratarem isso. Como recorda a referida Guillaume-Hofnung (2018,

²⁹ Le tiers, pilier de la médiation [...], n'étant ni pour les uns ni pour les autres, il peut, sans remettre en cause le système hospitalier dans son aspect hiérarchique, contribuer à mettre chacun à la place que l'éthique et le droit lui confèrent.

p. 110), “pode haver mediação sem conflito, por necessidade de diálogo, por humanidade”. Assim, a mediação se mostra proveitosa para a comunicação e para eventuais deliberações, inclusive a nível individual, para permitir o consentimento informado dos pacientes ou de seus representantes.

A mediação que abrange o tratamento de conflitos e a composição – ou recomposição – de vínculos relacionais não terá sua repercussão apenas nos vínculos entre profissionais e usuários, porquanto, o que ocorre nessas relações não está ligado unicamente aos seus protagonistas, mas se conecta a elementos mais amplos, como a crise de confiança no profissional e nas instituições da saúde e a busca de afirmação de novos valores (GUILLAUME-HOFNUNG, 1999).

Por todos os aspectos expostos, a adequação da mediação ao HC-UFMG, aplicando-a nas situações nas quais ela for apropriada e por profissionais e setores que melhor atendam a cada circunstância, apresenta um potencial de transformar as relações interpessoais e intergrupais na Instituição, melhorando aspectos relacionais que contribuem para o aperfeiçoamento da assistência à saúde.

6 CONCLUSÃO

A busca pela efetivação dos direitos relaciona-se à efetivação da justiça, sendo esta um valor construído segundo as realidades dos grupos sociais à qual se vincula. O acesso à justiça consiste na organização e estruturação de vias, além do Poder Judiciário, compatíveis com as realidades sociais, políticas, econômicas e culturais para o adequado tratamento de conflitos e a realização efetiva de direitos.

Trata-se, portanto, de um acesso à ordem jurídica justa, na qual se reconhece o papel de diversos órgãos e instituições na efetivação do acesso, bem como de processos e procedimentos para sua realização, o que pode se dar em ambientes judiciários ou não. Constitui-se no fortalecimento e na ampliação da acessibilidade à justiça e da efetivação dos direitos por meio da inclusão de instrumentos não judiciários e de outras esferas complementares no tratamento de conflitos.

Especificamente no âmbito sanitário, a concepção ampliada da saúde para o completo bem estar físico, psíquico e social ensejou sua valorização como componente central do desenvolvimento humano e a consideração do ser humano de forma abrangente na assistência à saúde, enquanto um ser dotado de um conjunto complexo de características e necessidades, todas igualmente relevantes.

Considerando ser essencial para a efetivação da saúde enquanto direito e para um adequado diagnóstico e tratamento, busca-se que o relacionamento entre médico e paciente seja de qualidade, integrado pela família e pelos acompanhantes deste e por outros profissionais da saúde. Para a constituição e conservação do referido vínculo entre profissionais e usuários, importa considerar suas características próprias, integradas por elementos de saúde e doença, vida e morte, vulnerabilidades, expectativas, prognósticos e evoluções positivos ou negativos. Somado a esses elementos estão a estrutura dos serviços de saúde, as políticas que orientam sua prestação, das quais destaca-se a PNH, e eventuais deficiências do sistema de saúde.

Nessa conjuntura, revela-se necessária a adequação de procedimentos no campo da saúde para a efetivação de direitos e o acesso a uma ordem jurídica justa no meio hospitalar. Ressalta-se serem apropriados estruturas e instrumentos não judiciários próximos aos usuários e aos profissionais, simplificados e adequados aos pleitos por direitos e por tratamentos de conflitos vivenciados.

O HC-UFMG, inserido nesse cenário, é Instituição pública integrada ao SUS referência no sistema municipal e estadual de saúde no atendimento aos pacientes portadores de patologias de média e alta complexidade. Ademais, constitui Hospital escola, atuante na formação de recursos humanos e na produção de conhecimento em saúde, com atividades de ensino, pesquisa, extensão e assistência à saúde.

Conforme apresentado no presente estudo, a mediação considerada enquanto processo para criar, melhorar e restaurar vínculos entre pessoas ou grupos e para prevenção, gestão e resolução de conflitos é propícia ao âmbito do HC-UFMG para humanização da prestação do serviço de saúde, efetivação do direito fundamental à saúde e plena execução de uma política pública de saúde de qualidade, com observância dos princípios e das diretrizes que a orientam, notadamente da PNH.

A qualificação do diálogo e da relação pela mediação tanto entre os profissionais de saúde envolvidos no tratamento quanto destes com o paciente e sua família possibilita o empoderamento dos envolvidos, a promoção da consciência da realidade, do reconhecimento do outro, da atuação cooperativa, da tomada de decisões compartilhadas e compromissadas com a autonomia e a saúde dos usuários do SUS. Nessa conjuntura, as pessoas podem criar, fortalecer e manter vínculos e confiança, a despeito de eventuais situações adversas.

Por meio da coleta de dados realizada junto ao HC-UFMG mediante entrevistas, foi possível identificar dificuldades e conflitos recorrentes vivenciados na Instituição, bem como meios já existentes para o tratamento de eventuais controvérsias. Segundo as informações obtidas, pode-se concluir pela viabilidade da adoção da mediação como método complementar àqueles já utilizados no Hospital, no sentido de disponibilizar instrumento adequado à realidade das relações nele verificadas, que sobressai ao conflito e se estabelece na necessidade humana de constituir e conservar comunicação e ligações.

Analisando-se o HC-UFMG e sua realidade, pode-se aplicar a mediação no Hospital em suas vertentes institucional e cidadã. É possível o estabelecimento da mediação por meio da Ouvidoria do HC-UFMG, ressaltando-se sua estruturação de forma a preservar as condições fundamentais do processo e do mediador, bem como mediante iniciativas oriundas da Universidade com projetos ou ações de extensão para a prática da mediação no Hospital.

Mostrou-se adequado, também, o uso da mediação na Instituição por meio de associações e casas de apoio atuantes junto aos usuários do HC-UFMG e ao próprio Hospital. Concluiu-se, ademais, ser possível sustentar a adoção do processo de mediação pelos setores ou pelas equipes de saúde do HC-UFMG, organizada pelos próprios profissionais que a

integram, para a abordagem das relações e dos conflitos concernentes ao seu âmbito de atuação e às pessoas nele inseridas.

Considerando que a mediação propicia o empoderamento das pessoas, o acolhimento e a escuta qualificada, volta-se à melhoria da qualidade do serviço público de saúde prestado, porquanto, quanto melhor for o vínculo estabelecido com o usuário, menores serão os embaraços à sua participação e sua adesão nas relações pessoais e no processo de cuidado, o mesmo podendo-se afirmar em relação ao profissional da saúde atuante no serviço.

A mediação que promova diálogo e participação entre os mediandos, em uma gestão de desavenças hábil a criar ou recriar vínculos rompidos ou debilitados pelo conflito e a aumentar a qualidade relacional dos conflitantes, tem potencial para alterar a prestação dos serviços de saúde e a própria cultura do HC-UFMG em face dos conflitos. Trata-se não somente de um meio de abordagem de conflitos, mas essencialmente de um modo de construção e de gestão dos vínculos entre pessoas e grupos no âmbito do Hospital graças à atuação de um terceiro qualificado, independente, equidistante, sem outro poder que a autoridade que lhe reconhecem as pessoas que se dirigem à mediação.

Este estudo apresenta uma reflexão e uma proposta destinadas a melhorar o universo hospitalar no interesse dos usuários e dos profissionais, compreendendo-se que a efetiva aplicação da mediação no HC-UFMG se enriquecerá com outros olhares, pesquisas e debates, de modo que as ideias expostas possam se tornar uma realidade.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Denise Almeida de; SALES, Lília Maia de Moraes. A possibilidade de utilização da mediação como instrumento de resolução de conflitos oriundos do meio médico-hospitalar. Encontro Nacional do CONPEDI, **Anais**. Fortaleza, 2005.

ANDRADE, Denise Almeida de. **A mediação de conflitos em meio hospitalar e o direito à saúde**. 2007. 145 p. Dissertação (Mestrado) – Centro de Ciências Jurídicas, Programa de Pós-Graduação em Direito Constitucional, Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2007.

ASSIS, Gilmar de. Medição sanitária. Anais dos III Congresso Iberoamericano de Direito Sanitário / II Congresso Brasileiro de Direito Sanitário. **Caderno Ibero Americano de Direito Sanitário**, Brasília, v. 2, n. 2, jul./dez. 2013.

AVRITZER, Leonardo; MARONA, Marjorie; CARNEIRO, Vanderson. Cartografia de acesso à justiça pela via dos direitos no Brasil. In: AVRITZER, Leonardo; MARONA, Marjorie; GOMES, Lilian (orgs.). **Cartografia da Justiça no Brasil**. Belo Horizonte: Editora Saraiva, 2014, p. 29-125.

BARUCH, Robert A.; FOLGER, Joseph P. The promise of mediation. In: MENKEL-MEADOW, Carrie; LOVE, Lela Porter; SCHNEIDER, Andrea Kupfer. **Mediation: practice, policy and ethics**. New York City: Aspen Publishers, 2006, p. 121-123.

BOAVENTURA, Luíza Maciel. A fundação. In: MARTINS, Maria Valdirene (coord.). **Revista Viva – Edição Especial de comemoração dos 75 anos do Hospital das Clínicas da UFMG**. Belo Horizonte: Assessoria de Comunicação do Hospital das Clínicas da UFMG, 2003. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/documents/218065/978950/Mais+hist%C3%B3ria.pdf/738959dd-d107-4340-b50d-f278b919f622?version=1.0>>. Acesso em: 12 dez. 2017.

BONAFE-SCHMITT, Jean-Pierre. Os modelos de mediação: modelos latinos e anglo-saxões de mediação. **Meritum** – Revista de Direito da Universidade FUMEC. Belo Horizonte, v. 7, n. 2, jul-dez 2012, p. 181-227.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Resolução nº 125, de 29 de novembro de 2010a**. Dispõe sobre a Política Judiciária Nacional de tratamento adequado dos conflitos de interesses no âmbito do Poder Judiciário e dá outras providências. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/images/atos_normativos/resolucao/resolucao_125_29112010_11032016162839.pdf>. Acesso em: 26 out. 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Resolução nº 225, de 31 de maio de 2016**. Dispõe sobre a Política Nacional de Justiça Restaurativa no âmbito do Poder Judiciário e dá outras providências. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/images/atos_normativos/resolucao/resolucao_225_31052016_02062016161414.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS,

2009. Disponível em: <http://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_18.pdf>. Acesso em: 13 out. 2017.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado, 1988.

BRASIL. Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010. Institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais- REHUF, dispõe sobre o financiamento compartilhado dos hospitais universitários federais entre as áreas da educação e da saúde e disciplina o regime da pactuação global com esses hospitais. **Diário Oficial da União**, Brasília, 27 jan. 2010b.

BRASIL. Lei n. 5.869, de 11 de janeiro de 1973. Institui o Código de Processo Civil. **Diário Oficial da União**. Brasília, 17 jan. 1973.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 set. 1990a.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 31 dez. 1990b.

BRASIL. Lei n. 9.099 de 26 de setembro de 1995. Dispõe sobre os Juizados Especiais Cíveis e Criminais e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 27 set. 1995.

BRASIL. Lei n. 9.307 de 23 de setembro de 1996. Dispõe sobre a arbitragem. **Diário Oficial da União**. Brasília, 24 set. 1996.

BRASIL. Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH; acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 16 dez. 2011.

BRASIL. Lei n. 13.105 de 16 de março de 2015 (Novo Código de Processo Civil). Código de Processo Civil. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2015a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13105.htm>. Acesso em: 26 out. 2017.

BRASIL. Lei n. 13.140 de 26 de junho de 2015. Dispõe sobre a mediação entre particulares como meio de solução de controvérsias e sobre a autocomposição de conflitos no âmbito da administração pública. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2015b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13140.htm>. Acesso em: 26 out. 2017.

BRASIL. **Mapeamento nacional de programas públicos e não-governamentais**. Sistemas Alternativos de Solução e Administração de Conflito, Ministério da Justiça, 2005. Disponível em: <http://www.acessojustica.gov.br/pub/_downloads/downloads_acesso_justica.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde**. As Cartas da Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf>. Acesso em: 16 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização – PNH**. Brasília – DF, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 4. ed. 4. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2017.

BRASIL. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional da Saúde**. Ministério da Saúde e Ministério da Previdência e Assistência Social. 1986. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf>. Acesso em: 15 maio 2018.

BRASIL, Marco Antonio Alves. **Psicologia médica**: a dimensão psicossocial da prática médica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

CAMPOS, Mario Mendes. **Cinquentenário da Faculdade de Medicina da Universidade de Minas Gerais (1911-1961)**: notas, informações, comentários. Belo Horizonte: Imprensa Universitária da Universidade Federal de Minas Gerais, 1961.

CAPPELLETTI, Mauro; GARTH, Bryant. **Acesso à Justiça**. Tradução de Elen Gracie Northfleet. Porto Alegre: Sérgio Antônio Fabris, 2002.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. Alma-Ata, URSS, 1978. Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2018.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de ética médica**: resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009 (versão de bolso). Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2010. Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo%20de%20etica%20medica.pdf>>. Acesso em: 10 mai. 2017.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Judicialização da saúde no Brasil**: dados e experiência. Coordenadores: Felipe Dutra Asensi e Roseni Pinheiro. Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2015. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/files/conteudo/destaques/arquivo/2015/06/6781486daef02bc6ec8c1e491a565006.pdf>>. Acesso em: 22 mar. 2018.

DANTAS, Eduardo Vasconcelos dos Santos. **Direito médico**. 3. ed. Rio de Janeiro: GZ, 2014.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS. Adotada e proclamada pela resolução 217 A (III) da Assembléia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948. Disponível na Biblioteca Virtual de Direitos Humanos da Universidade de São Paulo: www.direitoshumanos.usp.br, 2012. Acesso em: 20 jan. 2018.

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE. **SUS Mediado**. 2018. Disponível em: <<https://defensoria.rn.def.br/programa/sus-mediado>>. Acesso em: 05 mar. 2018.

DEUTSCH, Morton. A Resolução do Conflito. In: AZEVEDO, André Gomma de (org.). **Estudos em Arbitragem, Mediação e Negociação – Vol. 3**. Brasília, Grupos de Pesquisa, 2004, cap. 5. Disponível em: <www.arcos.org.br>. Acesso em: 30 mai. 2018.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES – EBSEH. **Nossa história**. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/web/hc-ufmg/nossa-historia>>. Acesso em: 20 out. 2017.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES – EBSEH. **Filiais EBSEH**. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/web/portal-ebserh/filiais-ebserh>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

ESCOREL, Sarah; TEIXEIRA, Luiz Antonio. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA, Ligia. CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, CEBES, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 2012, p. 333-384.

ESCOREL, Sarah. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à Reforma Sanitária. In: GIOVANELLA, Ligia. CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, CEBES, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 2012, p. 385-434.

FAGET, Jacques. As vidas divididas da mediação. **Meritum** – Revista de Direito da Universidade FUMEC. Belo Horizonte, v. 7, n. 2, jul-dez 2012, p. 229-247.

FERREIRA, Eduardo Costa; RIBEIRO, Maria Mônica Freitas; LEAL, Sebastião Soares; AMARAL, Carlos Faria Santos. **Relação médico-paciente**. Clínica médica, v.2, n.1. Rio de Janeiro: MEDSI, 2002.

FOLGER, Joseph P.; BUSH, Robert A. Baruch. Transformative Mediation and Third-Party Intervention: Ten Hallmarks of a Transformative Approach to Practice. In: MENKEL-MEADOW, Carrie; LOVE, Lela Porter; SCHNEIDER, Andrea Kupfer. **Mediation: practice, policy and ethics**. New York City: Aspen Publishers, 2006, p. 251-253.

GEBRAN NETO, João Pedro; SCHULZE, Clenio Jair. **Direito à saúde: análise à luz da judicialização**. Porto Alegre: Verbo Jurídico, 2016.

GOVERNO DE MINAS GERAIS, **Programa Mediação de Conflitos**, Secretaria de Estado de Defesa Social, SEDS, 2009.

GUILLAUME-HOFNUNG, Michèle. **A mediação**. Belo Horizonte: RTM, 2018.

GUILLAUME-HOFNUNG, Michèle. **Hôpital e Médiation**. Paris: L'Harmattan, 1999.

GUNNING, Isabelle R. Diversity issues in mediation: controlling negative cultural myths. In: MENKEL-MEADOW, Carrie; LOVE, Lela Porter; SCHNEIDER, Andrea Kupfer. **Mediation: practice, policy and ethics**. New York City: Aspen Publishers, 2006, p. 254-255.

GUSTIN, Miracy Barbosa de Souza. **Metodologia da mediação**. Belo Horizonte, 2000.

GUSTIN, Miracy Barbosa de Souza; DIAS, Maria Tereza Fonseca. **(Re)pensando a pesquisa jurídica: teoria e prática**. 3. Ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2010.

HENRIQUE, Milene de Carvalho; BRITO, João Ornato Benigno; MEL, Musa Denaise de Sousa Morais. Eficiência na solução das demandas de judicialização da saúde na Comarca de Araguaina-TO. Anais dos III Congresso Iberoamericano de Direito Sanitário / II Congresso Brasileiro de Direito Sanitário. **Caderno Ibero Americano de Direito Sanitário**. Brasília, v.2, n.2, jul./dez. 2013, p. 320-338.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS – Filial EBSEH. **Carta de Serviços - Hospital das Clínicas da UFMG**. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/documents/218065/404274/Carta+de+Servi%C3%A7os.PDF/a6fe84d6-e1bf-4d27-92fa-abfb844de06b?version=1.0>>. Acesso em: 15 abr. 2018.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS; ASSESSORIA DE PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO/EBSEH. **Plano de Reestruturação Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais**. 2013. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/documents/15796/101855/anexo_1_plano_de_reestruturacao_v_1_4112013_hc_ufrmg.pdf/1bb4aa03-56a9-481d-a31b-e4706989da61>. Acesso em: 08 jan. 2018.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Cuidados paliativos**. INCA – Ministério da Saúde. 1996-2018. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/tratamento/cuidados_paliativos>. Acesso em: 11 jun. 2018.

LAGRASTA LUCHIARI, Valéria Ferioli. O futuro dos métodos alternativos de solução de conflitos no Brasil. In: SENA, Adriana Goulart Orsini; CORRÊA DA COSTA, Mila Batista Leite; ANDRADE, Oyama Karyna Barbosa (org.). **Justiça do século XXI**. São Paulo: LTr, 2014, p. 313-320.

LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira; NORONHA, José Carvalho de. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, Lígia. CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, CEBES, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 2012, p. 435-472.

LÓPEZ, Mario. **Fundamentos da clínica médica**: a relação paciente-médico. Rio de Janeiro: MEDSI, 1997.

LÓPEZ, Mario. Introdução ao Diagnóstico Clínico. In: LÓPEZ, Mario; MEDEIROS, José de Laurentys. **Semiologia médica**: as bases do diagnóstico clínico. 5. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2004a, p. 3-22.

LÓPEZ, Mario. Anamnese. In: LÓPEZ, Mario; MEDEIROS, José de Laurentys. **Semiologia médica**: as bases do diagnóstico clínico. 5. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2004b, p. 23-38.

LOVE, Lela Porter; STULBERG, Joseph B. Understanding Dispute Resolution Processes. In: MENKEL-MEADOW, Carrie; LOVE, Lela Porter; SCHNEIDER, Andrea Kupfer. **Mediation: practice, policy and ethics**. New York City: Aspen Publishers, 2006, p. 14-18.

LUCHIARI, Valeria Ferioli Lagrasta. **Mediação judicial**: análise da realidade brasileira – origem e evolução até a Resolução n. 125, do Conselho Nacional de Justiça. GRINOVER, Ada Pellegrini; WATANABE, Kazuo (coord.). Rio de Janeiro: Forense, 2012.

MANCUSO, Rodolfo de Camargo. **Acesso à justiça**: condicionantes legítimas e ilegítimas. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2011.

MANZINI, E. J. A entrevista na pesquisa social. **Didática**. São Paulo, v. 26/27, 1990/1991, p. 149-158.

MASSING, Louise. **La “Médiation” à l’hôpital: utopie ou réalité pour l’usager**. Management en Milieu de Santé. Publicado em 18 ago. 2017. Disponível em: <<https://managersante.com/2017/08/18/la-mediation-a-lhopital-utopie-ou-realite-pour-lusager/>>. Acesso em: 15 mar. 2018.

MENKEL-MEADOW, Carrie; LOVE, Lela Porter; SCHNEIDER, Andrea Kupfer. **Mediation: practice, policy and ethics**. New York City: Aspen Publishers, 2006.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO; MINISTÉRIO DA SAÚDE – MEC/MS. Portaria Interministerial MEC/MS nº 1704 de 17 de agosto de 2004. Certificar como Hospitais de Ensino as unidades hospitalares no anexo desta Portaria.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS**. 2013/2018. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/artigos/693-aco-es-e-programas/40038-humanizasus>>. Acesso em: 15 jan. 2018.

MOORE, Christopher W. **O Processo de mediação. Estratégias práticas para a resolução de conflitos**. Tradução de Magda França Lopes. Porto Alegre: Artmed, 1998.

MORAES, Eduardo R. Affonso. **História da Universidade Federal de Minas Gerais**. Belo Horizonte: Imprensa da Universidade Federal de Minas Gerais, 1971.

MOREIRA FILHO, Alonso Augusto. **Relação médico-paciente**: teoria e prática. 2.ed. Belo Horizonte: COOPMED/UFMG, 2005.

NICÁCIO, Camila Silva. Direito e Mediação de Conflitos: entre metamorfose da regulação social e administração plural da justiça. **Revista da Faculdade de Direito UFMG**. Belo Horizonte, n. 59, 2011, p. 11-56.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)**, 1946. Disponível em: <<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>>. Acesso em: 15 dez. 2017.

PAIM, Patrícia; MARQUETO, Alessandra; LOPES, Ivaneide de Oliveira. Câmara Permanente Distrital de Mediação em Saúde: experiência do Distrito Federal. In: SANTOS, René (org.). **Para Entender a Gestão do SUS – 2015**. 1. ed. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015. Disponível em: <http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/colecao2015/CONASS-DIREITO_A_SAUDE-ART_17B.pdf>. Acesso em: 04 out. 2017.

PICKER, Bennett G. **Mediation Practice Guide: A handbook for resolving business disputes** – 2. Ed. Washington: American Bar Association, 2003.

PRIMEIRA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE. **Carta de Ottawa**. Ottawa, 1986. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf>. Acesso em: 15 maio 2018.

RISKIN, Leonard L. Mediator orientations, strategies and techniques. In: MENKEL-MEADOW, Carrie; LOVE, Lela Porter; SCHNEIDER, Andrea Kupfer. **Mediation: practice, policy and ethics**. New York City: Aspen Publishers, 2006, p. 113-117.

SALES, Lília Maia de Moraes. **Justiça e Mediação de Conflitos**. Belo Horizonte: Del Rey, 2003.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional**. 13. ed. rev. e atual. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2018.

SENA, Adriana Goulart de. Formas de resolução de conflitos e acesso à justiça. **Revista do Tribunal Regional do Trabalho da 3ª Região**. Belo Horizonte, v. 46, n. 76, 2007, jul./dez. 2007, p. 93-114.

SENA, Adriana Goulart de. Resolução de conflitos e acesso à justiça: efetividade material e judicial. In: SENA, Adriana Goulart de; DELGADO; Gabriela Neves; NUNES, Raquel Portugal (orgs.). **Dignidade Humana e Inclusão Social** – Caminhos para a Efetividade do Direito do Trabalho no Brasil - 1ª Edição. Belo Horizonte: LTr, 2010, p. 143-174.

SENA, Adriana Goulart Orsini; SILVA, Nathane Fernandes da. Entre a promessa e a efetividade da mediação: uma análise da mediação no contexto brasileiro. **Revista Jurídica da Presidência**, v. 18, n. 115, 2016, p. 331-356.

SETOR DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA – SAME HC-UFMG. **Relatório Estatístico do SAME HC-UFMG – 2º semestre 2017**. 2017. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/web/hc-ufmg/infraestrutura>>. Acesso em 20 jun. 2018.

SILVA, Nathane Fernandes da. **Da mediação voltada à cidadania às essencialidades da atuação do mediador**: a independência, a equidistância e o não-poder. 2013. Dissertação (Mestrado em Direito). Faculdade de Direito da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

SILVA, Nathane Fernandes da. **O diálogo dos excluídos**: a mediação social informativa como instrumento de ampliação do acesso à justiça pela via dos direitos no Brasil. 2017. Tese (Doutorado em Direito). Faculdade de Direito da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2017.

SISTEMA INTEGRADO DE MONITORAMENTO EXECUÇÃO E CONTROLE DO MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO – SIMEC. **Relatório SIMEC (2017)**. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/web/hc-ufmg/infraestrutura>>. Acesso em 20 jun. 2018.

SIX, Jean-François. **Dinâmica da Mediação**. Tradução de Giselle Groeninga de Almeida, Ágida Arruda Barbosa e Eliana Riberti Nazareth. Belo Horizonte: Del Rey, 2001a.

SIX, Jean-François. **Le Temps des Médiateurs**. Paris: Éditions du Seuil, 1990-2001b.

SOLER, Raul Calvo. **Mapeo de conflictos: técnica para la exploración de los conflictos**. Barcelona: Editorial Gedisa, 2014.

STANCIOLI, Brunello Souza. **Relação jurídica médico-paciente**. Belo Horizonte: Del Rey, 2004.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. **Audiência Pública**. Brasília, 2009. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/cms/verTexto.asp?servico=processoAudienciaPublicaSaude>>. Acesso em: 10 jul. 2018.

WARAT, Luis Alberto. **O Ofício do Mediador**. Florianópolis: Habitus, 2001.

WARAT, Luis Alberto. **Surfando na pororoca**: o ofício do mediador. MEZZARROBA, Orides et.al. (coord.). Florianópolis: Fundação Boiteux, 2004.

WATANABE, Kazuo. Acesso à justiça e sociedade moderna. In: GRINOVER, Ada Pellegrini; DINAMARCO, Cândido Rangel; WATANABE, Kazuo (coords.). **Participação e processo**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 1988.

WATANABE, Kazuo. Política pública do Poder Judiciário nacional para tratamento adequado dos conflitos de interesses. **Revista de Processo**. N. 195, mai. 2011.

ZAPPAROLLI, Célia Regina; KRÄHENBÜHL, Mônica Coelho. **Negociação, mediação, conciliação, facilitação assistida, prevenção, gestão de crises nos sistemas e suas técnicas**. São Paulo: LTr, 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro da entrevista semiestruturada (médicos)

1. Qual sua formação acadêmica e área de atuação profissional?
2. Você teve alguma formação em tratamento de conflitos ou em comunicação com pacientes e familiares durante a graduação?
3. No caso de resposta afirmativa para a pergunta anterior, essa formação contribuiu com sua atuação profissional? De que modo?
4. No caso de resposta negativa à pergunta nº 2, a ausência de uma formação em tratamento de conflitos ou em comunicação com pacientes e familiares afetou de alguma forma sua atuação profissional? De que modo?
5. Como você se capacitou para atuar no tratamento de conflitos ou em comunicação com pacientes e familiares?
6. Como você ingressou no Hospital das Clínicas? Há quanto tempo você trabalha no Hospital?
7. Algum curso ou capacitação foi oferecido a você desde sua entrada no Hospital? Qual(is)?
8. Qual é a sua área de atuação e quais atividades você desempenha no Hospital?
9. Quais são as dificuldades que você enfrenta na relação com os pacientes?
 - a. O que você tem feito para lidar com essas dificuldades?
 - b. Há alguma medida institucional para tratamento das dificuldades apresentadas?
 - c. Na sua perspectiva, o que mais contribuiu ou contribui para o tratamento dos conflitos que eventualmente surgem na relação com pacientes?
10. Quais são as dificuldades que você enfrenta na relação com os familiares e acompanhantes?
 - a. O que você tem feito para lidar com essas dificuldades?
 - b. Há alguma medida institucional para tratamento das dificuldades apresentadas?
 - c. Na sua perspectiva, o que mais contribuiu ou contribui para o tratamento dos conflitos que eventualmente surgem na relação com familiares e acompanhantes?
11. Quais são as dificuldades que você enfrenta na relação com outros médicos?
 - a. O que você tem feito para lidar com essas dificuldades?
 - b. Há alguma medida institucional para tratamento das dificuldades apresentadas?
 - c. Na sua perspectiva, o que mais contribuiu ou contribui para o tratamento dos conflitos que eventualmente surgem na relação com outros médicos?

12. Quais são as dificuldades que você enfrenta na relação com outros profissionais que atuam no Hospital?
 - a. O que você tem feito para lidar com essas dificuldades?
 - b. Há alguma medida institucional para tratamento das dificuldades apresentadas?
 - c. Na sua perspectiva, o que mais contribuiu ou contribui para o tratamento dos conflitos que eventualmente surgem na relação com outros profissionais que atuam no Hospital?
13. Qual sua análise a respeito dos métodos de tratamento de conflitos adotados pelas equipes de profissionais?
14. Qual sua análise a respeito dos métodos de tratamento de conflitos adotados pelas instituições de saúde?
15. Em qual(is) área(s) ou instituição(ões) atuou (ou ainda atua) antes (além) do Hospital das Clínicas?
16. A atuação em outras áreas e instituições influenciou ou influencia sua atuação no Hospital das clínicas?
17. Na sua perspectiva, o que mais contribuiu para sua atuação em tratamento de conflitos ou em comunicação com pacientes e familiares?
18. Você conhece a mediação? Como?
19. Há algo mais que você queira dizer?

APÊNDICE B – Roteiro da entrevista semiestruturada (outros profissionais da saúde)

1. Qual sua formação acadêmica e área de atuação profissional?
2. Você teve alguma formação em tratamento de conflitos ou em comunicação com pacientes e familiares durante a graduação?
3. No caso de resposta afirmativa para a pergunta anterior, essa formação contribuiu com sua atuação profissional? De que modo?
4. No caso de resposta negativa à pergunta nº 2, a ausência de uma formação em tratamento de conflitos ou em comunicação com pacientes e familiares afetou de alguma forma sua atuação profissional? De que modo?
5. Como você se capacitou para atuar no tratamento de conflitos ou em comunicação com pacientes e familiares?
6. Como você ingressou no Hospital das Clínicas? Há quanto tempo você trabalha no Hospital?
7. Algum curso ou capacitação foi oferecido a você desde sua entrada no Hospital? Qual(is)?
8. Qual é a sua área de atuação e quais atividades você desempenha no Hospital?
9. Quais são as dificuldades que você enfrenta na relação com os pacientes?
 - a. O que você tem feito para lidar com essas dificuldades?
 - b. Há alguma medida institucional para tratamento das dificuldades apresentadas?
 - c. Na sua perspectiva, o que mais contribuiu ou contribui para o tratamento dos conflitos que eventualmente surgem na relação com pacientes?
10. Quais são as dificuldades que você enfrenta na relação com os familiares e acompanhantes?
 - a. O que você tem feito para lidar com essas dificuldades?
 - b. Há alguma medida institucional para tratamento das dificuldades apresentadas?
 - c. Na sua perspectiva, o que mais contribuiu ou contribui para o tratamento dos conflitos que eventualmente surgem na relação com familiares e acompanhantes?
11. Quais são as dificuldades que você enfrenta na relação com os médicos?
 - a. O que você tem feito para lidar com essas dificuldades?
 - b. Há alguma medida institucional para tratamento das dificuldades apresentadas?
 - c. Na sua perspectiva, o que mais contribuiu ou contribui para o tratamento dos conflitos que eventualmente surgem na relação com médicos?

12. Quais são as dificuldades que você enfrenta na relação com outros profissionais que atuam no Hospital?
 - a. O que você tem feito para lidar com essas dificuldades?
 - b. Há alguma medida institucional para tratamento das dificuldades apresentadas?
 - c. Na sua perspectiva, o que mais contribuiu ou contribui para o tratamento dos conflitos que eventualmente surgem na relação com outros profissionais que atuam no Hospital?
13. Qual sua análise a respeito dos métodos de tratamento de conflitos adotados pelas equipes de profissionais?
14. Qual sua análise a respeito dos métodos de tratamento de conflitos adotados pelas instituições de saúde?
15. Em qual(is) área(s) ou instituição(ões) atuou (ou ainda atua) antes (além) do Hospital das Clínicas?
16. A atuação em outras áreas e instituições influenciou ou influencia sua atuação no Hospital das clínicas?
17. Na sua perspectiva, o que mais contribuiu para sua atuação em tratamento de conflitos ou em comunicação com pacientes e familiares?
18. Você conhece a mediação? Como?
19. Há algo mais que você queira dizer?

APÊNDICE C – Roteiro da entrevista semiestruturada (porteiros e recepcionistas)

1. Como você ingressou no Hospital das Clínicas? Há quanto tempo você trabalha no Hospital?
2. Qual a sua escolaridade?
3. Algum curso ou capacitação foi oferecido a você desde sua entrada no Hospital? Qual(is)?
4. Quais atividades você desempenha no Hospital?
5. Quais são as dificuldades que você enfrenta na relação com os pacientes?
 - a. O que você tem feito para lidar com essas dificuldades?
 - b. Há alguma medida institucional para tratamento das dificuldades apresentadas?
 - c. Na sua perspectiva, o que mais contribuiu ou contribui para o tratamento dos conflitos que eventualmente surgem na relação com pacientes?
6. Quais são as dificuldades que você enfrenta na relação com os familiares e acompanhantes?
 - a. O que você tem feito para lidar com essas dificuldades?
 - b. Há alguma medida institucional para tratamento das dificuldades apresentadas?
 - c. Na sua perspectiva, o que mais contribuiu ou contribui para o tratamento dos conflitos que eventualmente surgem na relação com familiares e acompanhantes?
7. Quais são as dificuldades que você enfrenta na relação com médicos?
 - a. O que você tem feito para lidar com essas dificuldades?
 - b. Há alguma medida institucional para tratamento das dificuldades apresentadas?
 - c. Na sua perspectiva, o que mais contribuiu ou contribui para o tratamento dos conflitos que eventualmente surgem na relação com médicos?
8. Quais são as dificuldades que você enfrenta na relação com outros profissionais que atuam no Hospital?
 - a. O que você tem feito para lidar com essas dificuldades?
 - b. Há alguma medida institucional para tratamento das dificuldades apresentadas?
 - c. Na sua perspectiva, o que mais contribuiu ou contribui para o tratamento dos conflitos que eventualmente surgem na relação com outros profissionais que atuam no Hospital?
9. Qual sua análise a respeito dos métodos de tratamento de conflitos adotados pelas equipes de profissionais e pelo Hospital?

10. Na sua perspectiva, o que mais contribuiu para sua atuação em tratamento de conflitos ou em comunicação com pacientes e familiares?
11. Você conhece a mediação? Como?
12. Há algo mais que você queira dizer?

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para realização das entrevistas

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: Tratamento de conflitos: pensando a mediação e sua adequação ao Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais

Prezado(a),

você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa que tem por objetivo propor um modelo de mediação adequado ao ambiente do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, integrante do Sistema Único de Saúde Municipal de Belo Horizonte, que possibilite o desenvolvimento de uma cultura de paz e do acesso a uma ordem jurídica efetiva e justa.

Para participar deste estudo, solicita-se sua especial colaboração por meio de uma entrevista, que será gravada e transcrita, se assim você permitir, e ficará armazenada com as pesquisadoras por 5 (cinco) anos. A entrevista terá duração aproximada de 1 (uma) hora. Você pode se recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa sem qualquer penalização ou prejuízo.

Espera-se, com os resultados deste estudo, contribuir e incentivar na adoção de métodos de tratamento adequado de conflitos que permitam o desenvolvimento de uma cultura de paz, o resgate ou a instituição do diálogo nas relações envolvendo médicos, pacientes e familiares, bem como a compreensão de direitos, fomentando o acesso à justiça enquanto acesso à ordem jurídica efetiva e justa.

Com relação aos riscos de participação na pesquisa, pode-se mencionar possíveis desconforto, insegurança e/ou ansiedade ao responder às perguntas da entrevista, bem como a possibilidade de cansaço e/ou preocupação com a quebra de anonimato. No entanto, esclarecemos que seu nome não será divulgado e que sua participação poderá ser interrompida a qualquer momento.

Os resultados da pesquisa serão utilizados em trabalhos científicos a serem publicados e/ou apresentados oralmente em congressos e palestras sem revelar sua identidade, e serão sempre apresentados como retrato de um grupo e não de uma pessoa.

Você não terá nenhum gasto com a participação no estudo e também não receberá pagamento pelo mesmo. Caso ocorram danos que sejam decorrentes especificamente da pesquisa você terá direito a ser indenizado.

A pesquisadora responsável e a pesquisadora assistente poderão fornecer qualquer esclarecimento sobre o estudo, assim como tirar dúvidas, bastando entrar em contato pelos telefones e/ou e-mails:

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Profa. Dra. Adriana Goulart de Sena Orsini

E-mail: adrisena@ufmg.br - Telefone: (31) 3409-8709

PESQUISADORA ASSISTENTE: Mestranda Cibele Aimée de Souza

E-mail: cibeleaimée@yahoo.com.br - Telefone: (31) 98849-2701

No caso de dúvidas éticas, o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, localizado na Avenida Antônio Carlos, 6627, Unidade Administrativa II, 2º andar, Sala 2005, Campus Pampulha, Belo Horizonte/MG, poderá ser contatado pelo telefone (31) 3409-4592 ou pelo email: coep@prpg.ufmg.br.

Li as informações contidas neste documento antes de assinar este termo de consentimento. Declaro que toda a linguagem técnica utilizada na descrição deste estudo de pesquisa foi satisfatoriamente explicada e que recebi respostas para todas as minhas dúvidas. Confirmando que

também recebi uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Compreendo que sou livre para me negar a participar da pesquisa, sem qualquer penalidade.

Dou meu consentimento de livre e espontânea vontade para participar desta pesquisa, respondendo à entrevista.

NOME DO PARTICIPANTE (em letra de forma)

ASSINATURA DO PARTICIPANTE

____/____/201__
DATA

ADRIANA GOULART DE SENA ORSINI

CIBELE AIMÉE DE SOUZA

ANEXOS

**ANEXO A – Termo de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da
UFMG**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP**

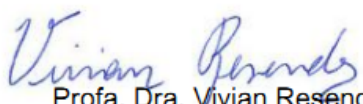
Projeto: CAAE 80267517.0.0000.5149

**Interessado(a): Profa. Adriana Goulart de Sena Orsini
Depto. Direito do Trabalho e Introdução ao Estudo
do Direito
Faculdade de Direito- UFMG**

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 16 de janeiro de 2018, o projeto de pesquisa intitulado **“Tratamento de conflitos: pensando a mediação e sua adequação ao Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais”** bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto através da Plataforma Brasil.


Prof. Dra. Vivian Resende
Coordenadora do COEP-UFMG

**ANEXO B – Termo de aprovação da realização da pesquisa no âmbito do HC-UFMG
pela Gerência de Ensino e Pesquisa do HC-UFMG**



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG

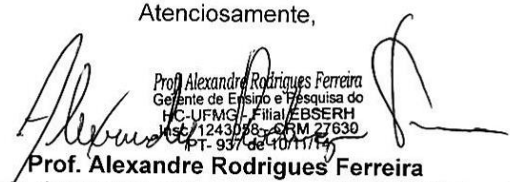
CARTA DE APROVAÇÃO

Belo Horizonte, 21 de fevereiro de 2018.

**PROJETO DE PESQUISA Nº 19/2018: Tratamento de Conflitos: pensando a
medição e sua adequação ao Hospital das Clínicas da Universidade de Minas
Gerais.**

Reportando-nos ao projeto de pesquisa acima referenciado, considerando sua
concordância com o parecer da Comissão de Avaliação Econômico-financeira de
Projetos de Pesquisa do Hospital das Clínicas e a aprovação pelo COEP/UFMG em
16/01/2018 esta Gerência aprova seu desenvolvimento no âmbito institucional.
Solicitamos enviar à GEP **relatório** parcial ou final após um ano.

Atenciosamente,


Prof. Alexandre Rodrigues Ferreira
Gerente de Ensino e Pesquisa do
HC-UFMG/ Filial EBSEH
MSE/12430/2008 - CRM 27630
PT- 937 de 4011/14
Prof. Alexandre Rodrigues Ferreira
Gerência de Ensino e Pesquisa do HC-UFMG/Ebserh

À Sra.

Profa. Adriana Goulart de Sena Orsini

Departamento do Direito do Trabalho e Introdução ao Estudo do Direito (DIT).

Faculdade de Direito - UFMG