



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E SOCIAIS
UNIDADE ACADÊMICA DE DIREITO**

RAILTON CÉSAR GONÇALVES DE ABRANTES

**A VIOLÊNCIA CONTRA OS MÉDICOS NO AMBIENTE DE TRABALHO E
SUAS IMPLICAÇÕES LEGAIS**

SOUSA-PB

2022

RAILTON CÉSAR GONÇALVES DE ABRANTES

**A VIOLÊNCIA CONTRA OS MÉDICOS NO AMBIENTE DE TRABALHO E
SUAS IMPLICAÇÕES LEGAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Direito do Centro de Ciências Jurídicas e Sociais da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, como exigência parcial para obtenção do título de bacharel em Ciências Jurídicas e Sociais.

Orientador: Prof. Me. Eduardo Pereira Jorge de Oliveira

SOUSA-PB

2022

A161v Abrantes, Railton César Gonçalves de.
A violência contra os médicos no ambiente de trabalho e suas implicações legais / Railton César Gonçalves de Abrantes. - Sousa, 2022. 66f.
Bibliografia.

Orientador: Prof. Me. Eduardo Pereira Jorge de Oliveira.
Monografia (Bacharelado em Direito) UFCG/CCJS, 2022.

1. Violência no trabalho. 2. Médicos. 3. Conflitos. 4. Hospital. 5. Aspectos legais. 6. Violência laboral. I. Oliveira, Eduardo Pereira Jorge de. II. Universidade Federal de Campina Grande. III. Centro de Ciências Jurídicas e Sociais. IV. Título.

UFCG/CCJS

CDU - 340.6

RAILTON CÉSAR GONÇALVES DE ABRANTES

**A VIOLÊNCIA CONTRA OS MÉDICOS NO AMBIENTE DE TRABALHO E
SUAS IMPLICAÇÕES LEGAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Direito do Centro
de Ciências Jurídicas e Sociais da
Universidade Federal de Campina Grande
- UFCG, como exigência parcial para
obtenção do título de bacharel em Ciências
Jurídicas e Sociais.

Aprovado em 22 de agosto de 2022

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Me. Eduardo Jorge Pereira de Oliveira
Orientador

Profa. Dra. Herika Juliana Linhares Maia
Examinador

Prof. Me. Anderson Diego Marinho da Silva
Examinador

*Dedico este trabalho a minha mãe e a
minha irmã, porto seguro
imprescindível na desafiadora jornada
da vida.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que sempre estiveram ao meu lado. Primeiro, à minha mãe “Lilia”, pela presença constante com seu apoio, estímulo, carinho e orações. É muita sorte e um grande privilégio conviver com alguém que é um exemplo de coragem, força, alegria, empreendedorismo e que lutou continuamente para nos proporcionar conhecimento, respeito e uma vida digna. Sempre destemida e solidária com mensagens de otimismo, amizade e amor. Por ser mãe, dispensa atributos adicionais, já conhecidos por todos.

Ao meu pai “Mundico”, outro um grande exemplo, que iniciou a trabalhar como caminhoneiro e não mediu esforços para nos formar, proteger e prover o melhor para a família.

A minha irmã Maria do Socorro, que viabilizou meu ingresso neste curso, meus eternos agradecimentos e admiração. Sua torcida, amizade, apoio, companheirismo, solidariedade, orações e abnegação em muito contribuíram para o meu crescimento pessoal.

Ao meu irmão Ronaldo com minha admiração, respeito, amizade e carinho, sempre comemorando nossas conquistas. Registro os agradecimentos aos meus tios Geraldo e Creusa, que me acolheram em suas residências com paciência e consideração durante meus estudos no Recife. À minha tia Terezinha Abrantes que também foi minha professora no Colégio Monteiro Lobato, onde iniciei meus estudos em Sousa e fui apresentado à “palmatória”, instrumento utilizado para “estimular” os estudos. Aos demais familiares presentes na minha vida, obrigado.

Registro meus agradecimentos a Ítalo, da Sofagril, por ter contribuído ao lado da minha irmã para o início dessa caminhada na UFCG.

Nessa jornada conhecemos pessoas e sou grato a todos que integram o grupo de estudos que formamos. Através da ajuda mútua, superamos muitas dificuldades, especialmente durante o difícil período do coronavírus. É tarefa árdua enumerá-los, mas registro os agradecimentos. A participação e solidariedade de vocês foi imprescindível e continuaremos a nos ver. Agradeço aos servidores do CCJS e aos professores que compartilharam seu conhecimento, bem como à UFCG pela acolhida. Enquanto católico, registro

minha gratidão a Deus e reconheço que a fé e as orações me impulsionaram em diversos momentos para superar as adversidades.

Meus agradecimentos ao amigo Paulo Emílio pelas incansáveis revisões do texto, apoio, estímulo e solidariedade, fundamentais para mim.

Ao meu orientador, o Professor Eduardo Jorge, que conheço de longa data, e me proporcionou a honra e o privilégio de ser seu orientando. Apesar do excesso de atividades sob sua responsabilidade, sempre respondeu quando solicitado, com boa vontade e respeito. Nunca se omitiu em nos atender, apresentando sempre conduta exemplar, digna do Mestre que é. Exemplo de professor, amigo e pessoa humana que fica na memória e repasso aos meus alunos. Agradeço muito por toda sua disponibilidade, atenção e respeito!

A todos que dividiram arduamente seu tempo entre os estudos, trabalho, família e demandas pessoais, conduzindo o curso com seriedade e compromisso.

Aos que precisaram em algum momento se afastar da família e amigos para aprimorar seus conhecimentos e melhorar a qualidade de vida em outras cidades.

O curso de Direito é, de fato, fascinante. Repasso aos meus alunos de medicina parte desse aprendizado para contribuir na sua formação. É um privilégio adquirir esse conhecimento e sou grato à oportunidade. Fiz o possível para desfrutar dessa experiência.

RESUMO

Os conflitos podem se manifestar em qualquer ambiente de trabalho, particularmente nos serviços de saúde, propícios a manifestações agressivas que aumentaram durante a pandemia. A violência envolve os usuários, profissionais, a administração e os fornecedores. As subnotificações e o desconhecimento das leis para penalizar os agressores atuam como fatores limitantes para coibir tal fenômeno. Este estudo é direcionado para os conflitos existentes no ambiente de trabalho do médico e questiona-se quanto à existência de leis no país que podem ser aplicadas para desestimular essa prática. O objetivo é identificar as formas de violência praticadas, suas causas, consequências e analisar se a legislação em vigor pode ser empregada contra os agressores. A metodologia utilizada nesse trabalho é de uma pesquisa qualitativa exploratória, delimitada pelo método de abordagem dedutivo, métodos de procedimento monográfico e comparativo e pelas técnicas de pesquisa bibliográfica. A pesquisa evidencia a necessidade da adoção de medidas preventivas, apresenta os recursos jurídicos aplicáveis para inibir a violência contra os médicos, ressalta a importância de treinamento em métodos para resolução de conflitos junto aos profissionais de saúde e maior rigor na aplicação das leis.

Palavras-chave: conflitos; hospital; médicos; violência no trabalho.

ABSTRACT

Conflicts can manifest in any work environment, particularly in health services, conducive to aggressive demonstrations that have increased during the pandemic. Violence involves users, professionals, administration and suppliers. Underreporting and ignorance of the laws to penalize aggressors act as limiting factors to curb this phenomenon. This paper is directed to the existing conflicts in the doctor's work environment and questions about the existence of laws in the country that can be applied to discourage this practice. The objective is to identify the forms of violence practiced, their causes, consequences and to analyze if the legislation in force can be used against the aggressors. The methodology used in this paper is qualitative research, delimited by the deductive approach method, methods of monographic and comparative procedure and by the techniques of bibliographic research. The research highlights the need to adopt preventive measures, presents the applicable legal resources to inhibit violence against doctors, emphasizes the importance of training in methods for conflict resolution with health professionals and greater rigor in the application of laws.

Keywords: conflicts; hospital; physicians; violence at work.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACM – Associação Catarinense de Medicina

AMB – Associação Médica Brasileira

BVS - Biblioteca Virtual em Saúde

CCJC - Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania

CDC - Centers for Disease Control and Prevention

CFM - Conselho **Federal** de Medicina

COVID-19 – Coronavirus Disease (2019)

COREN-SP - Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

CP – Código Penal

CPC – Código de Processo Civil

CPP – Código de Processo Penal

CRF-SP - Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo

CRFB/88 – Constituição da República Federativa do Brasil de 1988

CREMESP - Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo

CRM – Conselho Regional de Medicina

CRM-PR - Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná

EPI – Equipamento de Proteção Individual

EUA – Estados Unidos da América

ICN - International Council of Nurses

ILO - International Labour Office

INSS – Instituto Nacional do Seguro Social

LILACS - Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde

NR – Norma Regulamentadora

OIT – Organização Internacional do Trabalho

OMS - Organização Mundial da Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

OSHA - Occupational Safety and Health Administration

PAOH - Pan American Health Organization

WHO - World Health Organization

WMA - World Medical Association

PSI - Public Services International

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 VIOLÊNCIA CONTRA MÉDICOS NO AMBIENTE LABORAL	14
2.1 A violência contra os médicos	15
2.2 A pandemia e seus reflexos	22
2.3 As estatísticas da violência no Brasil	25
3 ASPECTOS LEGAIS	30
3.1 Da responsabilidade cível	33
3.2 Da Ação Penal	37
3.3 Da Ação Trabalhista	41
3.4 Da Ação Administrativa	46
4 ESTRATÉGIAS PREVENTIVAS	49
4.1 Propostas Gerais: as instituições, os médicos e a comunidade	49
4.2 Meios alternativos na gestão de conflitos e o treinamento	53
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
REFERÊNCIAS	59

1 INTRODUÇÃO

Um dos grandes problemas atuais da civilização é a violência. Espalha-se entre as cidades e compromete a tranquilidade nos diversos ambientes do indivíduo, inclusive a própria residência e o ambiente de trabalho.

O trabalho é uma necessidade, mas também um espaço de realização pessoal. Compreende a possibilidade de fazer novos amigos, obter reconhecimento e valorização das habilidades individuais. Por outro lado, a presença de rejeição, críticas, isolamento ou agressão nesse ambiente evidencia a existência de posturas violentas, desperta a sensação de insegurança, compromete a performance do trabalhador e provoca sofrimento.

A violência laboral emerge em diversos contextos, especialmente naqueles geradores de tensão, estresse ou associados à escassez de recursos para a proteção pessoal. Entre os trabalhadores mais suscetíveis a esse fenômeno estão os do setor saúde, como os médicos, que estão mais expostos ao risco de violência e agressão no trabalho do que muitas outras profissões, principalmente os que atuam nas unidades de emergência, obstetrícia e psiquiatria.

O trabalho médico é complexo e seu preparo ocorre em mais de oito anos de estudo ao longo da graduação e especialização. Esta última pode se estender por três a seis anos ou mais, o que dimensiona o conhecimento que esse profissional deve adquirir durante sua formação. Para o desenvolvimento das atividades médicas, é imprescindível que as instituições proporcionem recursos humanos e condições materiais, já que o cuidado oferecido ao paciente é multidisciplinar, envolve tecnologia e profissionais de diversas áreas.

Muitos dos serviços prestados no setor saúde são desenvolvidos no hospital, ambiente no qual são realizados procedimentos diferenciados, por indivíduos com variados graus de especialização e que atuam de forma integrada, interdependente e coordenada. A diversidade no quadro de pessoal é ampla, envolvendo diferenças culturais, sociais, econômicas e de formação técnica.

Nesse ambiente, as ações realizadas pelo médico envolvem elevado grau de responsabilidade e muitas vezes é acompanhada de ansiedade e tomada rápida de decisão, especialmente nas situações de emergência. Essas peculiaridades podem repercutir no relacionamento interpessoal durante o trabalho tornando-o suscetível a mal-entendidos, hostilidades e agressões.

A maior parte dos atos violentos praticados contra os médicos é realizado por pacientes, seus familiares ou acompanhantes, o que provoca insegurança no ambiente laboral e compromete a qualidade do atendimento.

Considerando a existência de atos violentos contra os médicos e sua relevância, propõe-se um estudo que tem como objeto os conflitos envolvendo esses profissionais no ambiente de trabalho. Torna-se imprescindível conhecer melhor esse fenômeno para que a administração do hospital e os demais funcionários possam lidar de forma adequada com esses desentendimentos.

Quanto à justificativa desta pesquisa, é necessário ponderar a respeito da violência praticada contra os médicos no seu trabalho. A importância das atividades desenvolvidas por esses profissionais é inquestionável e a existência de agressões no exercício da profissão compromete sua segurança, performance e a qualidade do serviço prestado. Existe negligência por parte de muitas instituições quanto à segurança, o que compromete a integridade não apenas dos médicos, mas também dos pacientes, seus acompanhantes e demais funcionários.

Com o objetivo de enfatizar a relevância do tema, o estudo se propõe indicar algumas das situações violentas vivenciadas pelos médicos e suas consequências, bem como as providências legais que podem ser utilizadas nessas ocasiões. Nesse sentido está a justificativa social do tema escolhido.

Do ponto de vista acadêmico e jurídico, a violência é prática repudiada pela legislação penal e a violência no ambiente laboral envolve também questões trabalhistas e indenizatórias. Ademais, além de estar situado na discussão do Direito Penal, do Direito do Trabalho e do Direito Civil, o tema está diretamente ligado ao Direito Médico.

Nesse caso, a questão de pesquisa que se apresenta é: A legislação em vigor oferece recursos que podem ser aplicados para desestimular a prática da violência durante o exercício profissional do médico?

Buscando respostas, tem-se como objetivo geral analisar se a legislação em vigor pode ser aplicada contra os agressores dos profissionais médicos nas searas cível, penal, trabalhista e administrativa. Os objetivos específicos, por sua vez, estão delimitados em: I- Identificar as formas de agressão contra os médicos, seus autores e as situações em que ocorrem; II- Analisar os efeitos da pandemia nas agressões ao profissional, bem como dados estatísticos da violência praticada contra ele; III- Compreender as implicações jurídicas relacionadas ao tema e mencionar

mecanismos que podem minimizar a ocorrência desses eventos.

O estudo que se propõe foi obtido a partir de uma pesquisa qualitativa exploratória, delimitada pelo método de abordagem dedutivo no qual foi realizada uma revisão bibliográfica que contemplasse a violência relacionada ao trabalho do médico. Os métodos de procedimentos utilizados são o monográfico e comparativo que guiaram a pesquisa a partir de uma análise em bases de dados eletrônicos, doutrinas, periódicos, publicações na mídia eletrônica e impressa, pesquisa documental em sites de natureza médica e jurídica, bancos de dados e estatísticas, bem como trabalhos dissertativos relacionados ao tema.

Os artigos científicos foram consultados a partir de busca nas bases de dados eletrônicos: Portal de Periódicos Capes, PubMed, Eletronic Libary Online (SciElo) e LILACS da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Os descritores empregados foram: 1- *Medical or doctor or physician*; 2- *Harassment ou aggression or violence or discrimination or abuse or attacks or insecurity or bullying or stigma*; 3- *Workplace or hospital*; 4- *Coronavírus or COVID-19*.

Foi utilizado o operador booleano “AND” para os três grupos acima e, quando necessário investigar a violência durante a pandemia, o operador foi aplicado em todos. Foram selecionados os artigos indexados mais relevantes para a pesquisa.

Este estudo será dividido em três seções. Na primeira, serão abordadas as formas de agressão no ambiente de trabalho contra o médico, seus atores, os efeitos da pandemia e as estatísticas dessa violência. A segunda seção apresentará suas implicações legais e a última aborda as sugestões para minimizar essa prática.

2 VIOLÊNCIA CONTRA MÉDICOS NO AMBIENTE LABORAL

A violência faz parte do cotidiano e a sensação de insegurança está presente nos diversos ambientes e cidades, expandindo-se para as de menor porte, antes consideradas tranquilas. Trata-se de um fenômeno complexo, dinâmico, multifatorial e compreende um dos maiores problemas hodiernos. Atinge a sociedade como um todo e pode ocorrer contra mulheres, crianças, idosos, negros, homossexuais, trabalhadores e demais cidadãos (SANTOS JUNIOR; DIAS, 2004).

Compromete a harmonia nos diversos ambientes, o que inclui a própria residência, os espaços para o lazer e o trabalho. Um indivíduo ao se deslocar para as atividades laborais acredita dirigir-se a um ambiente seguro onde pode desenvolver suas habilidades e não espera tornar-se alvo de violência (PORTOGHESE *et al.*, 2017).

Segundo Ribeiro, Robazzi e Dalri (2021), a violência no trabalho decorre da interação entre fatores individuais, culturais, organizacionais e ambientais, existindo várias definições para esse fenômeno. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), consiste em incidentes através dos quais os funcionários sofrem abusos, ameaças ou agressões em circunstâncias relacionadas ao seu trabalho, o que inclui o percurso de ida e volta e ainda, que coloquem em perigo, de forma explícita ou implícita, sua segurança, seu bem-estar ou sua saúde (ILO, 2002).

Em 2021 entrou em vigor internacionalmente a Convenção 190/2019 da Organização Internacional do Trabalho (OIT). Trata-se do primeiro tratado internacional relacionado à violência e ao assédio no trabalho. O texto define os comportamentos como inaceitáveis quanto aos aspectos morais, físicos e psicológicos no ambiente de trabalho, bem como estimula a adoção de leis específicas para prevenir e punir a agressão no trabalho (ILO, 2019).

A Convenção incluiu o assédio como forma de violência no trabalho, e o conceitua como um conjunto de comportamentos e práticas inaceitáveis, ou ainda, ameaças únicas ou repetidas que visem, causem, ou sejam suscetíveis de causar dano físico, psicológico, sexual ou económico. Inclui os comportamentos dirigidos com base no sexo, gênero e o assédio sexual (ILO, 2019).

Segundo o Tratado, os fundamentos devem ser aplicados em empresas públicas e privadas. As práticas consideradas inaceitáveis incluem as contidas nas comunicações digitais e as que ocorrem durante viagens relacionadas ao trabalho.

Outras situações que caracterizam a violência laboral são as ocorridas no próprio ambiente de trabalho, como nos refeitórios, alojamentos, instalações sanitárias, locais de repouso e no trajeto domicílio-trabalho. Sua ratificação no Brasil depende da aprovação no Congresso Nacional, nos termos do art. 49, I da CRFB/88 (LISBOA, 2021).

A violência laboral é classificada de diversas formas. Quanto à natureza pode ser física ou psicológica. Na primeira ocorre o uso da força, e inclui agressões físicas, sexuais, uso de armas, soco, chute, empurrão, mordida, beliscão, dentre outros. A violência psicológica é mais frequente e decorre de uso intencional do poder, inclui intimidação, ameaça ou agressão verbal e não verbal refletindo a falta de respeito com o indivíduo, perseguição, assédio moral com o objetivo de desqualificar, assédio sexual resultando em constrangimento, uso de correspondências eletrônicas intimidadoras, isolamento, provocação (*bullying*), discriminação relacionada à raça, cor e origem, entre outros (SANTOS JUNIOR; DIAS, 2004; WISKOW, 2003).

A *Occupational Safety and Health Administration* (OSHA) apresenta uma classificação na qual associa as pessoas envolvidas na agressão e a forma de relação existente entre elas. Ocorre em quatro tipos: Tipo 1: Quem pratica o ato é externo à empresa e não tem relação com a vítima. É o que acontece nos crimes como assalto. Tipo 2: É a violência praticada por clientes, pacientes ou consumidores da empresa e direcionada contra seus funcionários. É o tipo mais comum, principalmente com profissionais de saúde. Geralmente são as agressões físicas, verbais, ofensas e ameaças. Tipo 3: Ocorre entre trabalhadores de qualquer nível hierárquico no mesmo ambiente de trabalho. Como exemplo temos o *bullying*, brigas entre colegas de trabalho, assédio sexual ou moral entre trabalhadores. Tipo 4: É aquele praticado por pessoas da intimidade do trabalhador, como o cônjuge (OSHA, 2011; WISKOW, 2003).

Entre os trabalhadores de saúde, a violência no trabalho também pode ser caracterizada como vertical ou horizontal. No primeiro caso ocorre entre os trabalhadores e os pacientes ou entre os trabalhadores e seus superiores. Na segunda forma, manifesta-se entre os próprios funcionários ou entre os pacientes (RIBEIRO; ROBAZZI; DALRI, 2021).

2.1 A violência contra os médicos

A violência contra profissionais de saúde no ambiente de trabalho é um fenômeno mundial e considerado risco ocupacional, especialmente para os médicos. Agravou-se durante a pandemia da COVID-19 e a Associação Médica Mundial definiu esse problema como uma emergência internacional, já que compromete os próprios fundamentos dos sistemas de saúde e impacta na saúde do paciente (WMA, 2020).

A OMS também considera a relevância do risco profissional e registra que de 8% a 38% desses profissionais sofrem violência física em algum momento ao longo de suas carreiras. Um maior número é exposto a ameaças ou agressões verbais, praticadas geralmente por pacientes, seus familiares e acompanhantes. Em situações de desastre e conflito, esses trabalhadores podem se tornar alvo de violência coletiva ou política (WHO, 2020).

Segundo a *Occupational Safety and Health Administration* (OSHA), o ambiente de trabalho dos profissionais de saúde apresenta número elevado de incidentes violentos, semelhante ao que ocorre com motoristas de táxi que trabalham sozinhos tarde da noite; lojas de conveniência, bebidas ou postos de combustíveis com atividade noturna; prisões e centros de detenção (OSHA, 2017). As taxas de violência no trabalho desses profissionais são cerca de 20% mais elevadas do que a soma de todos os outros trabalhadores, mas observa-se que existe subnotificação. Provavelmente as ocorrências violentas são em maior número (OSHA, 2016).

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) realizou uma pesquisa na qual participaram 20 mil profissionais de saúde em países latino-americanos. Os resultados indicaram que 66,7% dos entrevistados relataram algum tipo de agressão no trabalho em 2015. Pesquisa semelhante realizada pela OPAS em 2006 apresentou índice de agressão de 54,6%, o que evidencia aumento na violência. Cerca de 75% das agressões se manifestaram em instituições públicas, cujas causas foram a demora no atendimento em 44,2% das vezes, falta de recursos locais em 28,2% e decorrente da notificação de morte em 8,6%. Cerca de 11,3% dos trabalhadores agredidos sofreram violência física e desses, 30% suspenderam as atividades provisoriamente em consequência das lesões (PAOH, 2016).

Esses profissionais habitualmente desenvolvem suas atividades em instituições de saúde para onde o indivíduo se dirige em busca de assistência médica, seja ela ambulatorial ou hospitalar, e para realizar consultas visando o diagnóstico, tratamento, exames ou reabilitação. Os pacientes e seus acompanhantes encontram-se em diversos graus de ansiedade, expectativa e dúvida. Geralmente estão

apreensivos, acompanhados de medo e incerteza relacionados à doença, à atenção, disponibilidade de recursos, possibilidade de cura e qualidade técnica de quem o assistirá (ABRANTES; AQUINO; NÓBREGA, 2019).

A confiança no profissional que vai realizar o atendimento é fundamental para o sucesso e adesão do indivíduo ao tratamento proposto. Uma pesquisa realizada pelo Instituto Datafolha em 2020 revelou que o médico é o profissional de maior credibilidade, com 35% da confiança da população, seguido pela atividade de professor com 21% e bombeiros com 11%. Em pesquisa anterior realizada em 2018, os médicos obtiveram um índice de 24% e os professores, 34% (LOPES, 2020).

Porém, algumas situações podem comprometer a relação médico-paciente e gerar desentendimentos. É o que ocorre especialmente no atendimento a psicopatas, nas situações de emergência e diante de usuários agressivos, estejam eles alcoolizados ou sob efeito de drogas ilícitas, ocasiões em que o abuso e a agressão contra o profissional de saúde se manifestam, muitas vezes de forma repetida ou contínua, comuns em pacientes psiquiátricos (WISKOW, 2003; NOWROUZI-KIA, 2019).

Causou grande repercussão o vídeo divulgado pela mídia no qual um médico, idoso e funcionário público, fora agredido durante o atendimento por um paciente jovem. O médico foi exposto a agressão verbal e física através de gritos, xingamentos, chutes e espancamento no posto de saúde onde trabalhava, motivado por alegada demora para atender. Curiosamente o agressor era filho de médico (TAVARES; VASCONCELOS, 2015).

São descritos outros eventos que configuram violência durante o atendimento médico: abusos, ameaças, agressão verbal, assédio moral e sexual, comentários maliciosos, gestos rudes e agressivos, desafios explícitos ou implícitos à segurança do profissional, ao seu bem-estar físico, psíquico ou à sua saúde, ou até mesmo aplicação intencional da força que caracteriza a violência física, provoca ferimentos e compromete a capacidade laboral (STRACHAN, 2009).

Outra modalidade de ofensa registrada é o *cyberbullying*, que surgiu com as redes sociais e consiste em perseguição, humilhação, intimidação, agressão ou difamação nas redes sociais. Há relatos dessa prática contra médicos e realizado por seus colegas, supervisores ou pacientes (LA REGINA *et al*, 2021). Em pesquisa realizada pela Sociedade de Pediatria de São Paulo, 4% dos médicos que passaram por alguma violência no trabalho, vivenciaram o *cyberbullying* (LUNA FILHO, 2015).

Ameaça de morte também ocorre. Bittleman (2020) relata que foi ameaçado por paciente inconformado com a suspensão de opióides, já que, segundo o médico, não havia indicação para a continuidade do uso. O paciente era veterano da guerra do Vietnã e foi necessária uma ordem judicial para obrigá-lo a manter distância do médico, do seu ambiente de trabalho, sua residência e familiares. Os hábitos da família mudaram para redobrar o cuidado, tornando-se necessária a aquisição de arma de fogo e *spray* de pimenta como medidas preventivas.

O homicídio não é comum, mas preocupante. Na Itália, Loretto *et al.* (2021) analisaram 21 casos de assassinato a médicos relacionados à profissão e ocorridos entre 1988 e 2019. Em 19% das vezes o evento foi na primeira consulta e praticado por paciente não habitual; em 52% o assassino foi o próprio paciente, causado algumas vezes por erro no diagnóstico ou tratamento; em 29% o autor foi um parente, eventualmente para vingar o óbito de algum familiar. As mortes foram provocadas por arma de fogo, arma branca (faca), arma contundente ou envenenamento (através de garrafa de vinho envenenada enviada como presente de Natal). Em 57% dos incidentes o paciente não era portador de psicopatia e a vingança motivou a ação em 67% dos casos. O incidente ocorreu em consultório público (48%), na rua (19%), na residência do médico (14%), no hospital (14%) ou no domicílio do paciente (5%).

As agressões não físicas como abuso, assédio e *bullying* são experiências comuns que acompanham o médico ao longo de sua formação e ocorre nos diversos países, muitas vezes ignoradas ou até mesmo realizada por supervisores, o que intensifica a tortura psicológica e pode causar morte por suicídio (KUMBHAR, 2021).

A aprovação para uma faculdade de medicina é um desafio que persiste durante a graduação e a residência médica (especialização). Constata-se que nesse período há uma prevalência considerada inaceitável de discriminação de gênero, orientação e assédio sexual. Envolve ambos os sexos e são causados por pacientes, colegas e outros profissionais, mas as mulheres são mais assediadas. (SCHLICK *et al.*, 2021).

No Brasil, diante do aumento nos casos de violência em trotes, jogos entre as escolas de medicina e ao longo da formação médica, o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) disponibilizou uma publicação para orientar os estudantes e profissionais a respeito do assédio moral perpetrado por colegas e supervisores, uma vez que as agressões, sejam elas de natureza física, moral ou sexual, repercutem de forma negativa na vida profissional. Comentários

sexistas ocorrem com maior frequência em áreas de predomínio masculino, como na cirurgia, ortopedia e urologia (BELFIORE; QUEIROZ, 2019).

Segundo o CREMESP, mais de 40% dos residentes médicos são vítimas de assédio moral. Muitas vezes a agressão ocorre de forma sutil e camuflada pela hierarquia. Entre 2019 e 2021 foram apresentadas 12 denúncias contra chefes e colegas, mas a maior parte permanece insolúvel e pode causar represálias para o denunciante. Há relatos de perseguição intensa e até mesmo abandono durante a especialização (SANAR, 2021).

O assédio é tema recorrente na medicina e acompanha o profissional desde o ingresso na universidade. O movimento *#MeToo* (eu também) iniciou em 2017 espalhando-se pelas mídias sociais e focava no assédio sexual, principalmente no trabalho. Atrizes de Hollywood revelaram os abusos, assédios e agressões vivenciadas no passado, enfatizando o assédio sexual contra mulheres. A *hashtag* expandiu, atingiu o meio médico (*#MeToo in medicine*) e encoraja profissionais e estudantes de ambos os sexos a denunciar casos de discriminação e assédio baseado em sexo, cor, raça, religião, nacionalidade, idade, orientação sexual, identidade de gênero ou deficiência. As políticas que existem contra discriminação e assédio nem sempre são colocadas em prática e os incidentes ocorridos nem sempre são relatados por medo de retaliação (FREISCHLAG; FARIA, 2018).

Em pesquisa realizada nos Estados Unidos com 14.405 formandos, verificou-se que 33% relataram ter ouvido durante a faculdade comentários sexistas, racistas, avanços sexuais indesejados e outras atitudes ofensivas. Alguns foram solicitados a trocar favores sexuais por notas ou outras recompensas (0,3%). Cerca de 5,8% mencionaram ter recebido avaliações e notas mais baixas, bem como recusas a treinamentos ou a prêmios. Sexo, identidade de gênero, orientação sexual, raça ou etnia são apontados como os principais fatores (ANTMAN, 2018).

A violência psicológica praticada pelas organizações não é incomum, é mais difícil de ser identificada e está habitualmente oculta. Geralmente se manifesta de forma coletiva por pressões hierárquicas, nas quais há desrespeito à dignidade da pessoa humana e aumento nas exigências da instituição. É evidenciado a partir de normas internas intimidadoras ou ameaçadoras, perseguições, isolamento, e no caso dos médicos, se manifesta durante a exigência por aumento nos atendimentos, o que prejudica as relações de trabalho, a performance e a saúde mental do trabalhador. Caracteriza o assédio organizacional ou institucional (BARBOSA; BENDER, 2019).

A passividade perante essas práticas reitera sua ocorrência e induz sua rotinização no trabalho, o que amplia o sentimento de medo, insegurança, desvalorização, inferioridade e reflete de forma desfavorável no profissional reduzindo sua autoestima (BARBOSA; BENDER, 2019).

Uma fonte de insegurança pouco mencionada é a consequente ao medo de perder o emprego por questões políticas. Em estudo realizado com médicos anesthesiologistas, foi relatada o poder das instituições em provocar sobrecarga de trabalho e determinar ritmo intenso de trabalho. O número de procedimentos exacerbado tornava necessário o prolongamento da jornada do médico para evitar cancelamento de cirurgia e ajudar o paciente. Outras práticas descritas foram o tempo reduzido para as refeições, desvio de função para viabilizar a realização das cirurgias, cobrança para aumentar a produtividade, interferência no trabalho, escalas organizadas para “poupar” alguns profissionais e sobrecarregar os médicos mais novos (ABRANTES, 1998).

Além dos desafios durante sua formação e eventualmente os relacionados às instituições, o médico enfrenta outros durante o trabalho. A quantidade de processos jurídicos enfrentados é crescente e as causas, multifatoriais. Há motivos relacionados ao trabalho como negligência, imprudência ou imperícia e outros provocados pelo paciente em busca de benefícios pessoais ou enriquecimento ilícito. Em Vitória/ES, uma mulher foi condenada a indenizar um médico após acusá-lo de violência durante a consulta. Informou aos gritos ter sido trancada e forçada a praticar atos indesejados sob ameaça, apresentando roupas rasgadas e arranhões. Em juízo, foi evidenciado que a porta do consultório não dispunha de dispositivo que pudesse trancá-la e confessou ter provocado as lesões, danificado as roupas e o resultado financeiro pretendido com a trama (MOREIRA, 2013).

Salvani (2019) descreveu uma situação na qual a paciente, para ser atendida em ambulatório sem agendamento prévio, simulou de forma exaltada um acidente vascular cerebral (AVC/derrame) provocado por suposto erro da médica. Exames posteriores comprovaram a ausência da patologia e a mulher foi condenada.

Há relato de ofensa provocada pela polícia. Na região do ABC paulista uma médica foi agredida por policiais, o que resultou em escoriações e crise hipertensiva, motivado pela recusa da profissional em fornecer o prontuário de uma paciente atendida para preservar sua privacidade (CREMESP, 2018b).

O relacionamento com os pacientes pode provocar momentos conflituosos no

contexto hospitalar. Entre as razões, segundo Wasan, Wootto e Jamison (2005), e Lorenzetti *et al.* (2013), estão: problemas de comunicação, já que alguns pacientes relataram que não foram tratados com respeito ou não entenderam as informações recebidas, quer seja por questões culturais ou pelo uso de linguagem rebuscada e técnica usada pelos profissionais; alguns procedimentos são realizados sem o devido esclarecimento para o paciente, em ambiente inadequado, sem privacidade e/ou sem higiene; há pacientes que se dirigem aos profissionais com postura de desafiar, questionar ou ameaçar, quer seja por questões culturais ou pela condição de portar enfermidade que se perpetua por longo tempo sem solução, o que causa frustração, aversão, ansiedade ou culpa. Alguns pacientes apresentam pouca adesão ao tratamento sugerido, solicitam prescrições específicas ou discordam das condutas médicas.

Strachan e Fuller (2009) identificaram que o comportamento agressivo dos pacientes em 27% das vezes foi motivado por problemas relacionados à sua própria situação de saúde ou por problemas pessoais; em 26% por insatisfação com o serviço prestado; em 22% por história prévia de agressão e 15% por intoxicação por drogas e/ou álcool.

Questões estruturais decorrentes do mau planejamento organizacional contribuem para a insatisfação do paciente, tais como: limites de provisão, recursos e insumos da instituição acarretando falha no atendimento e assistência, o que inclui falta de equipamento, medicamentos, meios diagnósticos, e o básico de higiene como roupas de cama, lençóis, louça para refeição ou água; há excesso da demanda para os médicos que são utilizados como “bode expiatório”; longo tempo de espera que torna o paciente desapontado com o serviço; pacientes com dor à espera de atendimento; pouco profissionalismo dos funcionários e seus comentários inaceitáveis; questões relacionadas a preconceito de ordem religiosa, cultural, racial e de outras minorias; mulheres submetidas a exames ginecológicos que se sentem constrangidas diante de um profissional do sexo masculino. Também há situações em que pacientes relatam não confiar no atendimento realizado por médicas (WASAN; WOOTTO; JAMISON, 2005; NOWROUZI-KIA *et al.*, 2019; VENTO; CAINELLI; VALLONE, 2020).

Os profissionais mais propensos a agressões são os do sexo feminino, membros de minorias, os mais jovens, inexperientes ou em treinamento. Fatores de risco adicionais para a violência são: trabalhar em áreas remotas ou violentas;

usuários portando arma de fogo; lidar com pessoas sob efeito de álcool e drogas; trabalhar sozinho e em unidades com longas filas à espera de atendimento; falta de pessoal de apoio; segurança insuficiente tanto pela ausência de guardas como pela falha no controle de visitantes; não treinamento em prevenção de violência no trabalho; baixo nível de educação dos pacientes e desobediência na espera do atendimento; ausência de detector de metais e de câmeras de segurança; ritmo de trabalho extenuante e estresse emocional/psicológico do paciente. Os médicos são mais propensos à violência física enquanto que as médicas estão mais expostas a outro tipo de violência (CDC, 2002; ILO, 2002; NOWROUZI-KIA *et al.*, 2019).

Em pesquisa realizada pelo Conselho Regional de Medicina do Paraná (2022) com médicos agredidos, foram mencionados os seguintes “gatilhos” para a violência:

- A maioria dos casos de violência ocorre quando os médicos não acatam o desejo do paciente, como emissão de atestados, exames desnecessários ou outro documento incompatível com o atendimento;
- Os plantões noturnos ficam mais suscetíveis a casos de violência pela ausência de mecanismos mais rígidos de segurança e aumenta a exposição dos médicos;
- Quando há superlotação, as pessoas se sentem no direito de xingar e ameaçar os médicos.
- Pacientes que deveriam ser atendidos em ambulatórios comparecem na emergência para agilizar o atendimento e contribuem para a superlotação;
- Desprezo ao profissional enquanto pessoa, o que se acentuou com a pandemia;
- Inércia dos empregadores e gestores na observância das condições de trabalho e na relação entre os profissionais;
- Pacientes e familiares com celular gravando consultas/atendimentos e fazendo imposições que soam como chantagem;
- Conflitos na relação médico-paciente sob estímulo do chamado “Dr. Google”, em que os usuários contestam e repudiam a orientação profissional (CRM-PR, 2022).

A agressão praticada contra os médicos ocorre na maioria das vezes por parte dos pacientes, seus familiares e acompanhantes (tipo II). Porém não é incomum que existam a partir de colegas de trabalho (tipo III), sejam eles também médicos ou não (NOWROUZI-KIA *et al.*, 2019).

2.2 A pandemia e seus reflexos

No ano de 2019, casos de uma infecção respiratória desconhecida surgiram em Wuhan, província de Hubei, China. A infecção se espalhou pelo país e no início de janeiro de 2020 foi determinado que a causa era um novo coronavírus e a doença,

denominada COVID-19. O vírus se espalhou pelo mundo e em março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) rotulou sua disseminação como pandemia. Medidas foram tomadas nos diversos países para prevenir e retardar sua propagação. Estratégias como isolamento, distanciamento social, bloqueios, restrições ao deslocamento, fechamento do comércio e de escolas foram adotadas (ATZRODT et al., 2020).

A OMS registrou que o coronavírus havia infectado cerca de 564.126.546 pessoas até julho de 2022 em todo o mundo, incluindo 6.371.354 óbitos. No Brasil foram confirmados 33.397.814 casos e 675.871 mortes (WHO, 2022).

Durante a pandemia muitos trabalhadores foram dispensados, enquanto outros realizaram o home-office. Entretanto os profissionais de saúde continuaram suas atividades presenciais utilizando as medidas e equipamentos de proteção individual (EPI) disponíveis, rigor na higiene das mãos, do ambiente e dos equipamentos utilizados (RIBEIRO; ROBAZZI; DALRI, 2021).

Muitos atuaram na linha de frente, aumentaram a carga horária substituindo, inclusive, colegas faltosos ou doentes, e se expuseram a maior contato com o vírus, uma vez que a população em geral e os portadores da doença necessitavam de assistência. Esses profissionais, em decorrência da natureza de seu trabalho, estiveram muitas vezes impossibilitados de manter o isolamento pessoal. Enfrentaram escassez e dificuldade no uso do EPI, temor de contrair o vírus e contaminar seus familiares (AYDOGDU, 2020).

Apesar da dedicação, as agressões a médicos e demais profissionais de saúde foram agravadas durante a pandemia. A população, preocupada com o contágio, entendeu que esses profissionais eram um risco em potencial, mais do que uma solução para o problema. Há relatos de agressão física e verbal no transporte público a caminho dos hospitais (RABELLO, 2020). São descritas humilhações, impedimento de entrar no metrô e trem, xingamentos, arremesso de objetos e café quente, empurrões, gestos como o sinal da cruz e outros de reprovação ou ainda expressões como “sai daqui você vai me passar doença...”. Alguns profissionais evitaram o transporte público e desistiram de usar roupas brancas no trajeto para o trabalho por temor de serem reconhecidos e agredidos (GUIMARÃES, 2020).

Em Goiás, uma médica sofreu trauma cranioencefálico após violência praticada por um casal que solicitou atestado médico. A profissional condicionou o documento à realização de exame para confirmar a doença e foi agredida (SANTANA, 2022).

Outros fatores que desencadearam a agressão foram: a proibição de visitas aos pacientes doentes, a recusa da família e do paciente suspeito em receber resultado negativo de exame, recusa do paciente em realizar tratamento domiciliar e recusa de internação para tratamento indicada pelo médico (AYDOGDU, 2020; RIBEIRO; ROBAZZI; DALRI, 2021).

Episódios violentos também foram observados em países como Egito, Paquistão, Zimbábue, Sudão, África do Sul, Austrália, França e EUA. A organização suíça *Insecurity insight* (2020) registrou mais de 1.200 incidentes envolvendo profissionais de saúde em 2019. De janeiro a maio de 2020 foram registrados 414 eventos em 61 países. As agressões ocorriam nas residências dos profissionais, durante seu deslocamento, no trabalho ou mesmo em velório de colegas falecidos pela COVID-19.

Ataques a instalações de saúde e revolta contra a quarentena imposta foram registradas, principalmente na Índia e México. Em alguns países houve represália governamental contra os trabalhadores da saúde para proibir divulgação das estatísticas reais dos doentes, superior aos números oficiais. A repressão ocorreu também para desestimular a exigência de EPI, o que acarretou maior exposição dos profissionais ao vírus. Na Índia uma multidão agrediu um motorista de ambulância e seus pais porque havia transportado um paciente com COVID-19. Há relatos de agressão por armas de fogo na Líbia, Iêmen e Mianmar, o que dificultou o trabalho da ajuda humanitária e causou mais mortes. (INSECURITY INSIGHT, 2020).

Apesar de estarem mais expostos ao vírus e ao maior risco de infecção, entre os próprios profissionais de saúde há os que estão mais expostos do que seus pares. Foi o que aconteceu no Reino Unido, onde os médicos de etnia minoritária como negros e asiáticos, morreram em maior quantidade no início da pandemia quando comparados com os nascidos na região. Nove dos dez médicos mortos nessa fase eram de minorias. Provavelmente a razão para tal estatística foi a escassez de EPI e a infecção neles resultou da proteção insuficiente. Esses profissionais eram mais propensos a não questionar a segurança no trabalho por temer críticas injustas e represálias (SONODA et al., 2020).

No Japão, profissionais oriundos do Vietnã, Filipinas e Indonésia enfrentaram durante a pandemia, além das barreiras linguísticas e culturais, outras de natureza racial. Pacientes e familiares intensificaram o estigma e o preconceito através de

linguagem ofensiva, preferência por profissionais locais e outras manifestações de xenofobia, o que chegou a motivar o suicídio (SONODA et al., 2020).

2.3 As estatísticas da violência no Brasil

A subnotificação é um empecilho para entender a dimensão do fenômeno. Os médicos tendem a não registrar as agressões por um senso comum de aceitar a violência como “parte do trabalho”. Esse comportamento aumenta a lacuna entre o real e o documentado, e os agressores não são responsabilizados por seus atos. Acrescente-se o fato de que as instituições habitualmente não se interessam em protocolar e investigar esses eventos (NOWROUZI-KIA *et al.*, 2019). Apesar disso, observa-se aumento nos registros de agressão contra médicos e demais profissionais de saúde (JORGE FILHO, 2004).

O CREMESP solicitou em 2015 uma pesquisa ao Datafolha. A falta de condições no atendimento à saúde foi apontada como a principal causa da violência, não excluindo, porém que essa agressividade possa ser reflexo do crescimento da violência geral. A agressão contra os médicos vem ganhando mais expressão, tanto no sistema público quanto no privado (CREMESP, 2016).

Na pesquisa foram entrevistados 617 médicos e 807 usuários. Ambos os grupos relataram como fator desencadeante a sobrecarga do sistema público de saúde, que se reflete nas más condições de atendimento, quantidade insuficiente de médicos, medicamentos, aparelhos e leitos, falta de fiscalização dos locais de trabalho, de capacitação de todos os profissionais e de campanhas informativas. O resultado da pesquisa revelou que:

- 64% já vivenciaram ou conhecem algum colega que já sofreu violência;
- 47% conhecem um colega que passou por essa situação
- Em 12% o episódio já aconteceu com ele e com um colega de profissão;
- Em 5% o episódio aconteceu com ele
- 17% sofreram violência e tiveram conhecimento de agressão a colegas, sendo que as maiores vítimas são médicos jovens (78% de 24 a 34 anos) e mulheres (8%);
- 84% dos que sofreram agressão alegam ataque verbal, dos quais 68% foram praticados pelo paciente, 31% pelos acompanhantes e 26% pelos familiares;
- 20% dos agredidos sofreram violência física dos quais 70% foram praticados pelo paciente, 25% pelos familiares e 15% pelos acompanhantes;
- 60% alegam que os problemas geralmente acontecem durante a consulta;
- Para 85% dos médicos a violência ocorre mais no SUS (DATAFOLHA, 2015).

Com base nos dados acima, infere-se que mais da metade dos médicos entrevistados já foram vítimas de violência no trabalho ou conhecem algum colega que já o foi. Muitos desses profissionais agredidos são jovens ou mulheres e entre os agressores estão os pacientes, seus familiares ou acompanhantes.

Ainda de acordo com a citada pesquisa, os médicos consideram como principais causas para o comportamento agressivo dos pacientes os seguintes fatores:

- 39% consideram que o paciente, insatisfeito com a Saúde Pública, direciona sua agressividade ao médico;
- 29% relatam a demora no atendimento, reflexo da grande quantidade de pacientes e poucos médicos. O fato gera estresse no indivíduo que direciona ao profissional;
- 11% enfatizam que os hospitais estão superlotados e sem estrutura para o atendimento, mais uma causa de estresse no profissional;
- 5% admitem que o comportamento do médico é a causa, já que não atendem, não examinam e não dão atenção como deveriam ou erram os diagnósticos (DATAFOLHA, 2015).

Quanto à população entrevistada pelo Datafolha (2015), constatou-se que:

- 34% afirmam ter passado por alguma situação de estresse no atendimento à Saúde nos últimos doze meses;
- Para 24% o estresse ocorre na recepção do local de atendimento; para 9% durante procedimentos médicos e em 5% na espera pelo atendimento;
- Dos que sofrem estresse, 10% relatam ter tomado alguma atitude como reclamar da qualidade do atendimento médico (6%) ou do atendimento na recepção (3%);
- Poucos entrevistados afirmaram ter praticado alguma agressão contra médicos, mas 35% presenciaram agressão verbal (xingamentos e ofensas); 14% testemunharam ameaças psicológicas e 4%, agressões físicas (DATAFOLHA, 2015).

E como principais causas da violência mencionadas pela população:

- 41% mencionaram questões relacionadas ao atendimento, como a demora e o estresse gerado, muitos pacientes para poucos médicos, consultas muito rápidas e superficiais;
- 19% acreditam que o comportamento dos médicos é fator relevante e citam a falta de atenção, postura impaciente, desatenciosa, insensível, arrogante, irônica e desrespeitosa;
- 18% reconhecem que o fator desencadeante é a falta de estrutura hospitalar que oferece um atendimento precário, superlotação e demora no atendimento. Essa percepção não se refere apenas ao SUS, é extensivo ao setor privado.
- A qualidade dos médicos foi relatada por alguns entrevistados, referindo-se à prescrição ou medicação errada e ao despreparo de alguns profissionais e atendimento demorado (DATAFOLHA, 2015).

Tem-se, portanto, que a pesquisa apresenta dados estatísticos da violência praticada contra médicos e as razões apontadas por eles e pela própria população, o que se permite ter um panorama do quadro acerca da temática ora tratada.

Em 2018, levantamento realizado por iniciativa do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN-SP) e Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo (CRF-SP), mostrou que a precariedade no atendimento à saúde resulta em violência sofrida pelos profissionais de saúde no trabalho conforme os dados a seguir (CREMESP, 2018a):

- Participaram 6.832 profissionais médicos, farmacêuticos e de enfermagem;
- 71,6% do total afirmaram já ter sofrido violência no trabalho;
- Entre os médicos, 63% das vítimas apresentavam idade até 40 anos;
- As mulheres foram vítimas em 57% dos casos e os homens em 43%;
- 7 em cada 10 médicos sofreram violência em instituição pública;
- As agressões foram verbais em 47% e física em 18%;
- A violência é praticada, na ordem, pelos pacientes, familiares e acompanhantes;
- As filas e a demora no atendimento motivou a agressão em 53% das vezes, seguido de insatisfação do paciente (34,8%) e falta de estrutura (10,1%);
- 80% de todos os profissionais agredidos não registraram a denúncia pela sensação de impunidade, falta de apoio da instituição, porque não sabiam onde ou como fazer a denúncia e por receio de perder o emprego (CREMESP, 2018a).

Os dados acima reforçam a situação crítica a que os médicos estão expostos no trabalho. Durante a divulgação do levantamento, os conselhos de classe iniciaram campanha publicitária para sensibilizar a população de que a agressão aos profissionais prejudica o atendimento.

Em março de 2021 foi realizado um levantamento pela Associação Paulista de Medicina em São José do Rio Preto-SP e região, motivado pelo aumento de denúncias de agressão contra os médicos (AMB, 2021). Segundo o relatório apresentado, dos 354 médicos participantes, quase metade já sofreu agressão do paciente ou familiares, seja ela física, psicológica ou por assédio sexual:

- 63,28% presenciaram algum colega ser vítima de agressões;
- 44,92% foram vítimas de agressões;
- Na saúde pública, o aparato para proteger os médicos existe em 17,8% dos serviços;
- No serviço privado, o aparato de proteção para os médicos existe em 30,79% dos serviços;
- Para 89,27% houve aumento da violência (AMB, 2021).

Os dados são preocupantes e evidenciam a gravidade do problema, já que na percepção dos profissionais, houve aumento nas agressões e mais da metade dos médicos participantes já presenciaram violência contra os colegas no trabalho.

O Conselho Regional de Medicina do Paraná realizou pesquisa envolvendo cerca de 1% dos médicos ativos (CRM-PR, 2022). Os resultados revelam que:

- Do total, cerca de 20% disseram ter sofrido pelo menos uma vez, 20% sofreram duas vezes, 16% três vezes, 5,4% quatro vezes e 8,6% cinco vezes;
- A agressão moral foi predominante, alcançando 84% dos casos, a física 8%, a sexual 3% e outras 7%;
- Quanto ao local da violência, a maior parte foi em pronto atendimento (28%), seguida de hospital (26%), unidade básica de saúde (20%), consultório particular (9%) e outros locais (17%);
- No que se refere à faixa etária das vítimas, os mais jovens estão mais expostos. 35% têm entre 30 e 39 anos, até 29 anos (28%), de 40 a 49 (22%), 50 a 59 (12%) e com mais de 60 (3%);
- Médicos de pelo menos 92 cidades preencheram o questionário;
- 80% não realizaram o boletim de ocorrência, e as justificativas foram: medo de sofrer retaliação, perder emprego ou ser desmoralizado, descrença quanto à punibilidade, o ônus financeiro e moral decorrentes, a burocracia e a sensação de falta de apoio das autoridades, das instituições representativas, das chefias e dos colegas de trabalho (CRM-PR, 2022).

Essa recente pesquisa envolveu a participação de médicos em várias cidades do Paraná e reforçou o caos representado pela falta de segurança no trabalho desses profissionais. Há médicos agredidos ao menos cinco vezes.

As consequências dos conflitos no trabalho podem se manifestar no médico através de hostilidade, insatisfação, absenteísmo, maior procura por licenças, perda da autoestima, inexistência de cooperação, comportamento de retaliação, desinteresse, perda na qualidade do trabalho, declínio dos valores éticos, tristeza, depressão, estresse pós-traumático, menor segurança do paciente e maior incidência do *burnout* (GAICK, 2015; VENTO; CAINELLI; VALLONE, 2020).

Burnout é uma síndrome que se caracteriza por esgotamento físico, emocional e psicológico decorrente do trabalho. É acompanhado de despersonalização, baixa realização profissional e acomete principalmente os médicos, enfermeiros, advogados e professores. Entre os fatores desencadeantes estão: trabalhar sob estresse intenso; existência de risco vital; ausência de apoio psicológico; jornadas de trabalho extensas; cobranças institucionais, de colegas, pacientes e acompanhantes; alta carga de responsabilidade no trabalho; possibilidade de progressão escassa e salários aquém do esperado. Há estudos que associam os médicos expostos a violência verbal, psicológica ou física com a manifestação do *burnout* (HACER; ALI, 2020).

A cobrança sobre o médico existe desde a graduação e não é raro ocorrer suicídio e ideação suicida entre os estudantes graduandos. A depressão é observada com frequência e o suicídio ocorre cinco vezes mais do que na população em geral. Há vários fatores associados, como privação do sono para acompanhar o volume de estudo, cobrança das faculdades, exigência pessoal, competitividade iniciada no ensino médio para ingresso no curso, elevado grau de responsabilidade, contato com doenças e a morte, rigor acadêmico, entre outros. Há o senso comum de que medicina é um curso exigente e seus profissionais devem ser fortes e resistir aos desafios. O estudante inicia o curso com idealizações que, com o tempo, cedem para algumas desilusões. Um médico, com os desafios e peculiaridades específicas de sua formação, ao se deparar com um ambiente hostil de trabalho, pode apresentar consequências desfavoráveis no seu desempenho (IPEMED, 2022).

Quanto às lesões corporais decorrentes da agressão física, podem ser de natureza leve ou mais grave, a ponto de impor intervenção médica e afastamento do trabalho. Em casos mais violentos pode ocorrer o homicídio (LORETTU *et al.*, 2021).

Importante mencionar que cada profissional possui suas necessidades, problemas, expectativas e exigências, tanto pessoais quanto familiares, e outros provenientes dos amigos e colegas. Todos esses fatores repercutem nas atividades desenvolvidas pelo indivíduo. O trabalho médico está habitualmente associado a características como longas jornadas, fadiga, disponibilidade de equipamento inadequado, exigência para atender a demanda com qualidade e recursos insuficientes, responsabilidade na tomada de decisão, ausência de reconhecimento, dependência de drogas e suicídio, o que confere peculiaridade ao trabalho desse profissional. A ação conjunta desses fatores, incluindo a possibilidade de trabalhar em ambiente violento, compromete sua performance (ABRANTES, 1998).

3 ASPECTOS LEGAIS

A agressão contra os médicos tornou-se uma prática comum e agravada pela pandemia. O temor provocado pelo crescente número de óbitos, a escassez de recursos, de profissionais e meios para o diagnóstico intensificaram um fenômeno já existente: a violência.

Se por um lado o médico possui deveres decorrentes de sua profissão, os direitos também estão estabelecidos. A Lei Federal nº 3.268/1957 atribui ao Conselho Federal e aos Conselhos Regionais de Medicina a incumbência de elaborar o Código de Ética Médica (CEM). O Código estabelece, entre outros, os direitos do médico no seu capítulo II, entre eles (CFM, 2019):

- I - Exercer a medicina sem ser discriminado por questões de religião, etnia, cor, sexo, orientação sexual, nacionalidade, idade, condição social, opinião política, deficiência ou de qualquer outra natureza;
- II - Indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas cientificamente reconhecidas e respeitada a legislação vigente;
- (...)
- IV - Recusar-se a exercer sua profissão em instituição pública ou privada onde as condições de trabalho não sejam dignas ou possam prejudicar a própria saúde ou a do paciente, bem como a dos demais profissionais. Nesse caso, comunicará com justificativa e maior brevidade sua decisão ao diretor técnico, ao Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição e à Comissão de Ética da instituição, quando houver;
- V - Suspender suas atividades, individualmente ou coletivamente, quando a instituição pública ou privada para a qual trabalhe não oferecer condições adequadas para o exercício profissional ou não o remunerar digna e justamente, ressalvadas as situações de urgência e emergência, devendo comunicar imediatamente sua decisão ao Conselho Regional de Medicina;
- (...)
- VII - Requerer desagravo público ao Conselho Regional de Medicina quando atingido no exercício de sua profissão;
- VIII - Decidir, em qualquer circunstância, levando em consideração sua experiência e capacidade profissional, o tempo a ser dedicado ao paciente sem permitir que o acúmulo de encargos ou de consultas venha prejudicar seu trabalho;
- IX - Recusar-se a realizar atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência (CFM, 2019).

Segundo os incisos I e VI, o médico tem direito à individualidade, de forma que a discriminação, além de antiética, é ato ilícito. A Constituição Federal em vigor, em seu art. 5º, XLI, determina que “a lei punirá qualquer discriminação atentatória dos direitos e liberdades fundamentais”, e no artigo 186 do Código Civil consta “Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito”.

Portanto, ato de preconceito realizado por outro colega, paciente ou pela instituição é ilegal, deve ser denunciado ao CRM e enseja reparação moral por via judicial. O inciso II assegura a autonomia do médico, na qual o diagnóstico e o tratamento são prerrogativas do profissional. Não cabe ao paciente, plano de saúde ou qualquer organização restringir sua liberdade nem obrigar a seguir determinadas condutas em desacordo com a ciência. O médico não está obrigado a prestar serviços contrários à sua consciência, exceto nas situações mencionadas no capítulo I, VII, que trata dos casos de urgência, emergência ou quando não há outro médico disponível:

O médico exercerá sua profissão com autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência ou a quem não deseje, excetuadas as situações de ausência de outro médico, em caso de urgência ou emergência, ou quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente (CFM, 2019).

Apesar da autonomia do médico ser preservada, ele deve informar e respeitar a decisão do paciente ou seu representante legal quanto aos meios diagnósticos e terapêuticos propostos, conforme os artigos 24, 31 e 34 do CEM. Os incisos IV e V supracitados enfatizam a importância das condições de trabalho, o que inclui a segurança para desenvolver as atividades. Assegura ao profissional o direito de recusar ou suspender o atendimento quando necessário.

O inciso VIII assegura ao médico o tempo a ser dedicado a cada paciente. Não cabe às instituições determinarem o ritmo do atendimento ou o tempo máximo para cada consulta. Tal atitude compromete o diagnóstico e o relacionamento com o paciente. No inciso IX é permitido ao médico recusar atendimento em determinados casos, exceto quando se tratar de urgência, emergência ou se não existir outro profissional para atender aquele paciente, conforme a Resolução do CFM n. 2.232/19.

A atividade médica é interdisciplinar e envolve contato com outros profissionais, entre eles os enfermeiros, farmacêuticos e nutricionistas. O Código determina princípios que devem nortear a relação do médico com outros profissionais e com os colegas no capítulo I e incisos seguintes:

XVII - As relações do médico com os demais profissionais devem basear-se no respeito mútuo, na liberdade e na independência de cada um, buscando sempre o interesse e o bem-estar do paciente.

XVIII - O médico terá, para com os colegas, respeito, consideração e solidariedade, sem se eximir de denunciar atos que contrariem os postulados éticos (CFM, 2019).

O relacionamento entre os colegas e demais membros da equipe deve ser respeitoso e considerar a individualidade, bem como os limites determinados por lei para cada profissão.

O capítulo IV trata dos direitos humanos, no qual é proibido ao médico faltar com o respeito, civilidade e consideração à dignidade humana. De forma semelhante e repetindo trecho do inciso XVIII supracitado, o médico, ao lidar com os colegas, deve manter o respeito, a solidariedade e a cortesia. A afronta aos princípios éticos é passível de punição (BARROS JUNIOR, 2019):

É vedado ao médico:

Art. 23. Tratar o ser humano sem civilidade ou consideração, desrespeitar sua dignidade ou discriminá-lo de qualquer forma ou sob qualquer pretexto.

Parágrafo único. O médico deve ter para com seus colegas respeito, consideração e solidariedade (CFM, 2019).

Os artigos 47 a 57, do capítulo VII, tratam da relação entre os médicos, entre os quais destaca-se que lhe é vedado:

Art. 47. Usar de sua posição hierárquica para impedir, por motivo de crença religiosa, convicção filosófica, política, interesse econômico ou qualquer outro que não técnico-científico ou ético, que as instalações e os demais recursos da instituição sob sua direção sejam utilizados por outros médicos no exercício da profissão, particularmente se forem os únicos existentes no local.

Art. 56. Utilizar-se de sua posição hierárquica para impedir que seus subordinados atuem dentro dos princípios éticos (CFM, 2019).

Portanto, um médico não pode impedir que seus subordinados usem a infraestrutura da instituição por motivos outros que não o ético ou o técnico-científico, especialmente se forem os únicos disponíveis. Também não pode impedir que os subordinados atuem sob os princípios éticos.

A existência de agressões entre médicos ou desses com outros profissionais viola as normas éticas, o que pode desencadear processo ético-profissional conforme a Resolução CFM nº. 2.306/2022. Os profissionais devem conhecer seus direitos e saber como proceder diante das agressões. A atitude inicial visa a proteção do médico e dos demais que estão presentes. Recomenda-se, em casos de violência, solicitar auxílio dos seguranças, evitar o contato físico, acionar o policiamento se necessário e registrar a ocorrência (VIEIRA, 2020).

Os atos praticados pelo agressor podem configurar muitos crimes, tornando-se importante conhecer em quais instâncias ele poderá ser responsabilizado, não apenas

para responder por suas ações, mas também para evitar recidivas. Existem leis no país que podem ser aplicadas para desestimular a violência contra os médicos no trabalho, entre elas as dispostas na esfera cível, penal, trabalhista e administrativa.

3.1 Da responsabilidade cível

A violência no trabalho, seja ela física ou moral, tem potencial de provocar efeitos desfavoráveis no funcionário, na sua família, nos outros trabalhadores, usuários e na própria organização. O Código Civil (CC), no artigo 186, menciona: "Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito" (BRASIL, 2002). Dessa forma, o agente agressor será responsabilizado por seu ato e os requisitos para a responsabilidade civil subjetiva são: a conduta ou o ato lesivo, o dano, o nexo causal e a culpa em sentido amplo, o que inclui a culpa e o dolo. Na culpa a conduta é consciente e o resultado é involuntário, decorre da falta de cuidado, atenção ou cautela do agressor. No dolo a conduta é consciente e intencional (MOLINA, 2022).

A existência do nexo causal indica que o dano decorre da conduta ilícita praticada e esse dano consiste na lesão de direitos e bens de um cidadão. Pode atingir seus interesses patrimoniais (materiais) e/ou os extrapatrimoniais. Esses últimos referem-se aos direitos morais, da personalidade, estéticos e existenciais. A indenização por dano material e moral está assegurado na CF/88, artigo 5º, V e X, bem como no CC, artigo 186. O dano extrapatrimonial também é mencionado na CLT, artigo 223-A e seguintes, onde se reconhece o dano estético como autônomo em consonância com a Súmula No. 387 do Supremo Tribunal de Justiça (STJ). Uma vez caracterizado o ato ilícito, a legislação autoriza a reparação conforme o artigo 927 e seguintes do CC:

Art. 927: Aquele que, por ato ilícito (arts. 186 e 187), causar dano a outrem, é obrigado a repará-lo.

Parágrafo único. Haverá obrigação de reparar o dano, independentemente de culpa, nos casos especificados em lei, ou quando a atividade normalmente desenvolvida pelo autor do dano implicar, por sua natureza, risco para os direitos de outrem (STJ, 2009).

O Enunciado 38 do Conselho da Justiça Federal refere-se ao parágrafo acima:

A responsabilidade fundada no risco da atividade, como prevista na segunda parte do parágrafo único do art. 927, CC, configura-se quando a atividade normalmente desenvolvida pelo autor do dano causar a pessoa determinada um ônus maior do que aos demais membros da coletividade (CJF, 2002).

Também atua de forma ilícita, segundo o disposto no artigo 187 do CC “[...] o titular de um direito que, ao exercê-lo, excede manifestamente os limites impostos pelo seu fim econômico ou social, pela boa-fé ou pelos bons costumes”. Ou seja, há restrição do direito subjetivo, de forma que o abuso desse direito é também ilícito e impõe reparação do dano. Nesse caso, a responsabilidade é objetiva e independe de culpa conforme o Enunciado No. 37 do Conselho de Justiça Federal: “A responsabilidade civil decorrente do abuso do direito independe de culpa e fundamenta-se somente no critério objetivo finalístico”.

Diante de um ato lesivo, pode haver ressarcimento simultâneo por danos materiais e morais conforme a súmula 37 do Superior Tribunal de Justiça: “São cumuláveis as indenizações por dano material e dano moral oriundos do mesmo fato”. Dessa forma, para o dano sofrido por um empregado, seja ele praticado por colega de trabalho ou por terceiro, cabe indenização. A reparação não tem significado apenas para o indivíduo lesado, mas é extensiva à comunidade que também sofre seus efeitos. O ônus aplicado pode não ter relevante repercussão econômica, mas estimula outros em situação semelhante a ingressar com uma ação. Há ocasiões em que a consequência econômica é significativa, mas o trabalhador não ingressa em juízo por medo de represália, de ser estigmatizado ou não conseguir novo emprego (MAIOR, 2007).

A agressão realizada durante atividade laboral pressupõe uma conduta (agressão); um dano no agente de tal magnitude que o impossibilita de exercer as atividades de forma temporária ou permanente; o nexo causal, haja vista que se não fosse pela conduta do agente, o resultado (lesão ou perturbação funcional) não seria possível, e a ação praticada com culpa ou dolo. O fato gerador é ilícito, e a ele deve ser imputado o dever de reparação, configurando a hipótese de responsabilidade subjetiva. A indenização é proporcional ao prejuízo causado e conforme dispõe o art. 950, do Código Civil:

Art.950. Se da ofensa resultar defeito pelo qual o ofendido não possa exercer o seu ofício ou profissão, ou se lhe diminua a capacidade de trabalho, a indenização, além das despesas do tratamento e lucros cessantes até ao fim da convalescença, incluirá pensão correspondente à importância do trabalho para que se inabilitou, ou da depreciação que ele sofreu. Parágrafo único. O prejudicado, se preferir, poderá exigir que a indenização seja arbitrada e paga de uma só vez (BRASIL, 2002).

Ou seja, além da possibilidade de indenização por dano extrapatrimonial, há os relacionados ao aspecto material, que inclui o dano atual (dano emergente), bem como tudo aquilo que ele deixou de ganhar, numa perspectiva futura (lucro cessante) e pensionamento. Alguns magistrados consideram que toda ofensa à integridade física causa dano moral e enseja reparação nesse sentido. Foi o entendimento proferido no Processo 0022400-37.2009.5.03.0146/2010 da Vara do Trabalho de Nanuque-MG.

O artigo 157 da CLT determina que cabe à empresa cumprir as normas de segurança no trabalho e instruir os funcionários a prevenir acidentes. O empregador, habitualmente, não quer que ocorra infortúnio com seu funcionário. Dessa forma, dificilmente haverá a modalidade dolosa por não cumprir as determinações do artigo mencionado e geralmente a conduta do empregador é culposa. No caso do médico agredido, a instituição pode ser responsabilizada por não proporcionar segurança para o exercício profissional e não orientar sobre os riscos da função. Um acidente de trabalho motivado pelo não cumprimento das normas regulamentadoras (NR's), atrai o dever de indenizar, uma vez presentes os demais requisitos (MOLINA, 2022). O Supremo Tribunal Federal (STF) considerou que é possível a responsabilidade objetiva em algumas situações, em tese de repercussão geral do RE n. 828.040/2020:

O artigo 927, parágrafo único, do Código Civil é compatível com o artigo 7º, XXVIII, da Constituição Federal, sendo constitucional a responsabilização objetiva do empregador por danos decorrentes de acidentes de trabalho, nos casos especificados em lei, ou quando a atividade normalmente desenvolvida, por sua natureza, apresentar exposição habitual a risco especial, com potencialidade lesiva e implicar ao trabalhador ônus maior do que aos demais membros da coletividade (STF, 2020).

Dessa forma, diante de agressão cometida por um terceiro, torna-se necessário avaliar se a probabilidade desse evento acontecer está de acordo com os riscos naturais daquela atividade. A existência do dano em atividade que expõe o trabalhador a previsível situação de risco, onde a possibilidade de agressão é inerente ao trabalho, enseja a responsabilidade objetiva do empregador, devendo comprovar o dano e o

nexo causal. Segundo Molina (2022), quando a agressão foi precedida por ameaça e a vítima comunicou ao empregador, considera-se que houve omissão da empresa em aplicar medidas preventivas, tratando-se também de responsabilidade objetiva.

Nas agressões realizadas por colega de trabalho, segundo o artigo 932, III, e 933 do Código Civil, o empregador responde objetivamente pelos atos dos seus empregados, serviçais e prepostos no exercício ou em razão do trabalho. Nesse sentido também se refere a Súmula no. 341 do STF ao considerar que “É presumida a culpa do patrão ou comitente pelo ato culposo do empregado ou preposto”.

Portanto, é necessária comprovação de culpa do empregado para responsabilizar objetivamente o empregador para reparar o dano. Haverá responsabilidade civil do causador da agressão e não do empregador, quando o ato praticado pelo agente não guardar relação com o trabalho, mesmo que executado nas suas dependências.

O STJ decidiu, em Agravo Interno no Agravo em Recurso Especial 1347178 PR 2019/0209718-3, que a empresa contratante tem responsabilidade objetiva sobre atos praticados por seus subordinados, seja pessoa natural ou jurídica, autônomo, terceirizado ou empregado eventual, cabendo eventual ação de regresso em face do próprio causador do dano, já que o contratante assumiu os riscos da contratação e tem o dever de verificar se o contratado está agindo de forma adequada no desempenho de suas funções. Resta ao empregador provar que o dano não foi causado no exercício do trabalho ou em razão dele.

O artigo 7º, XXVIII, da atual Carta Magna consagrou a possibilidade da dupla proteção do trabalhador vítima de acidente de trabalho. É amparado pela cobertura previdenciária do INSS e pelas indenizações de responsabilidade civil, diante de dolo ou culpa do empregador (MOLINA, 2022). Diante dos crimes de difamação, calúnia e injúria, o agente agressor pode ser responsabilizado criminalmente e no âmbito civil por danos morais conforme o disposto nos artigos 186 e 927 do CC.

Quanto ao servidor público, sua responsabilidade civil determina o ressarcimento dos prejuízos causados à Administração Pública e a terceiros no exercício da função, seja por ato doloso ou culposos, omissivo ou comissivo, conforme determina o artigo 122 da Lei nº 8.112/90 e o artigo 37, § 6º, da Constituição Federal em vigor. A responsabilidade perante a Administração é subjetiva, depende da prova de que houve o dano, seja ele moral ou material, o nexo causal entre a ação e o dano, e a culpa ou dolo da conduta.

3.2 Da Ação Penal

Diversas situações que caracterizam a violência contra os médicos estão previstas no Código Penal. Atitudes como difamação e ofensas, sejam elas oriundas de pacientes ou outras fontes, ensejam criminalização civil e/ou penal. A liberdade de expressão é assegurada a todos os indivíduos, mas a CRFB/88 determina que o cidadão tem direito à honra e à imagem, e prevê o direito à indenização por danos morais e materiais consequentes à sua violação nos seguintes termos:

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:

[...]

IV - é livre a manifestação do pensamento, sendo vedado o anonimato;

V - é assegurado o direito de resposta, proporcional ao agravo, além da indenização por dano material, moral ou à imagem;

X - são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação; [...] (BRASIL, 1988).

Entre as situações habitualmente vivenciadas pelos profissionais estão os crimes contra a honra como a calúnia, difamação e injúria. Na calúnia é falsamente atribuído ao profissional um crime; a difamação ocorre quando o médico é acusado de incompetência por ser um mau profissional, e na injúria é verbalmente agredido durante a consulta. Dessa forma:

Art. 138 - Caluniar alguém, imputando-lhe falsamente fato definido como crime:

Pena - detenção, de seis meses a dois anos, e multa.

§ 1º - Na mesma pena incorre quem, sabendo falsa a imputação, a propala ou divulga.

§ 2º - É punível a calúnia contra os mortos

Art. 139 - Difamar alguém, imputando-lhe fato ofensivo à sua reputação:

Pena - detenção, de três meses a um ano, e multa.

Art. 140 - Injuriar alguém, ofendendo-lhe a dignidade ou o decoro:

Pena - detenção, de um a seis meses, ou multa.

[...]

§ 3º. Se a injúria consiste na utilização de elementos referentes a raça, cor, etnia, religião, origem ou a condição de pessoa idosa ou portadora de deficiência;

Pena - reclusão de um a três anos e multa; [...] (BRASIL, 1940).

A ilicitude do ato se manifesta no meio social ou em redes virtuais como no *WhatsApp, Facebook, twitter e Instagram*. Por conseguinte, o médico pode requerer

a retirada das publicações da internet. O constrangimento e a ameaça são atos violentos previstos. O primeiro é mais grave quando provocado por mais de duas pessoas ou há emprego de arma, e a ameaça pode ser verbal ou não verbal conforme os artigos:

Art. 146 - Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, ou depois de lhe haver reduzido, por qualquer outro meio, a capacidade de resistência, a não fazer o que a lei permite, ou a fazer o que ela não manda:
Pena - detenção, de três meses a um ano, ou multa

§ 1º - As penas aplicam-se cumulativamente e em dobro, quando, para a execução do crime, se reúnem mais de três pessoas, ou há emprego de armas.

Art. 147 - Ameaçar alguém, por palavra, escrito ou gesto, ou qualquer outro meio simbólico, de causar-lhe mal injusto e grave:

Pena - detenção, de um a seis meses, ou multa. [...] (BRASIL, 1940).

Há relatos de que a perseguição ao médico antecedeu o homicídio, portanto, havendo perseguição por parte de paciente ou outro agente, o médico deve notificar o fato, já que há previsão legal no artigo 147-A do CP:

Perseguir alguém, reiteradamente e por qualquer meio, ameaçando-lhe a integridade física ou psicológica, restringindo-lhe a capacidade de locomoção ou, de qualquer forma, invadindo ou perturbando sua esfera de liberdade ou privacidade.

Pena – reclusão, de 6 (seis) meses a 2 (dois) anos, e multa

§ 1º A pena é aumentada de metade se o crime é cometido

I – contra criança, adolescente ou idoso;

II – contra mulher por razões da condição de sexo feminino, nos termos do § 2º-A do art. 121 deste Código;

III – mediante concurso de 2 (duas) ou mais pessoas ou com o emprego de arma; [...] (BRASIL, 1940).

As mulheres são constrangidas em diversas circunstâncias, quer seja por pacientes ou demais profissionais no trabalho. A violência psicológica praticada contra a mulher encontra respaldo legal para criminalizar o agente:

Art. 147-B. Causar dano emocional à mulher que a prejudique e perturbe seu pleno desenvolvimento ou que vise a degradar ou a controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, chantagem, ridicularização, limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que cause prejuízo à sua saúde psicológica e autodeterminação.

Pena - reclusão, de 6 (seis) meses a 2 (dois) anos, e multa, se a conduta não constitui crime mais grave. [...] (BRASIL, 1940).

Entre os atos violentos enfrentados pelos médicos está o assédio moral e o sexual, que são praticados contra homens e mulheres. O Código Penal, no art. 216-

A, considera assédio sexual:

Constranger alguém com o intuito de obter vantagem ou favorecimento sexual, prevalecendo-se o agente da sua condição de superior hierárquico ou ascendência inerentes ao exercício de emprego, cargo ou função.

Pena - detenção, de 1 (um) a 2 (dois) anos. (Incluído pela Lei nº 10.224, de 15 de 2001).

[...]

§ 2º A pena é aumentada em até um terço se a vítima é menor de 18 (dezoito) anos. (Incluído pela Lei nº 12.015, de 2009); [...] (BRASIL, 1940).

Quanto ao assédio moral, a Câmara dos Deputados aprovou em março de 2019 o Projeto de Lei 4742/2001 de iniciativa do Deputado Federal Marcos de Jesus, que prevê a introdução do artigo 146-A no Código Penal Brasileiro, dispondo sobre o crime de assédio moral no trabalho e validado com a seguinte redação:

Artigo 146-A do Código Penal: Ofender reiteradamente a dignidade de alguém causando-lhe dano ou sofrimento físico ou mental, no exercício de emprego, cargo ou função.

Pena: detenção, de um a dois anos e multa, além da pena correspondente à violência.

§ 1º – Somente se procede mediante representação, que será irretratável.

§ 2º – A pena é aumentada em até um terço se a vítima é menor de 18 (dezoito) anos; [...] (BRASIL, 1940).

No Senado, a proposta acima tramita como Projeto de Lei 1521/2019, no qual há reconhecimento das consequências do assédio para o trabalhador e somente a vítima pode propor a ação, que é irretratável. Uma vez proposta, não se pode desistir da apuração até que seja finalizada.

A agressão física é outro evento de grande repercussão. Pode provocar lesão corporal e causar incapacidade, seja ela temporária, permanente ou até mesmo a morte:

Art. 129. Ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem:

Pena - detenção, de três meses a um ano.

Lesão corporal de natureza grave

§ 1º Se resulta:

I - Incapacidade para as ocupações habituais, por mais de trinta dias;

II - perigo de vida;

III - debilidade permanente de membro, sentido ou função;

IV - aceleração de parto:

Pena - reclusão, de um a cinco anos.

§ 2º Se resulta:

I - Incapacidade permanente para o trabalho;

II - enfermidade incurável;

III - perda ou inutilização do membro, sentido ou função;

IV - deformidade permanente;

V - aborto:

Pena - reclusão, de dois a oito anos.

Lesão corporal seguida de morte.

§ 3º Se resulta morte e as circunstâncias evidenciam que o agente não quis o resultado, nem assumiu o risco de produzi-lo:

Pena - reclusão, de quatro a doze anos; [...] (BRASIL, 1940).

O confronto direto com o agressor deve ser evitado, porém, se necessário, deve-se agir de forma moderada em legítima defesa, já que a lei ampara “[...] quem, usando moderadamente dos meios necessários, repele injusta agressão, atual ou iminente, a direito seu ou de outrem” (CP, art. 25).

Casos extremos como sequestro, cárcere privado, violação de domicílio e homicídio são raros, mas estão previstos no CP nos artigos 148, 150 e 121, respectivamente. O art. 135 pode ser aplicado quando há omissão de socorro, na qual o indivíduo deixa de prestar assistência, quando for possível fazê-lo sem risco pessoal, a pessoa ferida ou não pedir o socorro da autoridade pública. Em momento de fúria, o agente agressor pode danificar equipamentos privativos ou depredar o patrimônio público, devendo responder por seus atos como se segue:

Art. 163 - Destruir, inutilizar ou deteriorar coisa alheia:

Pena - detenção, de um a seis meses, ou multa.

Dano qualificado

Parágrafo único - Se o crime é cometido:

I - com violência à pessoa ou grave ameaça;

II - com emprego de substância inflamável ou explosiva, se o fato não constitui crime mais grave;

III - contra o patrimônio da União, de Estado, do Distrito Federal, de Município ou de autarquia, fundação pública, empresa pública, sociedade de economia mista ou empresa concessionária de serviços públicos;

IV - por motivo egoístico ou com prejuízo considerável para a vítima:

Pena - detenção, de seis meses a três anos, e multa, além da pena correspondente à violência; [...] (BRASIL, 1940).

O art. 331 do CP prevê pena para quem desacatar funcionário público no exercício da função ou em razão dela. Portanto, desrespeito ou agressão praticada contra o médico que seja servidor público durante seu trabalho, pode configurar desacato. É considerado funcionário público:

Art. 327 - Considera-se funcionário público, para os efeitos penais, quem, embora transitoriamente ou sem remuneração, exerce cargo, emprego ou função pública.

§ 1º - Equipara-se a funcionário público quem exerce cargo, emprego ou função em entidade paraestatal, e quem trabalha para empresa prestadora de serviço contratada ou conveniada para a execução de atividade típica da Administração Pública; [...] (BRASIL, 1940).

Vieira (2020) menciona que durante a pandemia ou mesmo diante de qualquer doença contagiosa, o indivíduo pode atuar de forma inconsequente e proposital, ciente de ser portador da doença, e transmitir a outros propagando a patologia. Nessas condições, pode responder pelos crimes descritos nos artigos 131, 132 e 267 do CP.

Diante de flagrante delito, qualquer cidadão pode prender o transgressor, inclusive a própria vítima, segundo o Art. 301 do CPP: “Qualquer do povo poderá e as autoridades policiais e seus agentes deverão prender quem quer que seja encontrado em flagrante delito”.

3.3 Da Ação Trabalhista

A dignidade da pessoa humana, do trabalhador e o valor social do trabalho são fundamentos da República Federativa do Brasil, conforme os artigos 1º, III e IV, 170 e 193 da atual Carta Magna. Também está assegurado ao cidadão o direito à saúde, ao trabalho e à honra nos artigos 5º, X e 6º. O artigo 7, XXII, do mesmo dispositivo considera que é direito do trabalhador a “redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança”. É dever das organizações o fornecimento de um ambiente de trabalho saudável para os funcionários a partir de normas determinadas pelo Estado, já que no artigo 200, II e VIII da legislação mencionada, compete ao sistema de saúde ações para proteger a saúde do trabalhador e o ambiente de trabalho. O direito do empregado à segurança no trabalho é, portanto, constitucional.

Porém, imprevistos podem acontecer e a Lei 8213/91, artigo 19, considera como acidente de trabalho:

Art.19. Acidente do trabalho é o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço de empresa ou de empregador doméstico ou pelo exercício do trabalho dos segurados referidos no inciso VII do art. 11 desta Lei, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho.
§ 1º A empresa é responsável pela adoção e uso das medidas coletivas e individuais de proteção e segurança da saúde do trabalhador.
§ 2º Constitui contravenção penal, punível com multa, deixar a empresa de cumprir as normas de segurança e higiene do trabalho.
§ 3º É dever da empresa prestar informações pormenorizadas sobre os riscos da operação a executar e do produto a manipular; [...] (BRASIL, 1991).

No acidente associado ao trabalho o empregado exerce suas atividades a serviço de uma empresa ou de empregador doméstico. Também contempla os segurados especiais e a lesão corporal ou perturbação funcional resultando em morte, perda ou redução da capacidade para o trabalho por período superior a quinze dias, e a empresa é responsável para adotar medidas de proteção e segurança do trabalhador. Diante de um caso de agressão no trabalho, o desfecho para o empregado é tornar-se beneficiário do INSS, indenizado por responsabilidade civil do empregador ou por ambos.

Enquanto gênero, o instituto em análise envolve espécies conforme prevê a norma acima citada, em seus artigos 19 a 21, quais sejam, o acidente pode ser típico, atípico e de trajeto.

Acidente típico é o mais comum no meio corporativo e se manifesta no exercício do trabalho. O atípico ocorre em casos específicos de repetição das atividades ou está relacionado às condições e ao ambiente de trabalho. Já os de trajeto decorrem do deslocamento do empregado de sua residência para o trabalho ou vice-versa, e independe do meio de locomoção. A doença ocupacional é aquela desencadeada pelo exercício do trabalho, confirmada por perícia médica realizada pelo INSS. O artigo 21, II, da lei em comento, dispõe algumas situações que configuram acidente do trabalho por equiparação:

Art. 21. Equiparam-se também ao acidente do trabalho, para efeitos desta Lei:
[...]
II - o acidente sofrido pelo segurado no local e no horário do trabalho, em consequência de:
a) ato de agressão, sabotagem ou terrorismo praticado por terceiro ou companheiro de trabalho;
b) ofensa física intencional, inclusive de terceiro, por motivo de disputa relacionada ao trabalho;
c) ato de imprudência, de negligência ou de imperícia de terceiro ou de companheiro de trabalho;
d) ato de pessoa privada do uso da razão; [...] (BRASIL, 1991).

Como exposto no dispositivo, a agressão sofrida no trabalho pode ser praticada por terceiro ou companheiro de trabalho no ambiente e horário das atividades ou demais dependências da empresa, e inclui ofensas físicas por disputa relacionada ao trabalho. A legislação assegura ainda, no artigo 118 da Lei no. 8213/1991, garantia provisória de emprego por, no mínimo, 12 meses após cessado

o auxílio-doença acidentário, mesmo que o empregador não tenha participação ativa ou omissiva na agressão.

Vale reforçar que a previsão legal acerca dos planos de benefício da previdência social não obsta ao trabalhador agredido buscar uma reparação do dano, haja vista que são de naturezas distintas. A respeito, decidiu o TRT da 3a. Região (2015), em sede do Recurso Ordinário n. 0001114-21.2014.5.03.0148/ MG:

A percepção de benefício previdenciário não prejudica o deferimento da verba indenizatória, pois a Constituição da República estabelece claramente que o pagamento das parcelas decorrentes do seguro acidentário não exclui a indenização devida pelo empregador [...] (TRT, 2015).

Segundo o artigo 19 da Lei 8213/91 e a NR-6, a empresa deve adotar medidas coletivas e individuais de proteção e segurança da saúde do trabalhador. Portanto, poderá ser acionada diante de falha em proporcionar condições de segurança e EPI para o desempenho das atividades, bem como pode haver lavraturas de autos de infração caso alguma obrigação quanto à segurança e medicina do trabalho (artigos 154 a 200 da CLT) tenha sido violada.

Mesmo que o empregador seja isento de responsabilidade civil, o trabalhador fará jus à assistência previdenciária, recolhimento do FGTS durante a licença, garantia provisória de emprego e eventual indenização de seguro, se houver (MOLINA, 2022).

Diante de agressão provocada por outro empregado no ambiente de trabalho, o art. 482 da CLT autoriza a rescisão do contrato pelo empregador por justa causa quando constatar “ato lesivo da honra ou da boa fama praticado no serviço contra qualquer pessoa, ou ofensas físicas, nas mesmas condições, salvo em caso de legítima defesa, própria ou de outrem”.

O empregador deve assegurar um ambiente de trabalho saudável e também responde pelos atos dos seus prepostos, conforme previsto nos artigos 932 e 933 do Código Civil. Pode, portanto, ser ajuizada ação de regresso em face do ofensor e sua dispensa por justa causa, já mencionada. Diante de um acidente de trabalho, cabe à empresa comunicar o ocorrido ao INSS através da Guia de Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT).

Por outro lado, segundo o art. 483 da CLT, a rescisão do contrato de trabalho pode partir do trabalhador, dispositivo que pode ser pleiteado pela vítima de assédio moral nos termos a seguir:

O empregado poderá considerar rescindido o contrato e pleitear a devida indenização quando:

- a) forem exigidos serviços superiores às suas forças, defesos por lei, contrários aos bons costumes, ou alheios ao contrato;
- b) for tratado pelo empregador ou por seus superiores hierárquicos com rigor excessivo;
- c) correr perigo manifesto de mal considerável;
- d) não cumprir o empregador as obrigações do contrato;
- e) praticar o empregador ou seus prepostos, contra ele ou pessoas de sua família, ato lesivo da honra e boa fama;
- f) o empregador ou seus prepostos ofenderem-no fisicamente, salvo em caso de legítima defesa, própria ou de outrem;
- g) o empregador reduzir o seu trabalho, sendo este por peça ou tarefa, de forma a afetar sensivelmente a importância dos salários; [...] (BRASIL, 1943).

A penalização por assédio enfrenta dificuldades para ser efetivada, como: a subjetividade do ato; a comprovação do nexo causal entre a ação e seus efeitos; a existência e disponibilidade de prova testemunhal e material. O assédio é uma violência psicológica, contra a qual não há limites legais bem definidos. A própria organização deveria atuar nesse sentido reconhecendo sua existência e proibindo sua manifestação.

Segundo o TST (2019, p. 6), assédio moral é:

[...] a exposição de pessoas a situações humilhantes e constrangedoras no ambiente de trabalho, de forma repetitiva e prolongada, no exercício de suas atividades. É uma conduta que traz danos à dignidade e à integridade do indivíduo, colocando a saúde em risco e prejudicando o ambiente de trabalho [...] (TST, 2009, p. 6).

Trata-se de conduta abusiva que pode se manifestar através de comportamentos, palavras, atos, gestos ou escritos, cujos efeito é a possibilidade de acarretar danos à personalidade, à dignidade ou à integridade física e psíquica de uma pessoa, o que pode colocar em perigo o seu emprego ou degradando o ambiente de trabalho. Ainda segundo o TST (2019, p. 6):

É uma forma de violência que tem como objetivo desestabilizar emocional e profissionalmente o indivíduo e pode ocorrer por meio de ações diretas (acusações, insultos, gritos, humilhações públicas) e indiretas (propagação de boatos, isolamento, recusa na comunicação, fofocas e exclusão social). A humilhação repetitiva e de longa duração interfere na vida do profissional, comprometendo a identidade, a dignidade e as relações afetivas e sociais e gerando danos à saúde física e mental, que podem evoluir para a incapacidade de trabalhar, para o desemprego ou mesmo para a morte[...] (TST, 2009, p. 6).

A prática do assédio é incompatível com a atual Constituição da República, desrespeita a dignidade da pessoa humana e do valor social do trabalho. Também se manifesta no serviço público a partir de práticas repetitivas executadas por determinado agente público que excede os limites das suas funções, quer seja por ação, omissão, gestos ou por palavras, e cujo objetivo seja atingir a autoestima, a autodeterminação, a evolução na carreira ou a estabilidade emocional de outro agente público ou de empregado de empresa prestadora de serviço público, provocando danos ao ambiente de trabalho objetivamente aferíveis.

Entre as atitudes que caracterizam o assédio estão, entre outros: a sobrecarga do colaborador com novas tarefas, gritar ou falar de forma desrespeitosa, postar mensagens depreciativas em grupos nas redes sociais e advertir arbitrariamente o empregado. Para que o assédio seja caracterizado como moral, as agressões devem ocorrer de forma repetida, por tempo prolongado, e com a intenção de prejudicar emocionalmente a vítima. Atitudes isoladas não configuram esse instituto.

As ações de assédio moral estão sendo julgadas a partir de entendimentos que seguem a mesma linha como se segue:

O assédio moral ocorre quando uma pessoa, ou grupo de pessoas, exerce, de forma sistemática e frequente, sobre colega de trabalho, subordinado ou não, violência psicológica extrema, capaz de comprometer a higidez emocional. Referido modernamente pelo anglicismo bullying, consiste em perseguição psicológica, a qual expõe o trabalhador a situações repetitivas e prolongadas de humilhação e constrangimento. Caracteriza-se de forma ampla, mediante a reiteração de condutas abusivas, seja através de gestos, palavras, comportamentos ou atitudes, as quais atentam contra a dignidade e a integridade psíquica ou física do obreiro. Em relação ao cumprimento de metas, para a configuração do assédio moral, é necessário que os objetivos estabelecidos pela empresa se mostrem absolutamente intangíveis, dissociados de qualquer parâmetro de razoabilidade. Deve haver, outrossim, prova de intensa pressão por produtividade, apta a configurar abalos morais indenizáveis (TRT da 3.^a Região; PJe: 0011628-98.2016.5.03.0039 (RO); 18/04/2018).

E o assédio moral no trabalho como causa para indenização:

[...] Se o superior hierárquico age de forma humilhante e constrangedora em relação ao empregado, dispensando-lhe tratamento diferenciado sem nenhuma justificativa, configura-se o assédio moral, sendo devida, por conseguinte, a indenização trabalhista por causa do dano, da dor íntima, que se mistura e infunde no interior da vítima a sensação de inferioridade. Diante das evidências existentes nos autos, não há como negar o direito à postulada indenização pois, com certeza, a situação a que o Reclamante foi submetido gerou ofensa à sua honra e dignidade, o que deve ser repudiado (TRT da 3.^a Região; PJe: 0010723-61.2016.5.03.0082 (RO); 15/03/2018).

O reconhecimento do assédio moral como ofensa à dignidade humana:

A responsabilidade por danos morais decorre da proteção conferida a direito da personalidade, inerente a toda pessoa humana. Trata-se de aspecto de ordem interna do ser humano, cuja violação é capaz de afetar seu estado psicológico, seja pela dor, sentimento de humilhação ou qualquer outro constrangimento capaz de repercutir na esfera da sua honra subjetiva ou objetiva. O exercício do poder diretivo do empregador não autoriza o tratamento grosseiro e o uso de palavras de baixo calão, sob pena de ofensa ao princípio da dignidade da pessoa humana (TRT da 3.^a Região; PJe: 0011170-90.2015.5.03.0112 (RO); 28/03/2017.

Os Tribunais tendem a tratar o instituto em questão de forma semelhante, mas ainda não há uma lei específica sobre o assunto para unificar o entendimento.

3.4 Da Ação Administrativa

O servidor público deve tratar as pessoas com civilidade e urbanidade, conforme o art. 116 da Lei 8112/90 (Estatuto dos Servidores Públicos Federais). Apesar de Federal, a lei pode ser aplicada subsidiariamente nas esferas estadual e municipal. A prática de infrações por ação ou omissão, praticada no desempenho das atribuições do cargo ou função, ou que tenha relação com essas atribuições, gera a responsabilidade administrativa, civil e penal nos termos dos artigos 121, 124 e 148. As proibições e deveres do servidor público estão previstos nos artigos 116, 117 e 132 da Lei supracitada e o servidor transgressor está sujeito a sanções.

Existe uma determinação ética no setor público que exige cordialidade e educação com as pessoas durante o trabalho. Sua violação implica em penalidades e possibilita a condenação por improbidade administrativa nos termos da Lei Federal no. 8.429/1992. Além disso, a existência de abuso de autoridade por servidor público configura crime disposto na Lei no. 13.869/2019, com a possibilidade de sanção administrativa, civil e penal. Portanto, a existência de conflito no trabalho provocado por servidor público, enseja ação legal.

Enquanto funcionário público, o médico é subordinado ao gestor e segue determinações institucionais. Em algumas situações, porém, observa-se abuso a partir de exigências, como o cumprimento de determinadas metas, atendimentos em excesso, atribuição de tarefas superiores ou inferiores à competência do profissional e exigências burocráticas em demasia para a execução das tarefas. Situações essas que ocorrem tanto no setor público quanto no privado, e muitas vezes aceitas de forma

silente pelos profissionais por temor ao superior hierárquico. A pressão e as exigências abusivas impostas no trabalho provocam constrangimento e são consequências do assédio moral (NOGUEIRA *et al.*, 2020).

Essas práticas repercutem no funcionário de forma desfavorável, e pode ocorrer de forma vertical ascendente ou descendente, horizontal e mista. A espécie vertical descendente é a praticada pelo superior hierárquico. A vertical ascendente ocorre quando a violência é exercida por seus subordinados. Na horizontal, a violência é levada pelos colegas de trabalho e na mista envolve mais de uma modalidade simultaneamente (TST, 2019, p.9). Em todos os casos a administração é responsável por banir esses atos (BARBOSA; BENDER, 2019).

O trabalhador está mais exposto ao assédio durante o estágio probatório, no qual, por medo de perder o emprego ou por temer perseguições, sujeita-se a determinadas condições. Acrescente-se a alternância de chefias determinada por questões partidárias e não técnicas, o que predispõe a abuso de autoridade, maus-tratos administrativos, desmandos e agressões. No período eleitoral o assédio torna-se mais intenso, tornando-se uma forma de assegurar votos (NOGUEIRA *et al.*, 2020).

Uma conduta omissiva ou comissiva executada no exercício da função pode configurar ato de improbidade administrativa nos termos do art. 11 da Lei 8.429/92 por violação aos princípios da administração, e as penalidades previstas no inciso III do artigo 12 da referida lei.

A Segunda Turma do STJ reconheceu o assédio moral como ato de improbidade administrativa, enquadrando-se no art. 11 supracitado. No caso mencionado, um prefeito perseguiu a servidora, que havia feito denúncias relacionadas às dívidas da cidade. Obrigou-a a férias forçadas, colocou a servidora quatro dias em uma sala sem trabalho e ameaçou colocá-la em disponibilidade. Porém, na análise do Recurso Especial REsp 1.286.466/2013, a sentença foi reformulada.

A impessoalidade, moralidade, legalidade, honradez e boa-fé devem nortear a administração pública. O assédio moral nesse contexto configura desrespeito ao princípio da impessoalidade e pode configurar ato de improbidade administrativa. Para que fique caracterizado como tal, o agente público deve sofrer perseguição, abuso e ofensa de seu superior, com o objetivo de humilhar (GUADALUPE, 2017).

É fundamental uma legislação específica sobre o assédio moral. Uma forma de desestimular sua prática é percebida na Lei 11.948/2009, que trata de fontes

adicionais valores operacionais do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES). Em seu art. 4º, veda a concessão ou renovação de empréstimos ou financiamentos a empresas da iniciativa privada cujos dirigentes sejam condenados por assédio moral ou sexual, entre outros crimes.

4 ESTRATÉGIAS PREVENTIVAS

Considerando as altas taxas de violência contra os profissionais de saúde, seu impacto na saúde mental dos médicos, a perda financeira para as instituições e o desfecho desfavorável para os pacientes, torna-se imprescindível a prevenção desse fenômeno. As ações devem ocorrer de forma ampla e inclui educação continuada. Um primeiro grupo de medidas deve ser direcionado às instituições, aos médicos e à comunidade. Outro grupo tem como objetivo capacitar o profissional para lidar melhor com os conflitos.

4.1 Propostas Gerais: as instituições, os médicos e a comunidade

É necessário haver mudança na cultura das instituições para que possa incluir em suas ações medidas para a proteção, o bem-estar físico e emocional dos funcionários. A OSHA (2016) e Nowrouzi-kia *et al.* (2019) sugerem como medidas preventivas: participação dos gestores e funcionários nos projetos relacionados às questões de segurança laboral; definição precisa do que se considera violência no trabalho e estimular seus registros; acompanhamento periódico das estatísticas; criar procedimentos bem definidos e confiáveis para relatar os atos agressivos; assegurar a confidencialidade da denúncia e ausência de represálias; assumir o compromisso de apoiar as vítimas; estabelecer diretrizes para proteger os médicos no trabalho; acompanhamento médico e psicológico dos funcionários que presenciaram ou sofreram agressão; deixar evidente a posição da organização contrária à violência no trabalho; formar comitês de saúde e segurança ocupacional para identificar as áreas críticas e definir ações preventivas; capacitar os profissionais para reconhecer sinais indicativos de violência e orientar como evitar as agressões.

É importante que as unidades de saúde adotem e divulguem a cultura da não violência com ênfase no respeito e na segurança, bem como a participação da administração, pacientes, funcionários e visitantes. A mensagem deve ser comunicada de forma clara e as agressões, tratadas segundo a legislação (OSHA, 2016).

As medidas para prevenir violência no trabalho dependem do interesse dos funcionários para obter êxito. Espera-se que os trabalhadores se envolvam com a prevenção e o cumprimento das normas, adotem as recomendações de segurança e

proteção, realizem sugestões, relatem os incidentes, participem das equipes de segurança e dos programas de educação focados na prevenção da violência (OSHA, 2016).

Em situações de surtos como o do coronavírus, há esgotamento da população e dos profissionais de saúde, o que pode acarretar acirramento de ânimos durante o atendimento. Os serviços públicos tornam-se saturados, agravado pelas doenças já existentes e pela escassez de profissionais, quer seja por estarem infectados pelo vírus ou por serem vítimas de *burnout*. Os gestores, além de tentar melhorar a infraestrutura para o atendimento, têm o dever de informar e orientar a população da existência de protocolos a seguir, com o objetivo de evitar piores desfechos. Nessas circunstâncias, o uso da empatia e a orientação são fundamentais para reduzir os desentendimentos e a violência (LOTTENBERG, 2022).

Segundo o CREMESP, há três fontes de violência com diferentes estratégias preventivas: a cometida por criminosos que invadem instituições de saúde; a praticada por pacientes e/ou acompanhantes em crise, incluindo efeitos de álcool e/ou drogas; a gerada por problemas na relação paciente/instituição/profissional (JORGE FILHO, 2004).

As prevenções seriam individualizadas e para o primeiro grupo, a ação policial é a que pode apresentar resultados satisfatórios. Não é incomum a mídia noticiar invasão de hospital por homens armados com o objetivo de praticar homicídio contra pacientes. Essa prática expõe todos os profissionais à violência e ao risco de serem atingidos por projéteis de arma de fogo (MOREIRA; DIAS, 2022).

Para o segundo grupo, estão medidas como: policiamento ostensivo e eficaz, restrição e identificação do número de acompanhantes, sistema de detecção de metais nas portarias, sistema de vigilância por câmeras de TV e sistemas de alarme ligados diretamente à polícia. O terceiro grupo requer análise individualizada, mas inclui medidas que enfatizem relações mais humanizadas entre os participantes, envolvendo instituições, profissionais e usuários. Quanto às ações institucionais, foram propostos:

- Trabalho conjunto com as comissões locais de saúde, associações de bairros e usuários do sistema e da mídia para orientar quanto às normas e condições de atendimento;
- Conscientização dos usuários quanto ao conceito de urgência;
- Diminuição das filas, geradoras de descontentamento, com estabelecimento de agendamentos telefônicos;

- Orientar para a correta utilização dos serviços de saúde pública através de palestras, publicações e outros recursos. Enfatizar os direitos e deveres do usuário;
- Informar aos usuários o que é realmente disponível. A busca frustrada de serviços não disponíveis é a raiz de algumas situações de violência. De forma semelhante, a utilização de serviços de urgência para atendimentos de rotina é fator de agressões, seja pelo retardo no atendimento de casos realmente urgentes, seja pela opção correta do profissional em atender prioritariamente o caso urgente;
- Realização de cursos de atualização que abordem os aspectos técnico-científicos e enfatizem relações humanas para o atendimento de pacientes e acompanhantes.
- Possibilitar maior interação e entrosamento entre a comunidade e os profissionais que a atende, por meio de eventos culturais ou de orientação em geral;
- Nos locais mais críticos, policiamento ostensivo e medidas de segurança;
- Identificação de pacientes e acompanhantes na entrada. Uso de crachás de identificação, com nome e função, por todos os profissionais em serviço (JORGE FILHO, 2004).

As ações direcionadas aos profissionais incluem: a humanização, atenção especial à recepção do paciente; cumprimento dos horários de trabalho; consultas médicas eficientes e personalizadas; atenção especial ao relacionamento com pacientes e familiares.

Quanto à comunidade, as ações são direcionadas para enfatizar o respeito dos usuários direcionado aos profissionais e às instalações; restringir o uso de serviços de urgência às necessidades reais; limitar o número de acompanhantes ao necessário; conhecer e respeitar as limitações do sistema.

Há recursos que podem ser utilizados para alertar episódios violentos, já que, se em algum ambiente já houve registro de agressão, é possível que torne a acontecer. Consistem em ferramentas que cadastram e identificam pacientes agressivos nas instituições, mas são de eficácia limitada porque não evitam que essas agressões possam acontecer a partir de um familiar ou acompanhante. A violência pode ocorrer fora do ambiente de trabalho e muitas vezes precedida de perseguição. Esse é um fator de risco que não deve ser subestimado, e os médicos vitimados devem sempre entrar em contato com a polícia. Pacientes psiquiátricos, especialmente aqueles com histórico de agressão e baixa adesão ao tratamento, devem passar por avaliação específica (LORETTU *et al.*, 2021).

É importante que as instituições e os conselhos de classe elaborem protocolos de conduta para seguir em casos de agressão. O CRM-PR (2022) publicou as seguintes ações para os médicos vítimas de violência:

Se houve ameaças: 1. Registre a ocorrência na delegacia mais próxima ou online; 2. Informe, por escrito, às Diretorias Clínica e Técnica sobre o ocorrido; 3. Encaminhe o paciente a outro colega, se não for caso de urgência e emergência; 4. Informe o CRM encaminhando cópia do boletim para o e-mail do protocolo.

Se houve agressão física: 1. Compareça à delegacia mais próxima e registre o boletim de ocorrência (haverá necessidade de exame do corpo de delito); 2. Apresente dados dos envolvidos na agressão e de testemunhas; 3. Comunique o fato imediatamente às Diretorias Clínica e Técnica para que seja providenciado outro médico para assumir suas atividades; 4. Informe o CRM encaminhando cópia do boletim para o e-mail do protocolo; [...] (CRM-PR, 2022).

O Conselho enfatiza a realização do boletim de ocorrência com descrição dos detalhes. Sempre que possível, mencionar o nome do agressor, horário, dia e localização do ocorrido, bem como fotografias, filmagens e o relato de testemunhas. A Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC) da Câmara Federal, aprovou o parecer do relator dos Projetos de Lei Nº 6.749/16 e Nº7269/2017, cujas propostas eram tornar mais rígidas as penas para o agente que praticar atos de violência contra médicos ou outros profissionais da saúde (ACM, 2018).

O primeiro projeto prevê maior rigor nas penas para quem cometer atos de violência contra médicos e demais profissionais da saúde, havendo aumento da pena e tipificando de forma mais gravosa os crimes de lesão corporal, bem como aqueles contra a honra, por ameaça e desacato, praticados contra médicos e demais profissionais da saúde no exercício de sua profissão. O segundo projeto prevê a tipificação dos crimes de agressão aos profissionais de saúde, dentro e fora do ambiente de trabalho e acrescenta o § 13 ao art. 129 do Código Penal, com o objetivo de qualificar a conduta de agressão contra os profissionais de saúde (BRASIL, 2017).

O Conselho Federal de Medicina (CFM) formalizou pedido às autoridades brasileiras para tomada de providências no sentido de prevenir e combater situações de violência às quais os médicos e equipes estão submetidos nos hospitais, prontos-socorros e postos de saúde, especialmente na rede pública. O Ofício foi encaminhado aos então ministros: da Justiça e Segurança Pública (Sergio Fernando Moro), da Saúde (Luiz Henrique Mandetta), e aos presidentes do Senado Federal (Davi Alcolumbre), e da Câmara dos Deputados (Rodrigo Maia) (CFM, 2019).

O CFM e os CRM's, (Conselhos Regionais de Medicina) cobraram a adoção de algumas providências, incluindo o reforço no policiamento em áreas vizinhas e nos próprios estabelecimentos de saúde. Solicitações adicionais incluíam medidas para combater problemas de infraestrutura e de recursos humanos nas unidades de

atendimento. Entre essas necessidades foram mencionados a falta de leitos, medicamentos, insumos, equipamentos, número insuficiente de médicos e de outros profissionais, o que comprometia a assistência e o trabalho das equipes (CFM, 2019).

As propostas para prevenir o cenário de violência contra os médicos envolvem ações conjuntas nas quais devem participar a comunidade, as autoridades competentes, a mídia, os órgãos de segurança, os profissionais das instituições de saúde e os gestores.

Os médicos devem receber treinamento específico em habilidades eficazes de comunicação e gestão de conflitos com os pacientes e seus familiares, incluindo técnicas de comunicação não violentas, habilidades de escuta e identificação e reconhecimento de possíveis conflitos.

Há casos de violência motivados por alegação de negligência médica. Há várias formas de resolver essas questões, entre elas destaca-se o uso de soluções alternativas para resolução de conflitos. Na Itália, a Lei Gelli-Bianco, sobre a segurança da saúde e a responsabilidade dos profissionais de saúde, introduziu a mediação obrigatória antes que medidas legais possam ser tomadas nos casos de litígio envolvendo os médicos (LORETTU *et al.*, 2021).

4.2 Meios alternativos na gestão de conflitos e o treinamento

Segundo Bráulio Luna Filho, ex-presidente do CREMESP, "[...] a violência resulta da má relação médico-paciente e os médicos não foram preparados nas escolas de Medicina para minimizar ou evitar conflitos em situações adversas de trabalho como as que eles enfrentam, especialmente no serviço público" (CREMESP, 2015). Apesar de focar em uma causa específica para o problema, foi mencionada a necessidade de treinamento dos médicos para lidar com situações de conflito.

Para o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), a maioria dos comportamentos agressivos é precedida por sinais de alerta. É relevante que as instituições viabilizem cursos para que os profissionais aprendam a identificar esses sinais, bem como capacitá-los a gerenciar situações perigosas e se proteger. O indivíduo que fala alto, grita, se expressa com tom ameaçador ou postura agressiva, deve ser acompanhado com precauções. Outros fatores sugestivos de maior risco de violência são: a aparência que revela roupas e higiene negligenciadas, pacientes com punhos cerrados, respiração ofegante, agitação e olhar aterrorizado, indicativos de

medo e ansiedade, mudanças repentinas de comportamento, sinais de embriaguez, possível abuso de substâncias e arremesso de objetos (CDC, 2020).

O CDC (2020) reforça que o médico deve ter habilidade na comunicação, já que se trata de uma ferramenta essencial na prevenção da violência. A forma como essa comunicação se desenvolve, o uso de palavras grosseiras ou muito técnicas e as informações inadequadas, podem desencadear os comportamentos ofensivos do ouvinte. A fadiga pode comprometer a performance do médico e o relacionamento com o paciente, também influenciados pela cultura do profissional, seus valores, crenças e vivências pessoais.

O médico deve atentar ainda para o tom de voz e a linguagem corporal. É necessário transmitir confiança, manter a calma, o contato visual e acenar com a cabeça para demonstrar atenção. Não tocar no indivíduo chateado para não ser mal interpretado; manter os braços e pernas distantes do paciente e evitar postura ameaçadora, como apontar com o dedo; evitar rir ou sorrir de forma inadequada. Havendo manifestação de violência, as intervenções verbais podem ser ineficazes e nesse momento a proteção própria e dos demais presentes é prioridade. Recomenda-se logo que possível sair do ambiente e retirar os visitantes. Pacientes com histórico de violência devem ser atendidos em ambiente específico e seguro para a equipe, onde o pessoal da segurança deve estar disponível e acionar a polícia, se necessário.

A violência é um abuso de poder, um ato para controlar alguém através de manipulação física ou emocional. As pessoas agressivas estão em crise e não pensam de forma adequada nem expressam suas necessidades. Nesses momentos, evitar táticas de controle verbal e físico porque ameaça a necessidade de autodomínio do outro e pode intensificar a agressividade. Pode ser necessário mecanismos de controle físico que devem ser empregados por profissionais da segurança, não pelos médicos (CDC, 2020).

O CDC alerta que, após a crise, o paciente pode não se sentir confortável com o que aconteceu e querer reconciliar. A resolução desses conflitos objetiva prevenir a violência a curto prazo e a recorrência de episódios semelhantes. Existe a opção de apresentar queixas criminais contra os perpetradores, o que levaria a um processo judicial longo e desgastante. Outra opção, mais célere, é o uso de meios alternativos para a solução dos conflitos. Esses recursos surgem como opção ao tradicional sistema jurídico e são denominados meios alternativos de pacificação social. Os mais comuns são a mediação, a conciliação e a arbitragem.

Esses meios são mais ágeis, econômicos, menos formais e finalmente despertaram maior interesse, seja por sobrecarga e lentidão do Poder Judiciário, seja porque são, de fato, eficazes. Formam um modelo de sistema de justiça “multiportas”, abrangente e instituído pela Resolução No. 125 do Conselho Nacional de Justiça (BRASIL, 2010), cujas normas foram incorporadas pelo CPC. Diante dessas opções para resolver os desacordos, observou-se que cada caso tem uma técnica mais apropriada para ser empregada, de forma que, para determinada lide, a melhor solução poderia ser obtida, por exemplo, através da mediação. Para outros, por meio da conciliação, da arbitragem ou mesmo por decisão do magistrado. (CUNHA, 2020).

No setor saúde, a mediação e a conciliação são as formas alternativas mais empregadas para a resolução de conflitos. Esses meios deixam de ser meramente alternativos e passam a constituir formas eficazes na resolução de disputas (NASCIMENTO, 2020; SILVA; VELOSO, 2022).

A mediação e a conciliação devem ser vistas atualmente como recursos adequados para resolver conflitos, mais do que simplesmente como meios para desafogar o Poder Judiciário. Seus objetivos visam a resolução das disputas, e não necessariamente julgá-las. Em ambas ocorre a autocomposição, e a intervenção de um terceiro não tem o objetivo de decidir, mas de auxiliar para que as partes encontrem uma solução. Diferem da arbitragem, já que nesta ocorre a heterocomposição e a decisão cabe a um terceiro, o árbitro (CUNHA, 2020).

Entre particulares, a mediação, bem como a autocomposição para a resolução de conflitos no âmbito da administração pública, está prevista na Lei 13.140, de 2015, na qual as partes são auxiliadas por um mediador neutro e imparcial com vistas a encontrar uma solução consensual. Utiliza técnicas para conduzir os envolvidos a um acordo, mas sem imposições. Da mesma forma, as partes não estão subordinadas a qualquer manifestação de poder demonstrado pelo mediador (BRASIL, 2015).

Segundo a referida Lei, mediação é “[...] 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.” A partir da conceituação normativa, merece destaque os elementos que caracterizam o mediador como sendo imparcial, sem poder de decisão e auxiliar na busca de soluções. Trata-se de uma atividade técnica, portanto deve ser exercida por pessoa qualificada e independe da sua formação anterior.

A conciliação é uma forma de resolução de conflitos na qual um conciliador, sugerido pelas partes, tenta a obtenção de um acordo. A diferença entre os dois institutos não é precisa e o CPC estabeleceu normas e distinção legal entre elas no art. 165 e seguintes (BRASIL, 2015). Segundo a citada norma, o conciliador atuará preferencialmente nos casos em que não houver vínculo anterior entre as partes, ao tempo em que poderá propor soluções para o litígio. É o que ocorre em colisões de veículos entre desconhecidos. A prática de intimidação ou constrangimento com o intuito de obter a conciliação é vedada.

Já o mediador atuará preferencialmente nos casos em que houver vínculo anterior entre as partes, e deverá auxiliá-los a compreender as questões e os interesses que conduzem ao conflito. Dessa forma os interessados podem identificar, por si próprios, soluções consensuais. Como exemplo, citam-se as questões de sociedade empresarial, direito de família e no próprio setor saúde, como nos conflitos entre médicos e a administração ou ainda entre médicos e demais profissionais do corpo clínico (NASCIMENTO, 2020).

Consoante o art. 165, do CPC (2015), o conciliador pode sugerir soluções para o conflito, mas não o mediador. Porém, no § 1º do art. 30 da Lei 13.140, de 2015, consta a expressão “manifestação de aceitação de proposta de acordo apresentada pelo mediador”, o que sugere a possibilidade de que o mediador também possa apresentar propostas de acordo para a lide.

A conciliação e a mediação devem seguir os princípios da independência, imparcialidade, autonomia da vontade, confidencialidade, oralidade, informalidade, boa fé e da decisão informada. Devem ser norteados pela confiança e as partes podem escolher o conciliador ou o mediador de comum acordo. Quando recomendável, haverá a designação de mais de um mediador ou conciliador (BRASIL, 2015). Não é obrigatório que os encontros ocorram no ambiente judiciário.

Os conflitos no setor da saúde têm grande visibilidade, repercussão na mídia, no bem-estar dos profissionais e na segurança de todos, o que inclui os administradores e pacientes. A mediação e a conciliação são recursos que podem ser usados nessas situações, possuem ação preventiva e podem evitar recorrências.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência no ambiente de trabalho é um risco presente nas unidades de assistência à saúde. Quando direcionada ao médico, repercute a curto e longo prazo, afetando negativamente sua integridade física e psicológica.

A nossa atual Constituição Federal considera invioláveis os direitos à honra e à imagem da pessoa, respaldados pelo princípio da dignidade da pessoa humana e dos valores sociais do trabalho, o que inclui saúde e segurança do trabalhador, direitos esses que podem ser violados durante a atividade laboral.

O constrangimento gerado por um conflito no trabalho repercute negativamente no desempenho do profissional, nos demais integrantes da equipe, na qualidade do serviço prestado e compromete a relação médico-paciente, causando insatisfação no usuário. Deve ser, portanto, prevenido, já que provoca consequências devastadoras. É imprescindível a sensibilização e o envolvimento dos administradores no sentido de adotar medidas preventivas, como alocar profissionais de segurança para os setores críticos, controlar o fluxo de acompanhantes, instalar câmeras e investir no treinamento dos funcionários para identificar, evitar e lidar com situações conflituosas.

As instituições devem implementar políticas e estratégias que proporcionem um ambiente de trabalho seguro para médicos, pacientes e demais profissionais. A violência é uma das razões pelas quais as unidades de saúde perdem profissionais qualificados por demissão ou transferência, persistindo a dificuldade para ocupar as vagas remanescentes e comprometendo ainda mais a assistência em algumas regiões.

Medidas preventivas adicionais como orientação ao usuário, empatia, comunicação contínua e clara, produzem bons efeitos. O papel da mídia é importante na relação entre as instituições e a comunidade, e deve ser exercido com cautela, principalmente através da forma como as informações são apresentadas, o que pode repercutir na confiança entre a comunidade e as instituições de saúde.

Há problemas estruturais a serem resolvidos, entre eles a escassez de pessoal que deve ser superada, viabilizando maior duração dos atendimentos e menor tempo de espera. As universidades e demais instituições de ensino poderiam desenvolver para o graduando habilidades na comunicação e no relacionamento profissional.

Quando o conflito ocorre, há várias estratégias para sua resolução, entre as quais a mediação e a conciliação, que têm se apresentado como métodos ágeis, eficazes e dinâmicos para solucionar desentendimentos na área da saúde.

Muitos profissionais desconhecem seus direitos ou de como proceder diante de um evento agressivo. As organizações e os conselhos de classe devem atribuir maior importância para o fenômeno e atuar em conjunto para desenvolver políticas de conscientização, orientação e fiscalização, realizando campanhas, palestras e estimulando as denúncias de agressão, reduzindo dessa forma as subnotificações.

O Estado participa das ações a serem implementadas e é imprescindível na elaboração de Leis, especialmente as relacionadas a assuntos ainda não contemplados no ordenamento jurídico, como o assédio moral. Apesar de não haver lei específica sobre o tema no Brasil, outras leis nacionais, internacionais, orientações e tratados podem ser utilizados pelos Poder Judiciário nesses, mas uma legislação específica é imprescindível para padronizar, unificar e tratar com rigor os casos de assédio, o que trará maior estabilidade jurídica e social.

A legislação em vigor oferece recursos eficientes que podem ser aplicados para desestimular a prática da violência na atividade laboral do médico, especificados especialmente no Código Civil, Penal, na legislação trabalhista e administrativa. Porém, os médicos desconhecem seus direitos e não estão habituados a registrar essas ocorrências, o que contribui para a subnotificação e a impunidade.

A ênfase ao lidar com o fenômeno da violência não é exclusivamente para reforçar ações punitivas, mas agir na prevenção e na maneira de como lidar com esses eventos, proporcionando um ambiente de trabalho mais saudável e digno para os trabalhadores, bem como maior satisfação dos profissionais e usuários, o que repercute positivamente na qualidade das ações desenvolvidas e viabiliza seu principal objetivo: promover a saúde.

A violência laboral é um desafio para a sociedade e exige esforços conjuntos para ser enfrentada com sucesso. O presente trabalho, devido à dimensão e importância da temática abordada, pretende estimular a realização de mais estudos para aprofundar o tema, já que há escassez de pesquisas publicadas. O assunto é complexo e multifatorial, o que enseja outras abordagens para melhor compreensão e planejamento de estratégias para lidar com o fenômeno, assegurando ao profissional o justo cumprimento dos direitos constitucionais adquiridos.

REFERÊNCIAS

- ABRANTES, R. C. G. **Análise da situação de trabalho no centro cirúrgico: O anestesiológico em abordagem qualitativa.** Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas). 1998, 241 f. Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 1998.
- ABRANTES, R. C. G.; AQUINO, S. R. M.; NÓBREGA, M. P. Violência contra médicos no exercício da profissão: O acidente de trabalho no contexto hospitalar e o artigo 21 da Lei 8213/91. In: **I Congresso de Direito Material e Processual do Trabalho.** 2019, Sousa-PB.
- ACM, Associação Catarinense de Medicina. Quem praticar violência contra médicos poderá pegar até 5 anos de reclusão. **Associação Catarinense de Medicina**, 27 abr. 2018. Disponível em: <https://www.acm.org.br/quem-praticar-violencia-contra-medicos-podera-pegar-ate-5-anos-de-reclusao/>. Acesso em: 07 mai. 2022.
- AMB. Pesquisa inédita: explode a violência contra médicos de São José do Rio Preto e região. **Associação Médica Brasileira**, 29 jul. 2021. Disponível em: <https://amb.org.br/noticias/pesquisa-inedita-explode-a-violencia-contra-medicos-de-sao-jose-do-rio-preto-e-regiao/>. Acesso em: 04 mai. 2022.
- ANTMAN, K. Building on #MeToo to Enhance the Learning Environment for US Medical Schools. **JAMA**, v. 319, n. 17, p. 1759-1760, 2018.
- ATZRODT, C.L. et. al. A Guide to COVID-19: a global pandemic caused by the novel coronavirus SARS-CoV-2. **FEBS Journal**, v. 287, n. 17, p. 3633-3650, Sep. 2020.
- AYDOGDU, A.L.F. Violência e discriminação contra profissionais de saúde em tempos de novo coronavírus. **Journal of Nursing and Health**, v. 10 (n. esp.), e20104006, 2020.
- BARBOSA, A. M. S.; BENDER, M. O reconhecimento jurídico das violências psicológicas nas relações de trabalho no Brasil. **Caderno CRH**, v. 32, n. 86, p. 419–434, 2019.
- BARROS JUNIOR, E. A. **Código de Ética Médica comentado e interpretado.** Timburi, São Paulo: Editora Cia do eBook, 2019.
- BELFIORE, E.; QUEIROZ, V.E.F. (orgs.). **Assédio Moral na Formação Médica: Conscientizar para combater.** São Paulo: CREMESP - Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2019.
- BITTLEMAN, D. My patient wants to kill me. **Annals of Family Medicine**, v. 18, n. 3, may/jun, 2020.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, 05 out. 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 19 mai. 2022.

BRASIL. Decreto-lei No. 2.848. **Código Penal**. Brasília, 07 dez. 1940. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm. Acesso em: 19 mai. 2022.

BRASIL. **Lei No. 8.213**. Dispõe sobre os planos de benefício da Previdência Social. Brasília, 24 de jul. 1991. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8213cons.htm. Acesso em: 04 mai. 2022.

BRASIL. **Lei No. 13.105**. Código de Processo Civil. Brasília, 16 mar. 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13105.htm. Acesso em: 11 mai. 2022.

BRASIL. **Lei No. 10.406**. Institui o Código Civil. Brasília, 10 jan. 2002. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406compilada.htm. Acesso em: 19 mai. 2022.

BRASIL. **Lei No. 13.140**. Dispõe sobre a mediação entre particulares como meio de solução de controvérsias e sobre a autocomposição de conflitos no âmbito da administração pública. Brasília, 26 jun. 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13140.htm. Acesso em: 11 mai. 2022.

BRASIL. **Projeto de Lei No. 6.749 de 2016 e Projeto de Lei No. 7.269 de 2017**. Câmara Legislativa, 24 abr. 2017. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=9262DCCA1EBB8268D36E62BCF66BBCA4.proposicoesWebExterno1?codteor=1547903&filenome=Avulso+-PL+6749/2016. Acesso em: 07 mai. 2022.

BRASIL. **Resolução No. 125**. Dispõe sobre a Política Judiciária Nacional de tratamento adequado dos conflitos de interesses no âmbito do Poder Judiciário e dá outras providências. Conselho Nacional de Justiça, Brasília, 29 nov. 2010. Disponível em: https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2014/04/resolucao_125_29112010_23042014190818.pdf. Acesso em: 11 mai. 2022.

CDC. Workplace violence prevention for nurses. **Center for Disease Control and Prevention**, 07 feb. 2020. Disponível em: <https://wwwn.cdc.gov/WPVHC/Nurses/Course/Slide/Home>. Acesso em: 08 mai. 2022.

CDC. Violence: occupational hazards in hospitals. **Center for Disease Control and Prevention**, apr. 2002. Disponível em: <https://www.cdc.gov/niosh/docs/2002-101/pdfs/2002-101.pdf>. Acesso em: 11 mai. 2022.

CFM. **Código de Ética Médica**: Resolução CFM nº 2.217, modificada pelas Resoluções nº 2.222/2018 e 2.226/2019. Conselho Federal de Medicina, Brasília, 2019.

CJF. Enunciado 38. **Conselho da Justiça Federal**, Brasília, 2002. Disponível em:

<https://www.cjf.jus.br/enunciados/enunciado/699#:~:text=A%20responsabilidade%20fundada%20no%20risco,aos%20demais%20membros%20da%20coletividade.>
Acesso em: 10 ago. 2022.

CREMESP. Conselhos de Medicina, Enfermagem e Farmácia se unem para lançar campanha de combate à violência. **CREMESP**, 18 set. 2018a. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Noticias&id=5223>. Acesso em: 04 mai. 2022.

CREMESP. Cremesp repudia violência contra médica do ABC, praticada por policiais. **CREMESP**, 03 ago. 2018b. Disponível em: <https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=NoticiasC&id=5182>. Acesso em: 04 mai. 2022.

CREMESP. Falta de condições no atendimento à saúde é apontada como principal causa da violência contra médicos. **CREMESP** - Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2016. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=NoticiasC&id=3901>. Acesso em: 01 mai. 2022.

CREMESP. Violência no trabalho: 64% dos médicos já vivenciaram ou conhecem colega que sofreu violência. **CREMESP**, 2015. Disponível em: <https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=2120>. Acesso em: 01 mai. 2022.

CRM-PR. Pesquisa do CRM-PR mostra alcance da insegurança a que os médicos vivem no cotidiano profissional. **Conselho Regional de Medicina do Paraná**, 24 mar. 2022. Disponível em: <https://www.crmpr.org.br/Pesquisa-do-CRMPR-mostra-alcance-da-inseguranca-a-que-os-medicos-vivem-no-cotidiano-profi-11-57498.shtml>. Acesso em: 04 mai. 2022.

CUNHA, L. C. Justiça multiportas: mediação, conciliação e arbitragem no Brasil. **Revista anep de direito processual**, v. 1, n. 1, p. 140 - 161, 2020.

FREISCHLAG, J.A.; FARIA, P. It Is Time for Women (and Men) to Be Brave: A Consequence of the #MeToo Movement. **JAMA**, v. 319, n. 17, p. 1761-1762, 2018.

GAICK, V. G. **Conflitos Organizacionais: Estudo de caso no Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes - HUCAM**. 2015. 115 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão Pública) - Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, 2015.

GUADALUPE, T. R. S. S. Assédio moral como ato de improbidade administrativa. **Ambito Jurídico**, 01 jun. 2017. Disponível em: <https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direito-administrativo/assedio-moral-como-ato-de-improbidade-administrativa/>. Acesso em: 17 mai. 2022.

GUIMARÃES, L. Coronavírus: profissionais de saúde relatam hostilidade no transporte público de SP. **BBC News Brasil**, mar. 2020. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/geral-51983987>. Acesso em: 03 mai. 2022.

HACER, T. Y.; ALI, A. Burnout In Physicians Who Are Exposed To Workplace Violence. **Journal of Forensic and Legal Medicine**, v.69, 101874, 2020.

ILO. Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector. Geneva: **ILO/ICN/WHO/PSI** Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector, 2002. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9221134466>. Acesso em: 23 abr. 2022.

ILO. International Labour Organization. C 190 – Violence and harassment Convention. **International Labour Organization**, Genebra, 2019. Disponível em: https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C190. Acesso em: 23 abr. 2022.

INSECURITY INSIGHT. Attacks on health care during the covid-19 pandemic. **Insecurity Insight**, jun. 2020. Disponível em: <https://www.insecurityinsight.org/wp-content/uploads/2020/06/2020-Jan-May-Fact-Sheet-COVID-19-and-Conflict.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2022.

IPEMED. Por que se preocupar com a saúde mental dos estudantes de medicina? **IPEMED**, 22 mar. 2022. Disponível em: <https://www.ipemed.com.br/blog/por-que-se-preocupar-com-a-saude-mental-dos-estudantes-de-medicina>. Acesso em: 03 mai. 2022.

JORGE FILHO, Isaac. **Segurança e saúde: A violência no ambiente de trabalho**. CREMESP, 2004. Disponível em: <https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=376>. Acesso em: 25 abr. 2022.

KUMBHAR, K. The medical profession must urgently act on caste based discrimination and harassment in their midst. **Indian Journal of Medical Ethics**, v. 6, n.1, p. 49-51, 2021.

LA REGINA, M. et al. Aggressions on Social Networks: What Are the Implications for Healthcare Providers? An Exploratory Research. **Healthcare**, v. 9, n. 7, p. 811, 2021.

LISBOA, L. Entenda a mais nova Convenção da OIT em vigor internacionalmente, a C190 sobre Violência e Assédio no Ambiente de Trabalho. **JUS**, jul. 2021. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/91732/entenda-a-mais-nova-convencao-da-oit-em-vigor-internacionalmente-a-c190-sobre-violencia-e-assedio-no-ambiente-de-trabalho>. Acesso em: 26 abr. 2022.

LOPES, R. Médicos são profissionais de maior credibilidade no Brasil, diz pesquisa. **Folha de São Paulo**, 20 jul. 2020. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2020/07/medicos-sao-profissionais-de-maior-credibilidade-no-brasil-diz-pesquisa.shtml>, acesso em: 14 jun. 2022.

LORENZETTI, R.C.; JACQUES, M.; DONOVAN, C.; COTTRELL, S.; BUCK, J. Managing Difficult Encounters: Understanding Physician, Patient and situational Factors. **American Family Physician**, Kansas City, v.87, n. 6, p. 419-425, mar. 2013.

LORETTU et al. Six things to know about the homicides of doctors: a review of 30 years from Italy. **BMC Public Health**, n. 21, n. 1, p. 1318-1325, 2021.

LOTTENBERG, C. Informação e empatia para evitar agressões contra profissionais de saúde. **Veja**, 31 jan. 2022. Disponível em: <https://veja.abril.com.br/coluna/coluna-claudio-lottenberg/informacao-e-empatia-para-evitar-agressoes-contra-profissionais-de-saude/>. Acesso em: 07 mai. 2022.

LUNA FILHO, B. Violência contra os médicos: será o caos na saúde? **CREMESP** – Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, jul. 2015. Disponível em: <https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=2052>. Acesso em: 26 abr. 2022.

MAIOR, J. L. S. **O dano social e sua reparação**. São Paulo, 13 out. 2007. Disponível em: https://www.jorgesoutomaior.com/uploads/5/3/9/1/53916439/o_dano_social_e_sua_repara%C3%A7%C3%A3o..pdf. Acesso em: 19 mai. 2022.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas 2003.

MOLINA, A. A. A responsabilidade civil do empregador nos casos de agressão física sofrida pelo trabalhador. **Revista IBERC**, v. 5, n. 1, p. 78-111, jan./abr., 2022.

MOREIRA, C. Paciente vai pagar 20 mil reais a médico. **A Tribuna**, Cidades, Vitória – ES, 09 mar. 2013.

MOREIRA, M; DIAS, P.E. Homens armados invadem hospital no litoral de São Paulo e matam paciente a tiros. **Folha de São Paulo**, São Paulo, ano 102, n. 33.991, 26 abr. 2022. Cotidiano, p. B2.

NASCIMENTO, D. M. M. Mediação de conflitos na gestão da saúde (médica, clínica e hospitalar): humanização do direito médico. **Cadernos Ibero-americanos de direito sanitário**. v. 9. n. 1, p. 170-195, 2020.

NOGUEIRA, R. M. et al. A sistematização legislativa do assédio moral no trabalho no âmbito das administrações públicas estaduais no Brasil. **Revista Ciências Administrativas**, Fortaleza, v. 26, p. 1-18, 2020.

NOWROUZI-KIA, B. et al. Prevalence of Type II and Type III Workplace Violence against Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis. **International Journal of Occupational and Environmental Medicine**. v. 10, p. 99-110, 2019.

OSHA. Enforcement Procedures for Investigating or Inspecting Workplace Violence Incidents. **Occupational Safety and Health Administration**. Directive Number: CPL 02-01-052, U.S. Department of Labor, Washington, DC., 2011. Disponível em: https://www.osha.gov/sites/default/files/enforcement/directives/CPL_02-01-058.pdf. Acesso em: 25 abr. 2022.

OSHA. Enforcement Procedures and Scheduling for Occupational Exposure to Workplace Violence. **Occupational Safety and Health Administration**. Directive Number: CPL 02-01-058, U.S. Department of Labor, Washington, DC., 2017. Disponível em:

https://www.osha.gov/sites/default/files/enforcement/directives/CPL_02-01-058.pdf. Acesso em: 25 abr. 2022.

OSHA. Guidelines for Preventing Workplace Violence for Health care and Social Service Workers. **Occupational Safety and Health Administration**, U. S. Department of Labor, OSHA 3148-06R, 2016. Disponível em: <https://www.osha.gov/sites/default/files/publications/osha3148.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2022.

PAOH. Health professionals are frequently assaulted, according to research published in the PAHO journal. **Pan American Health Organization**, jan. 2016. Disponível em: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11579:2016-health-professionals-are-frequently-assaulted&Itemid=135&lang=en. Acesso em: 25 abr. 2022.

PORTOGHESE, I.; GALETTA, M.; LEITER, M.P.; COCCO, P.; D'ALOJA, E.; CAMPAGNA, M. Fear of future violence at work and job burnout: A diary study on the role of psychological violence and job control. **Burnout Research**, v. 7, p. 36-46, 2017.

REBELLO, A. Profissionais da saúde relatam agressões no caminho para hospitais em São Paulo. **Folha de São Paulo**, 22 mar. 2020. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2020/03/profissionais-da-saude-relatam-agressoes-no-caminho-para-hospitais-em-sao-paulo.shtml>. Acesso em: 26 abr. 2022.

RIBEIRO, B. M. S. S.; ROBAZZI, M.L.C.C.; DALRI, R.C.M.B. Violência causada aos profissionais de saúde durante a pandemia da COVID-19, **Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 4, n. 2, p. 115-124, ago. 2021.

SALVANI, J.L. Paciente que fez escândalo terá que pagar R\$ 20 mil de indenização para médica e clínica. **Olhar Jurídico**, 29 out. 2019. Disponível em: <https://www.olharjuridico.com.br/noticias/exibir.asp?id=41732¬icia=paciente-que-fez-escandalo-tera-que-pagar-r-20-mil-de-indenizacao-para-medica-e-clinica&edicao=2>. Acesso em: 30 abr. 2022.

SANTOS JUNIOR, E. A.; DIAS, E. C. Violência no trabalho: uma revisão da literatura. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 2, n. 1, p. 36-54, 2004.

SANAR. CREMESP: mais de 40% sofrem assédio moral na residência médica. **Sanarmed**, jul. 2021. Disponível em: <https://www.sanarmed.com/cremesp-mais-de-40-sofrem-assedio-moral-na-residencia-medica>. Acesso em: 26 abr. 2022.

SANTANA, V. Médica agredida por casal após pedir exame para dar atestado teve traumatismo craniano e está abalada, diz marido. **G1**, 29 jan. 2022. Disponível em: <https://g1.globo.com/go/goias/noticia/2022/01/29/medica-agredida-por-casal-apos-pedir-exame-para-dar-atestado-teve-traumatismo-craniano-e-esta-abalada-diz-marido.ghtml>. Acesso em: 28 abr. 2022.

SCHLICK, C.J.R. et al. Experiences of Gender Discrimination and Sexual Harassment Among Residents in General Surgery Programs Across the US. **JAMA Surg**, n. 156, v. 10, p. 942-952, 2021.

SILVA, S. A.; VELOSO, M. D. P. Os conflitos e a saúde: o desafio das negociações em tempos de Covid-19. **Revista Jurídica da Presidência**, Brasília, v. 24, n. 132, p. 198 – 221, 2022.

SONODA et al. Ethnic-minority health care workers discrimination: An example from Japan during COVID-19 pandemic. **Journal of Global Health**, v. 10, n. 2, 020393, dez., 2020.

STRACHAN, B. K.; FULLER, J. B. Clinical governance Dealing with conflict and aggression in obstetrics and gynaecology. **Royal College of Obstetricians and Gynaecologists**, v. 11, n. 2, p. 122-128, apr. 2009.

TAVARES, A.L. Paciente agride médico em Posto de Saúde de Tibau do Sul. **Youtube**, 06 dez. 2015. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=OxhjcYP0mE0>. Acesso em: 03 mai. 2022.

TST. Cartilha de prevenção ao assédio moral. **Tribunal Superior do Trabalho e o Conselho Superior da Justiça do Trabalho**, Brasília, 2019. Disponível em: <https://www.tst.jus.br/documents/10157/55951/Cartilha+ass%C3%A9dio+moral/573490e3-a2dd-a598-d2a7-6d492e4b2457>. Acesso em: 04 jun. 2022.

VASCONCELOS, R. Agressor de médico no RN pode ser indiciado por 4 crimes, diz delegado. **G1**, 22 dez. 2015. Disponível em: <https://g1.globo.com/rn/rio-grande-do-norte/noticia/2015/12/agressor-de-medico-no-rn-pode-ser-indiciado-por-4-crimes-diz-delegado.html>. Acesso em: 03 mai. 2022.

VENTO, S.; CAINELLI, S.; VALLONE, A. Violence Against Healthcare Workers: A Worldwide Phenomenon With Serious Consequences. **Frontiers in Public Health**, 18 sep. 2020. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2020.570459/full>. Acesso em: 03 mai. 2022.

VIEIRA, L. B. Agressão a profissional de saúde: quais os direitos e como agir? **Jusbrasil**, 2020. Disponível em: <https://lucasbz.jusbrasil.com.br/artigos/825270859/agressao-a-profissional-de-saude-quais-os-direitos-e-como-agir>. Acesso em: 19 mai. 2022.

WASAN, A.D.; WOOTTO, J.; JAMISON, R. N. Dealing with difficult patients in your pain practice. **Reg Anesth Pain Med**, v. 30, p. 184–192, 2005.

WHO. Preventing violence against health workers. **World Health Organization**, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/activities/preventing-violence-against-health-workers>. Acesso em: 21 abr. 2022.

WHO. The coronavirus disease (COVID-19) dashboard–Brazil Situation. **World Health Organization**, apr. 2022. Disponível em: <https://covid19.who.int/region/amro/country/br>. Acesso em: 21 jul. 2022.

WISKOW, C. Guidelines on Workplace Violence in the Health Sector. **ILO/ICN/WHO/PSI**, Geneva, 2003. Disponível em: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/violence-against-health-workers/wv-comparisonguidelines.pdf?sfvrsn=f892b7e9_2. Acesso em: 11 maio 2022.

WMA. 73rd World Health Assembly, Agenda Item 3: Covid-19 Pandemic Response. **World Medical Association**, 2020. Disponível em: <https://www.wma.net/wp-content/uploads/2020/05/WHA73-WMA-statement-on-Covid-19-pandemic-response.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2022.