

CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO
Mestrado em Bioética

Rosa Maria Peres

**A VISÃO DO ENFERMEIRO GESTOR SOBRE O ASSÉDIO MORAL
NO TRABALHO: UMA REFLEXÃO BIOÉTICA**

São Paulo
2009

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Rosa Maria Peres

**A VISÃO DO ENFERMEIRO GESTOR SOBRE O ASSÉDIO MORAL
NO TRABALHO: UMA REFLEXÃO BIOÉTICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós
graduação em Bioética do Centro Universitário
São Camilo, como requisito parcial para
obtenção do título de Mestre em Bioética.

Orientador: Profa. Dr^a Vera Lúcia Zaher

Co- orientador: Prof. Dr. Márcio Fabri dos Anjos

**São Paulo
2009**

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Pe. Inocente Radrizzani

Peres, Rosa Maria

A visão do enfermeiro gestor sobre o assédio moral no trabalho: uma reflexão bioética / Rosa Maria Peres. -- São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2009.

116p.

Orientação de Vera Lúcia Zaher e Marcio Fabri dos Anjos

Dissertação de Mestrado em Bioética, Centro Universitário São Camilo, 2009.

1. Assédio moral 2. Bioética 3. Serviços de enfermagem – recursos humanos I. Zaher, Vera Lúcia II. Anjos, Márcio Fabri dos III. Centro Universitário São Camilo III. Título.

Dedicatória

Dedico este trabalho a minha mãe Neuza e a meu pai Júlio, cujo caráter íntegro foi base para o meu desenvolvimento, me ensinando a respeitar o outro e a mim mesma.

Agradecimentos

À DEUS, por me dar forças nos momentos de cansaço e impotência.

À minha orientadora Profª. Vera Lúcia Zaher, obrigado por partilhar comigo seus conhecimentos, por sua dedicação e compreensão.

Ao Prof. Márcio Fabri dos Anjos, pelas palavras sábias na finalização desta pesquisa.

Ao Prof. Willian Saad Hossne, que me guiou nos caminhos da Bioética.

À minha amiga Rita Coli, pelas palavras de incentivo nos momentos de desesperança.

A todos os enfermeiros que aceitaram participar desta pesquisa, que ao responderem as entrevistas contribuíram para o crescimento de nossa profissão.

À minha família pela compreensão dos momentos em que estive ausente, durante a elaboração deste trabalho.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para este estudo.

PERES, Rosa Maria. **A visão do enfermeiro gestor sobre o assédio moral no trabalho: uma reflexão bioética.** Dissertação (mestrado em Bioética), Centro Universitário São Camilo, 116p., 2009.

O assédio moral é considerado um ato antiético e uma violência contra a integridade e dignidade humana. As conseqüências causadas ao trabalhador que sofre o assédio moral têm implicado em custos consideráveis tanto para os indivíduos como para a organização, pois rompe com o equilíbrio no ambiente de trabalho. O aparecimento de assédio moral constitui-se um potencial risco para a profissão de enfermagem, visto que esta trabalha com uma complexa teia de relações desde a administração hospitalar, passando pelas diversas equipes multidisciplinares, e em especial na imbricada relação com a classe médica, até chegar ao centro primordial de sua atuação - o usuário do sistema de saúde. Este estudo exploratório descritivo com abordagem quanti-qualitativa teve como objetivo principal fazer uma leitura do assédio moral no ambiente hospitalar, sob a luz da Bioética, por meio das percepções de enfermeiros gestores. Para tanto, foram entrevistados vinte e cinco enfermeiros gestores de duas instituições hospitalares privadas da cidade de São Paulo. Os resultados mostraram que o conceito de assédio moral ainda não é claro, que muitas vezes o enfermeiro tanto pode se sentir o assediador como em outras vezes achar que é o assediado. Percebeu-se que existe certa tolerância a este tipo de violência tanto em decorrência da inexistência de políticas organizacionais de prevenção, como também pela dificuldade do enfermeiro em trabalhar problemas decorrentes das relações interpessoais. E quando se mescla a estes fatores, as necessidades econômicas da gestão em saúde, além das exigências por resultados competitivos de mercado e, principalmente pelas características extremamente particulares e humanitárias que os usuários de saúde necessitam e exigem deste profissional de saúde, corre-se o risco de uma atuação não condizente destes profissionais. Sugere-se por meio desta reflexão o desenvolvimento de políticas de tolerância zero quanto ao assédio moral no ambiente hospitalar, tanto por meio de políticas de promoção, onde se estimulem comunicações interpessoais respeitadas, como por meio de prática constante, em que os indivíduos possam exercitar os valores éticos básicos como respeito e solidariedade, na busca de um trabalho digno que valorize cada ser humano.

Palavras – chave: Assédio moral no trabalho. Bioética. Enfermagem.

PERES, Rosa Maria. **The practitioner nurse view about moral harassment at work: a Bioethics reflection.** Thesis (Bioethics master course). Centro Universitário São Camilo, 116p., 2009.

The moral harassment is considered an unethical act and violence against human dignity. The consequences caused to the workers have been making considerable expenses to the persons and also to the organization, because it always ruptures the balance at the work environment. The moral harassment is a potential risk to the occupation of nurse, since this job works in a complex basis of relationships since hospital administration, multi tasks teams, and in special, in the difficult relationship among physicians/doctors, and only after all this the professional nurse gets the core of the relationship of his/her job – the patient of the health care system. This descriptive and quanti- and qualitative research has had the aim to understand the moral harassment at hospital environment, based on Bioethics, through nurse practitioners view. Twenty five nurse practitioners were interviewed in two private hospital institutions in São Paulo city. The results have showed that the moral harassment concept is not clear yet, sometimes the nurse feels like he/she is doing the harassment or, on the other hand, they feel as a victim. It was realized that there is a tolerance about this type of violence, considering there is not organizational policies about prevention, or also considering the difficulty of a nurse working with problems of interpersonal relationships. And when these factors are mixed, the economical needs of health administration, beyond exigencies by market competitive results and mainly by the particular and human characteristic and that the health users need and demanding of this health professional, it is dangerous that the performance of this professional will not be good enough as they need. It is suggested, through this research, the development of zero tolerance policies considering the moral harassment, as by stimulus of respectful interpersonal communication, as by the continuing practice, in which people could exercise basic ethical values as respect and solidarity, searching a kind of work that would give value to each human being.

Key-words: Moral harassment at work. Bioethics. Nursing.

Lista de tabelas

Tabela 1 - Classificação das ações de assédio moral no trabalho.....	25
Tabela 2 - Diferenciação de assédio moral e conflito no trabalho segundo Cassito, 2004.....	27
Tabela 3 - Distribuição de tipos de violência no local de trabalho no setor da saúde conforme Di Martino.....	30
Tabela 4 - Distribuição do nº de enfermeiros gestores por faixa etária	60
Tabela 5 - Distribuição do nº e tipo de especialização, na área de administração, realizada pelo enfermeiro gestor	61
Tabela 6 - Distribuição do nº e tipo de especialização, na área do cuidar, realizada pelo enfermeiro gestor	62

Lista de gráficos

Gráfico 1 - Como o enfermeiro gestor busca conhecimento sobre o tema assédio moral no trabalho.....	63
Gráfico 2 - Conceito de assédio moral no trabalho segundo enfermeiros gestores.....	64
Gráfico 3 - Tempo de duração dos “maus tratos” para caracterizar assédio moral segundo enfermeiros gestores.....	65
Gráfico 4 - Identificação das causas do assédio moral segundo enfermeiros gestores.....	65
Gráfico 5 - Identificação do local em que ocorre o assédio moral na visão do enfermeiro gestor.....	66
Gráfico 6 - Identificação do nº de pessoas que podem assediar moralmente na opinião de enfermeiros gestores	67
Gráfico 7 - Identificação do agente que causa o assédio moral no trabalho na visão do enfermeiro gestor.....	67
Gráfico 8 - Identificação de fatores da organização do trabalho favorecem o assédio moral.....	68
Gráfico 9 - Identificação de outros fatores desencadeantes do assédio moral apontados pelos enfermeiros gestores	69
Gráfico 10 - Identificação do aspecto de personalidade que pode levar o indivíduo a se sentir assediado.....	70
Gráfico 11 - Distribuição do nº de enfermeiros gestores quanto ao tipo de experiência em relação ao assédio moral no trabalho.....	70
Gráfico 12 - Caracterização do tipo de conduta apresentada pelo enfermeiro gestor na ocorrência de queixa de assédio moral no trabalho	71

Lista de siglas

- OIT** - Organização Internacional do Trabalho
- OMS** - Organização Mundial da Saúde
- OSHA** - Occupational Safety and Health Administration
- ILO** - International Labour Organization
- ICN** - International Council of Nurses
- WHO** - World Health Organization
- PSI** - Public Services International
- ONA** - Organização Nacional de Acreditação
- CEP** - Comitê de Ética em Pesquisa

SUMÁRIO

Resumo	
Abstract	
Lista de tabelas	
Lista de gráficos	
Lista de siglas	
APRESENTAÇÃO	
1 INTRODUÇÃO	16
2 REVISÃO DA LITERATURA	21
2.1 Assédio Moral no Trabalho	21
2.1.1 Conceituação	21
2.1.2 O assédio moral no mundo	29
2.1.3 O assédio moral no Brasil	32
2.2 O meio ambiente hospitalar	34
2.3 O assédio moral e a Enfermagem	40
2.3.1 Estrutura e Organização do Trabalho na Enfermagem	40
2.3.2 O Conflito na Enfermagem	42
2.4 A Bioética	43
2.4.1 Bioética e Dignidade Humana	47
3 OBJETIVOS	50
3.1 Geral	50
3.2 Específicos	50
4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	52
4.1 A escolha do método de pesquisa	52
4.2 A escolha do local de estudo	53
4.2.1 Escolhendo hospitais certificados pela ONA:	53
4.2.2 O local da pesquisa	54
4.3 A população	55
4.4 Os instrumentos	55
4.5 O procedimento	56
4.6 Os aspectos éticos	56
4.7 A análise dos dados	57
5 RESULTADOS	60
5.1 Caracterização da amostra	60
5.2 Apresentação dos dados do questionário	63
5.2.1 Quanto ao conhecimento prévio sobre o tema	63
5.2.2 Quanto ao conceito que tinham sobre assédio moral	64
5.2.3 Quanto à vivência sobre o assédio	70
5.2.4 Quanto a conduta que teriam se ocorresse este fenômeno	71
5.2.5 Quanto ao assédio moral ser propiciador de agravos à saúde física e mental	72
5.3 Análise das entrevistas	72
5.3.1 O assédio moral na enfermagem sob a perspectiva dos enfermeiros gestores	73
5.3.2 Como lidam com o fenômeno assédio moral no trabalho	82
6 DISCUSSÃO	89
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	98
REFERÊNCIAS	102
APÊNDICES	111

Apresentação

APRESENTAÇÃO

“Age de tal forma que tua ação possa ser considerada lei universal”

Kant

A partir do famoso princípio kantiano começa minha reflexão sobre como nos defrontamos com dilemas, situações de conflito e tomada de decisão na enfermagem e vejo como são difíceis nossas escolhas.

Este estudo resulta de indagações que surgiram durante minha trajetória profissional tanto como enfermeira assistencial bem como professora do curso de graduação de Enfermagem. Durante meu exercício profissional pude vivenciar momentos de conflito entre o enfermeiro e sua equipe.

Sempre acreditei que o enfermeiro como gestor da equipe de enfermagem deveria ser uma pessoa justa, ponderada, ética. Porém, em muitas ocasiões as atitudes apresentadas por alguns enfermeiros levaram a eventos que hoje considero como violência moral. Presenciei a ação de alguns profissionais, aqui entendidos como chefes de serviço, que sob a alegação de estarem exercendo “cobranças de serviço”, desrespeitavam os membros da equipe (os próprios colegas enfermeiros e técnico/auxiliares de enfermagem) chegando a situações de humilhação e que estes eram levados a crer que se quisessem manter os empregos deveriam estar dispostos a aceitar determinada conduta. Estas situações ocasionavam no trabalhador de enfermagem mal estar e em muitos casos desconforto, constrangimento e sofrimento. Sei de estudos em que o sofrimento no trabalho nasce nas relações de trabalho e na cultura organizacional.

Tenho observado que com os avanços científicos e tecnológicos, associados à consciência plena de cidadania, as pessoas estão cada vez menos tolerantes com qualquer espécie de dano. Desta forma, conhecer como ocorre a violência moral aqui entendido como assédio moral, compreendendo suas causas e conseqüências, pode ser um caminho para diminuir os riscos existentes no exercício da profissão.

O interesse pelo tema de gestão em enfermagem sempre me fascinou, pois exercê-la não é uma tarefa fácil. É-nos exigido, desde o momento em que nos

formamos na graduação, uma postura de líderes, porém quantos de nós conseguimos sair com esta competência?

Vivemos uma profissão extremamente hierarquizada, com normas e rotinas pré-estabelecidas. A nossa forma de organizar o trabalho pode levar a certa subserviência, e isto pode ser um fator desencadeante para o assédio moral.

Para sermos bons gestores deveríamos ser capazes de trabalhar em equipe, ter empatia, boa comunicação, iniciativa, saber ter flexibilidade ao aplicar nosso estilo, exercendo-o com compromisso e responsabilidade. Quando isto ocorre, conseguimos prestar uma assistência de qualidade, tornando o trabalho mais gratificante tanto para nós como para nossa equipe. Porém se não buscamos nosso desenvolvimento, não conseguimos romper com visões tradicionais, onde seremos apenas chefes de serviço.

Atualmente frente à nova realidade da instituição de saúde, a qual tem se apresentado com características da lógica empresarial, percebe-se que a ação de alguns enfermeiros está mais para o alcance das metas da “empresa de saúde” do que os aspectos humanísticos. A busca de resultados voltados muito mais para as questões orçamentárias e de custos assistenciais causa prejuízo para a equipe, e, conseqüentemente para o paciente, pois sem haver preocupação de como estas metas estão sendo atingidas, passa-se a cobrar, muitas vezes de forma hostil, o resultado não atingido. O trabalhador, por sua vez, passa a desenvolver uma relação de sofrimento consigo mesmo e com a organização, levando a um estado de desamparo frente à empresa, ao trabalho e perante si mesmo acarretando adoecimento. Como profissionais da saúde temos o compromisso de zelar não só pela vida do paciente que assistimos, como também pela vida daqueles que trabalham conosco.

Por meio de revisão bibliográfica de artigos científicos, pude verificar que no Brasil os trabalhos, em enfermagem, abordando assédio moral no local de trabalho associado com gestão são incipientes. Este tema tem sido mais pesquisado em ciências sociais e medicina, levando-me a supor, que para a enfermagem brasileira, este assunto é de difícil abordagem em nossa prática diária e que poderia também nos faltar conhecimento acerca desta temática tão atual.

Acredito que é necessária uma reflexão ética de como este processo vem ocorrendo e para isto a bioética surge como um fio condutor para entender como o enfermeiro está atualmente realizando a “moderna gestão hospitalar”.

O papel essencial da Bioética, nesta época de grandes mudanças na área de gestão, é nos fazer refletir sobre nossa prática, com enfoque na tomada de consciência quanto ao lugar que alguns valores como dignidade humana e respeito ao outro tem na sociedade.

A ética na enfermagem sempre foi centrada na pessoa e no cuidar. Se o nosso foco é o paciente, devemos ter na nossa prática valores humanos que permeiam este nosso cuidar/administrar.

Será que esta nova gestão hospitalar ao inferir no modo de produção bem como na alocação de recursos pode levar o enfermeiro a falhar com sua principal função que é zelar pela vida tanto do paciente como do trabalhador de enfermagem? Ao copiar modelos de gestão de países anglo-saxões será que estamos considerando as características específicas da nossa cultura. E o enfermeiro como gestor de equipes tendo que dominar novos conhecimentos e adquirindo novas habilidades para exercer uma gestão eficaz está refletindo no seu modo de ser/fazer?

A partir destas indagações surgiram dúvidas que permearam esta pesquisa. Será que o enfermeiro durante sua prática de gestão desconhece atitudes de assédio moral no trabalho? Suas atitudes são conscientes ou inconscientes de que podem levar a um dano? As características da organização em enfermagem e do ambiente de trabalho influenciam condutas de assédio moral? E qual seriam as ferramentas que tanto os enfermeiros como a instituição hospitalar teriam para prevenir o assédio moral?

Este estudo pretende discorrer sobre assédio moral e gestão em enfermagem sob enfoque da bioética, entendendo-o como uma atitude antiética, que viola o respeito ao outro, a dignidade humana e vendo o trabalhador como um sujeito vulnerável, tendo sérias conseqüências para a assistência ao paciente.

1.

Introdução

1 INTRODUÇÃO

O enfermeiro com cargo administrativo, por possuir inserido em seu objeto de trabalho o ser humano – profissional, cliente ou familiar - e, por atuar como co-responsável pela organização na respectiva instituição, desempenha a fundamental tarefa de definir posicionamentos e decisões que remetem a reflexões fundamentadas na ética e na bioética.

Marcondes (2007) ao fazer uma retrospectiva dos principais pensadores com relação à ética, nos diz que o ser humano é livre, e, em princípio, pode agir como bem entender, dando vazão aos seus instintos, impulsos e desejos. Porém o dever restringe essa liberdade, fazendo com que esta seja limitada por normas que têm por base os valores éticos.

Partindo deste pressuposto, Kant nos diz que um ato pode ser considerado ético quando eu estiver disposto a aceitar que ajam comigo da mesma forma como eu ajo com os outros (MARCONDES, 2007).

Para Chauí (2007) muito se fala em crise dos valores morais, mas ela não é recente. Surge com a modernidade e evolui até os dias de hoje. Na pós-modernidade teríamos perdido a medida, a proporcionalidade que regularia a relação entre os meios e fins na ética. Vivemos em uma sociedade que afirma o valor da competição e da vitória sobre os outros como prova de superioridade e, portanto transforma a competição e a vitória em valores morais.

A preocupação com a ética e a moral utilizada nas empresas vem crescendo desde o final do século XX. As decisões tomadas dentro das organizações não são neutras, quem decide, faz escolhas entre diferentes cursos de ações e deflagra conseqüências, aí entra a reflexão ética, servindo de base para uma coesão organizacional (MONTEIRO; ESPIRITO SANTO e BONACINA, 2005).

Para Cunha e Ximenes Neto (2006) a busca constante pela qualidade e excelência dos serviços trouxe mudanças nos modelos de gestão e, conseqüentemente, a forma de gerir as pessoas também mudou.

Há um crescente processo de racionalização das práticas médico-hospitalares integrando a medicina cada vez mais na atividade econômica global, suscetível de

se constituir em alvo de avaliação de custo-benefício. O hospital passa a ser pensado progressivamente como empresa.

Atualmente o enfermeiro é o profissional dentro das instituições de saúde contratado para coordenar uma equipe e gerenciar a assistência ao paciente, exercendo uma influência tanto na equipe de enfermagem como na equipe interdisciplinar. Portanto torna-se imprescindível que sua ação seja fundamentada em princípios éticos (LOURENÇO e TREVIZAN, 2001).

A palavra gerenciamento é utilizada para definir as ações de direção de uma organização ou grupo de pessoas. A Enfermagem utiliza o gerenciamento no seu processo de trabalho e vem, ao longo dos anos, buscando meios mais eficazes de adequar modelos administrativos ao seu cotidiano, de modo a não afastar do seu principal foco de atenção, o cuidado com o paciente (JORGE et al., 2007).

Porém o exercício da função gerencial pelo enfermeiro no Brasil é uma questão ainda mesclada por desentendimentos e incompreensões, pois segundo alguns autores há uma dicotomia entre o que se espera do enfermeiro na visão dos teóricos de enfermagem e o que se verifica ser a sua ação cotidiana nas instituições de saúde (MENDES; TREVIZAN e LOURENÇO, 2002).

Geralmente, o processo produtivo da Enfermagem, na grande maioria dos casos, é desenvolvido apenas pelo *feeling* ou por experiência e não cientificamente, o que talvez possa ser atribuído, à insuficiência de conhecimento administrativo/gerencial dos profissionais que atuam nos processos em posições de chefia e mando (DEI SVALDI; LUNARDI FILHO e GOMES, 2006).

Para Matos (2002) ao longo do século passado, especialmente com o fortalecimento das instituições hospitalares, tem se observado na enfermagem a predominância da gestão e organização da assistência baseada no modelo da administração científica do trabalho. Este modelo fundamenta-se na cisão entre trabalho intelectual e manual; na valorização da autoridade, da disciplina e da direção com subordinação da maioria às decisões da gerência; estruturas rigidamente hierarquizadas, onde o apego a regras, normas e regulamentos rege o trabalho.

Para Jorge et al. (2007) muitos profissionais competentes tecnicamente se perdem ao gerenciar serviços por não conseguirem atingir o equilíbrio entre a tomada de decisões e a implementação das ações. As dificuldades perpassam pela

formação profissional ancorada em uma abordagem tradicionalista da Administração, chegando ao mercado de trabalho e, conseqüentemente, à aplicabilidade prática, quando o enfermeiro se depara com uma estrutura formal, marcada por relações de poder verticalizadas, normas a serem cumpridas e um rol de tarefas a desempenhar. Observa-se a reprodução dos modelos tradicionais, em que as estruturas hierárquicas de controle, submissão, obediência às normas e padrões são reproduzidas.

A desesperança, que acomete o trabalhador diante de um ambiente de trabalho repleto de críticas e ameaças constantes, verbais e/ou físicas, pode resultar na diminuição da produtividade, nos altos níveis de insatisfação laboral, produzindo o ausentismo, absenteísmo, até as saídas voluntárias das organizações (NAKAMURA e FERNÁNDEZ, 2004).

O sofrimento do trabalhador nasce nas relações de trabalho, a partir da organização (cultura) e de seus próprios colegas de trabalho (relações).

Freitas (2001) nos relata que, no nosso cotidiano, podemos nos defrontar com situações que minam as nossas forças e que podem nos arrebentar; para esta autora, tais situações constituem verdadeiros assassinatos psíquicos, porém apresentam-se como uma violência indireta, em relação ao quais muitos de nós, sob o pretexto da tolerância, nos tornamos complacentes, indiferentes e omissos.

As perspectivas são sombrias para as duas próximas décadas, pois segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT) e Organização Mundial da Saúde (OMS), estas serão as décadas do "mal estar na globalização", onde predominarão depressões, angústias e outros danos psíquicos, relacionados com as novas políticas de gestão na organização de trabalho e que estão vinculadas às políticas neoliberais (ILO, 2003).

O tema assédio moral no trabalho tem-se expandido nos últimos 20 anos, influenciando consideravelmente no meio ambiente laboral, devido às conseqüências causadas ao trabalhador assediado, implicando em custos consideráveis, tanto para os indivíduos em termos de saúde, como em relação a seu emprego e para a organização.

Para Calvo (2008) o tema é atual, polêmico e desafiador provocando calorosas discussões, pois não se trata somente de discutir o conceito de assédio moral. É necessário definir o novo conceito de ambiente de trabalho no século XXI face aos

impactos econômicos, políticos e sociais advindos da introdução das novas tecnologias no ambiente de trabalho.

Percebe-se que apesar de todo o discurso de humanização e democratização do mundo do trabalho, de *empowerment* e de participação de todos os níveis no processo decisório, muitas empresas continuam a desenvolver práticas que favorecem a centralização de poder e o autoritarismo. É verdade que o modelo piramidal se sustenta na autoridade, porém esta pode ser exercida sem abusos e excessos (FREITAS, 2001).

No entanto é importante que se faça clara distinção entre as características de assédio moral e a pressão da chefia pelo cumprimento de prazos, metas e objetivos no trabalho. Devemos entender que a pressão da competitividade contagia a ação das chefias, tornando-os exigentes e, muitas vezes, fazendo-os considerar que seus subordinados podem fazer mais do que podem.

Neste momento em que vivemos marcados por crises e contradições, em que a sociedade vem gerando novos processos de produção é que surge a Bioética. Compreendida inicialmente como uma ética aplicada à vida, vem se tornando um movimento amplo, que tem como tema central os desdobramentos éticos do desenvolvimento científico e tecnológico aplicados sobre a vida.

De natureza interdisciplinar, se preocupa com a tomada de decisão sobre a vida do homem em situações limite (doença/morte), que se manifestam em nosso cotidiano.

Portanto o exercício da enfermagem deve se apropriar da reflexão ética para nortear as suas práticas (BOEMER; SAMPAIO, 1997).

Zoboli e Sartório (2006) relatam que a bioética vem agregando a construção histórico-social da prática da enfermagem imprimindo-lhe novas nuances e perspectivas, no sentido de dar conta dos desafios decorrentes da necessidade de mesclar ética e técnica, sendo considerada como uma abordagem secular interdisciplinar, prospectiva e global dos temas éticos nas ciências da vida e da saúde.

No gerenciamento de enfermagem, o respeito à autonomia do funcionário contribui para este sentir-se mais valorizado e respeitado, permitindo sua participação em decisões, de forma que essas resultem em ações participativas e comprometidas pela equipe de enfermagem.

2.

Revisão da Literatura

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Assédio Moral no Trabalho

2.1.1 Conceituação

Atualmente, o que se observa é que algumas práticas empresariais modernas, muitas vezes têm incrementado a cultura do medo e sofrimento nas relações de trabalho, ora como meio de incremento de produtividade, ora como mero exercício arbitrário de poder. Porém o assédio moral é tão antigo quanto o trabalho, pois desde que o ser humano sentiu necessidade de vender sua mão-de-obra, passou a conviver com ironias, ofensas e mau humor dos chefes.

Pode-se subentender que uma conduta de assédio seria aquela capaz de romper com o equilíbrio no ambiente de trabalho, afetando diretamente a qualidade de vida no trabalho e a satisfação do empregado, representando uma conduta anti-social e antiética, e sendo ainda, contrária aos bons costumes e à boa-fé que deve nortear toda relação social (ALKIMIN, 2005).

O que pode começar como uma leve mentira, uma flagrante falta de respeito, torna-se uma fria manipulação por parte do indivíduo perverso, que tende a reproduzir o seu comportamento destruidor em todas as circunstâncias de sua vida: local de trabalho, com o cônjuge, com os filhos, etc.. Geralmente, o assédio moral começa pelo abuso de um poder (qualquer que seja a sua base de sustentação). Segue por um abuso narcísico no qual o outro perde a auto-estima e pode chegar, às vezes, ao abuso sexual (FREITAS, 2001).

Recentes pesquisas realizadas sugerem que, a violência e o assédio psicológico, têm afetado uma parte significativa da força de trabalho. Conhecido como **bullying** e **harassment** (Estados Unidos), **bullying** (Inglaterra, Austrália e Irlanda), **harcèlement moral** (França), **ljime** (Japão), **assédio moral** (Brasil), **acoso moral** ou **psicoterror** (Espanha), **mobbing** (países nórdicos e Europa Central), pode produzir conseqüências negativas na qualidade de vida no trabalho e, em casos extremos, na saúde do trabalhador (BARRETO, 2003; HIRIGOYEN, 2002).

Porém apesar dos quase trinta anos de pesquisa a conceituação do assédio moral ainda apresenta um desafio conceitual, em que a variedade de expressões tem obedecido à diversidade cultural e à ênfase que se deseja colocar sobre algum dos múltiplos aspectos que levam à violência psicológica no trabalho. Assim, os termos *mobbing*, *bullying*, assédio moral, assédio psicológico ou terror psicológico no trabalho têm sido utilizados como sinônimos para definir a violência pessoal, moral e psicológica.

Alguns estudiosos tentaram delimitar os termos, em que o *mobbing* deveria ser aplicado a adultos no contexto ocupacional, sendo uma forma de violência psicológica e *bullying* aplicado a crianças e adolescentes, no contexto escolar, sendo, preferencialmente, uma forma de violência física. Porém o que se observa é que as tentativas de definição e descrição deste fenômeno em nível universal ainda se vê comprometida, exigindo uma aproximação progressiva e um intercâmbio de conhecimentos, teorias, estudos e práticas transculturais.

Considera-se que foi Konrad Lorenz em 1963, quem introduziu inicialmente o termo *mobbing*, termo este originário da palavra *mob*, que em inglês traduz a idéia de turba ou multidão. Em suas pesquisas, ao analisar os comportamentos agressivos de determinados animais, verificou que os de pequeno porte físico quando confrontados com invasões de território por outros animais, especialmente um animal maior, revelaram um comportamento agressivo com intimidações do grupo para expulsar o invasor solitário.

Mais tarde, na década de 70, o médico sueco Peter-Paul Heinemann realizando uma pesquisa com um grupo de crianças no ambiente escolar, verificou que os resultados da pesquisa mostraram-se muitos parecidos com a pesquisa de Lorenz, em que as crianças demonstraram a mesma tendência dos animais, a partir do momento que outra criança “invadissem” seu espaço, sendo esta a pesquisa pioneira em detectar o assédio moral nas relações humanas.

Alguns anos mais tarde, na década de 80, pesquisa realizada pelo psicólogo alemão Heinz Leymann, que ao analisar o ambiente de trabalho, descobriu o mesmo comportamento identificado nas pesquisas anteriores. Ele acabou merecendo o crédito por popularizar o termo e por haver descrito um quadro geral do fenômeno, estudando vários aspectos, referentes às suas características epidemiológicas, os efeitos sobre a saúde e como prevenir.

Para este pesquisador o assédio moral no trabalho seria:

“A deliberada degradação das condições de trabalho através do estabelecimento de comunicações não éticas (abusivas), que se caracterizariam pela repetição por longo tempo de duração de um comportamento hostil que um superior ou colega desenvolve contra um indivíduo que apresenta, como reação, um quadro de miséria física, psicológica e social duradoura” (HEINZ LEYMANN, 1996).

No final da década de 90, a psicanalista francesa Marie-France Hirigoyen ao escrever sobre assédio moral no trabalho acaba por disseminar mundialmente o tema. No livro intitulado *"Harcèlement Moral: la violence perverse au quotidien"* ela aborda casos reais, com as características do assediador e do trabalhador vitimizado. Também enfatiza os danos socioeconômicos advindos desta prática bem como os danos à saúde do trabalhador. Para a autora, a definição de assédio moral no trabalho seria:

“Toda e qualquer conduta abusiva de forma repetitiva e sistemática, manifestando-se, sobretudo por comportamentos, palavras, atos, gestos, escritos que possam trazer dano à personalidade, à dignidade ou à integridade física ou psíquica de uma pessoa, pôr em perigo o seu emprego ou degradar o ambiente de trabalho”. (MARIE-FRANCE HIRIGOYEN, 2007).

Mundialmente podemos também aceitar a definição descrita pela Agência Européia para a Segurança e Saúde do Trabalhador que diz:

“Por assédio moral no local de trabalho entende-se um comportamento injustificado e continuado para com um trabalhador ou um grupo de trabalhadores, susceptível de constituir um risco para a saúde e segurança”. (Occupational Safety and Health Administration, 2002)

Para Bradaschia (2007) ainda não há um consenso sobre a definição do que seja assédio moral e tampouco seus limites. As definições variam em função da frequência com que os atos deveriam ocorrer (pelo menos uma vez por semana), da duração da situação de assédio (de poucos meses até pelo menos um ano), dos tipos de atos que seriam aceitos como ofensivos e até mesmo se o assédio sexual estaria ou não contido nos atos de assédio moral. Por outro lado, há certo consenso na literatura acadêmica sobre o fato de o assédio moral envolver um tratamento desleal por um indivíduo (ou indivíduos) dentro do ambiente de trabalho, que não deve ter sido estimulado ou incentivado pela vítima e que deve durar certo tempo. Porém, independentemente da definição, o importante é compreender que o assédio moral se caracteriza pelo abuso de poder de forma repetida e sistematizada.

Sesso, citado por Bradaschia (2007), diz que por ser uma forma sutil de degradação psicológica, muitas vezes a tarefa mais difícil é reconhecer e identificar as situações de assédio moral, pois a vítima é envolvida em um contexto tal, que é levada a pensar que é merecedora ou mesmo culpada pelas situações constrangedoras.

A violência psicológica ou moral pode adquirir diferentes e sutis formas, desde a violência verbal, com uma chefia ou mesmo um colega que trata os trabalhadores com palavras depreciativas, humilhantes ou puramente grosseiras até a delegação de trabalhos muito abaixo da capacidade do funcionário deixando-o constrangido perante os colegas, como também por “perseguição” de um ou vários empregados por superiores ou mesmo por outros colegas e que incluem comentários negativos constantes, isolamento do indivíduo, fofocas, entre outros atos.

Este comportamento pode surgir da insegurança no trabalho, das relações insatisfatórias entre trabalhadores e as chefias, bem como um baixo nível de satisfação em relação à liderança empresarial, de relações insatisfatórias entre colegas, de exigências de trabalho excessivas, da globalização, do liberalismo-capitalismo, do modo de produção com poderes e hierarquias fortemente autoritários além da “coisificação” do trabalhador, da cultura organizacional que não sanciona os comportamentos intimidativos ou que não reconhece o assédio moral como um problema (OSHA, 2002).

Para Leymann somente se estas ações forem realizadas propositalmente, com freqüência e por muito tempo poderiam ser chamadas de *mobbing*/ assédio moral no trabalho (Tabela 1):

Tabela 1 - Classificação das ações de assédio moral no trabalho

GRUPOS DE AÇÕES	MECANISMOS
Manipulação da comunicação da vítima	<ul style="list-style-type: none"> - Negação de informação relativa ao posto de trabalho, como as funções e responsabilidades, os métodos de trabalho: a quantidade, qualidade e prazos do trabalho a ser realizado. - Comunicação hostil explícita, com críticas e ameaças públicas. - Comunicação hostil implícita, como o não dirigir palavra, ou negar cumprimento.
Manipulação da reputação da vítima	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de comentários injuriosos, com ridicularizações públicas, relativas ao aspecto físico ou às idéias ou convicções políticas ou religiosas. - Realização de críticas sobre o profissionalismo da vítima. - Assédio sexual da vítima.
Manipulação do trabalho da vítima	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento da sobrecarga de trabalho. - Atribuição de trabalhos desnecessários, monótonos ou rotineiros. - Atribuição de tarefas de qualificação inferior à da vítima (<i>shunting</i>). - Atribuição de demandas contraditórias ou excludentes. - Atribuição de demandas contrárias aos padrões morais da vítima. - Não atribuição de tarefas. - Negação dos meios de trabalho.
Manipulação das contrapartidas laborais	<ul style="list-style-type: none"> - Discriminação no salário, nos turnos, jornada ou em outros direitos. - Discriminação quanto ao respeito, o tratamento ou no protocolo.

Fonte: Leymann (1996)

O assédio moral no trabalho é uma violência multifacetada que, além da modalidade vertical (empregadores e chefes contra subordinados), pode se verificar na modalidade horizontal (colegas de trabalho do mesmo grau hierárquico), como também de modo ascendente - é o assédio moral de baixo para cima (subordinados que se amotinam e aterrorizam um superior, normalmente utilizando atos de sabotagem do trabalho). Não obstante a raridade dessas modalidades, elas são tão

cruéis quanto à vertical e produzem danos à integridade física, psíquica e moral das vítimas igualmente graves.

Piñuel y Zabala (2003) descreve os resultados de um estudo sobre os efeitos do assédio sobre a saúde das vítimas. Segundo este autor o estudo estabeleceu seis tipos de efeitos perniciosos: a) efeitos cognitivos e hiper-reação psíquica: perdas de memória; dificuldade para se concentrar; depressão; apatia; irritabilidade; nervosismo/agitação; agressividade/ataques de fúria; sentimentos de insegurança; hipersensibilidade a atrasos; b) sintomas psicossomáticos de estresse: pesadelos; dores de estômago e abdominais; diarréias/colite; vômito; náuseas; falta de apetite; sensação de nó na garganta; isolamento; c) sintomas de desajustes do sistema nervoso autônomo: dores no peito; sudorese; boca seca; palpitação; sufoco; falta de ar; hipertensão arterial; d) sintomas de desgaste físicos resultantes de estresse prolongado: dores nas costas e nuca; dores musculares (fibromialgia); e) transtornos do sono: dificuldades para dormir; sono interrompido; acordar muito cedo; f) cansaço e debilidade: fadiga crônica; cansaço nas pernas; debilidade; desmaios; tremores.

Saber identificar quando ocorre o assédio moral e fazer o nexo causal não é fácil. Muito se confunde o que é um conflito normal no cotidiano das relações de trabalho do que é uma situação de assédio. A exigência de superação deve estar acompanhada de significativa dose de confiança e preocupação pelo desenvolvimento dos subordinados. Obviamente, nem todos os desacertos entre chefia e trabalhador, bem como os aborrecimentos corriqueiros significam assédio moral. Daí a importância de se estabelecer prudentemente um nexo causal (LOPER, 2002).

É preciso empenho, cuidado e seriedade no trato da questão, pois tem se percebido uma banalização e generalização do termo, que passa, muitas vezes, a caracterizar qualquer rusga no trabalho como sendo assédio moral.

O assédio moral pode diferir dos conflitos normais pois se caracteriza por ações não éticas e é contraproducente para todos, entretanto é essencial aprender a distinguir um assédio moral “genuíno” de um conflito normal.

Na tabela 2, Cassito et al. (2004) tentaram estabelecer uma diferenciação do que seria um conflito saudável no ambiente de trabalho e o que se poderia considerar assédio moral.

Tabela 2 - Diferenciação de assédio moral e conflito no trabalho segundo Cassito, 2004

Diferenças entre conflitos saudáveis e situações de assédio moral	
Conflitos “saudáveis”	Situações de assédio moral
Regras e tarefas claras	Ambigüidades de regras
Relações colaborativas	Comportamento não cooperativo
Objetivos comuns e partilhados	Falta de direção dos objetivos
Relações interpessoais explícitas	Relações interpessoais ambíguas
Organização saudável	Defeitos organizacionais
Discordâncias ocasionais e confrontação	Ações não éticas sistemáticas e de longa duração
Estratégias abertas e francas	Estratégias equivocadas
Conflito aberto e discussão	Ações encobertas e negação de conflitos
Comunicação direta	Comunicação oblíqua e evasiva

Fonte: Adaptado de Cassito et al. – Sensibilizando sobre el acoso psicologico en el trabajo – serie Protección de la salud de los trabajadores n. 4, 2004.

Outros autores também tentaram estabelecer critérios para analisar situações de assédio moral, como por exemplo, Araujo (2006) que em sua dissertação sobre o Assédio Moral Organizacional, distingue cinco critérios para esta análise:

1. Critério Biológico

- Presença de sintoma de stress ou doença como reação à situação hostil a que foi submetida.

2. Critério Temporal

- Freqüência
- Periodicidade

3. Critério Teleológico

- Finalidade com objetivo de afastamento de vítima do local de trabalho

4. Critério Subjetivo

- Perfil psicológico do agressor
- Desequilíbrio de força entre trabalhador e empregador

5. Critério Material

- Deterioração proposital das condições de trabalho
- Isolamento e recusa de comunicação
- Atentado contra a dignidade
- Violência física, verbal ou sexual

Estes critérios poderiam ser esquematizados da seguinte forma (figura 1):

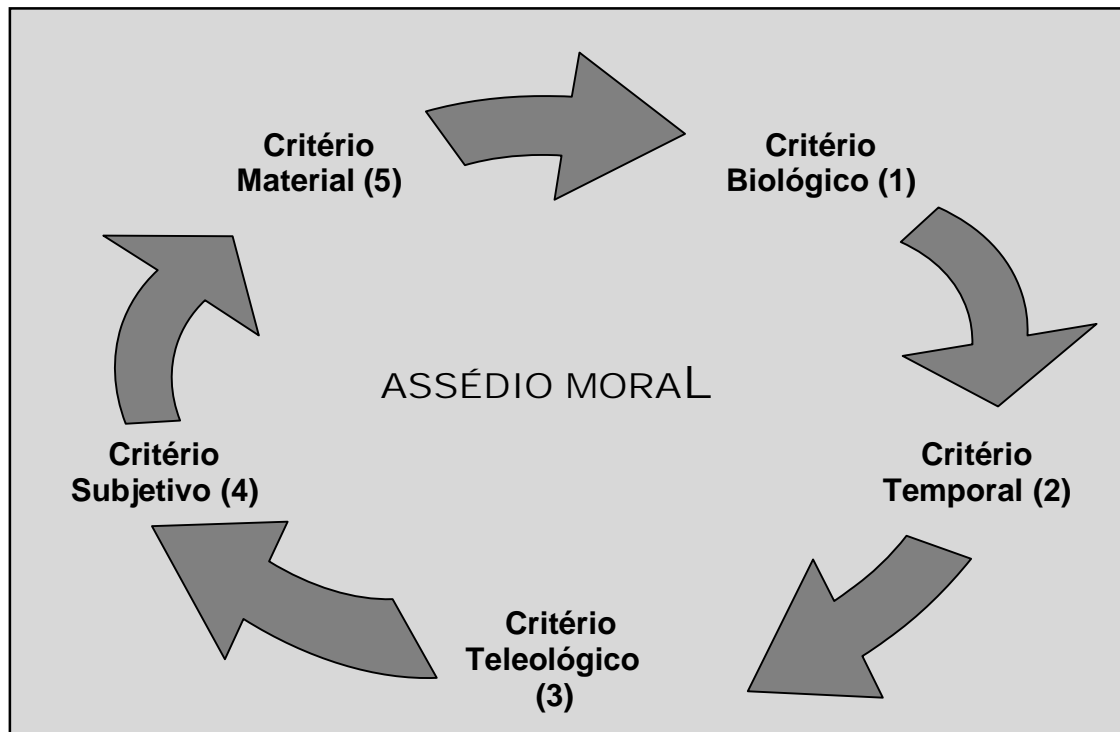


Figura 1 - Inter-relação dos critérios para análise de assédio moral no trabalho.

Fonte: Araujo (2006)

Em resumo, um ato isolado de humilhação não é assédio moral. Este pressupõe: repetição sistemática, intencionalidade (forçar o outro a abrir mão do emprego), direcionalidade (uma pessoa do grupo é escolhida como bode expiatório), temporalidade (durante a jornada, por dias e meses) e degradação deliberada das condições de trabalho.

Para Hirigoyen (2002), o ambiente organizacional apresenta diversas condições que geralmente são confundidas com assédio, o que faz com que seja necessário

distingui-lo dos demais, pois só assim medidas eficazes de combate/prevenção ao mesmo poderiam ser adotadas.

Para a mesma autora, o estresse profissional é um fator geralmente confundido com assédio. Apesar de no assédio existir uma fase de estresse, o que realmente o caracteriza é a má intenção de que o assediado é objeto, fato este inexistente no estresse. O conflito é outro fator normalmente confundido com o assédio. Entretanto o assédio existe exatamente porque nenhum conflito pode ser estabelecido. No conflito os pontos são expressos e um diálogo é aberto, no assédio tudo é velado, oculto e implícito.

2.1.2 O assédio moral no mundo

Segundo a ILO e a OMS se o final do século XX foi caracterizado por lesões por esforço repetitivo - LER, o início do século XXI será a do estresse, da depressão, do pânico, da tortura psicológica e outros danos psíquicos relacionados com as novas políticas de gestão na organização de trabalho e que estão vinculadas às políticas neoliberais (ILO, 2003).

Violência no trabalho é definida como incidentes em que o trabalhador sofre abuso, ameaça ou ataque em circunstâncias relacionadas ao seu trabalho, inclusive no trajeto de ida e volta ao mesmo, envolvendo ameaça explícita ou implícita, para sua segurança, bem-estar ou saúde (ILO; ICN; WHO; PSI, 2003).

Sabe-se que em todo o mundo cresce o número de trabalhadores vítimas de violência ou que testemunharam algum ato de agressão física ou verbal contra um colega de trabalho.

A violência no local de trabalho tem se apresentado como um fator crescente de acidentes e doenças ocupacionais transformando-a obrigatoriamente em um assunto de saúde pública e foco de atenção dos profissionais em saúde ocupacional.

Segundo a ILO os trabalhadores do setor de saúde seriam o grupo de alto risco para sofrerem violência no local de trabalho, pois quase 25% de toda violência no trabalho acontece neste setor (ILO, 2003).

Estudo comparativo, realizado por Di Martino (2002) entre os países como Brasil, Bulgária, Líbano, Portugal, África do Sul, Tailândia e Austrália demonstrou que a

violência no local de trabalho afeta igualmente países desenvolvidos e em desenvolvimento. E que a violência psicológica é tão mais freqüente que a violência física (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição de tipos de violência no local de trabalho no setor da saúde conforme Di Martino

País	Violência Física %	Abuso Verbal %	<i>Bullying/ Mobbing</i> %
Brasil	6,4	39,5	15,2
Bulgária	7,5	32,2	30,9
Líbano	5,8	40,9	22,1
África do Sul	-	60,1	20,6
Tailândia	10,5	47,7	10,7
Austrália	-	67,0	10,5

Fonte: Di Martino, Country cases studies, synthesis report, 2002.

Os resultados de uma pesquisa realizada ao nível da União Européia revelaram também que 9% dos trabalhadores europeus, ou seja, quase 12 milhões de pessoas disseram, em 2000, terem sido vítimas de assédio moral num período superior 12 meses (CASSITO, 2004).

Apesar da dificuldade na penalização do assédio, talvez devido sua subjetividade, muitos países tem tentado um ordenamento jurídico para criminalizá-lo.

Aguiar (2009) nos relata que na França, designado como *harcèlement moral*, o assédio moral está tutelado pela lei de modernização social, aprovada em 17 de janeiro de 2002, sendo a definição do assédio moral por tal legislação a seguinte:

“Nenhum trabalhador deve sofrer atos repetidos de assédio moral que tenham por objeto ou por efeito a degradação das condições de trabalho suscetível de lesar os direitos e a dignidade do trabalhador, de alterar a sua saúde física ou mental, ou de comprometer o seu futuro profissional. Nenhum trabalhador pode ser sancionado, despedido ou tornar-se objeto de medidas discriminatórias, diretas ou indiretas, em particular no modo de remuneração, de formação, de reclassificação, qualificação ou de classificação, de promoção profissional, de transferência ou renovação do contrato por ter sofrido ou rejeitado sofrer os comportamentos definidos no parágrafo precedente ou por haver testemunhado sobre tais comportamentos ou havê-los relatado.”

O mesmo autor também cita o exemplo de Portugal, que consagrou o novo Código do Trabalho através da Lei n.º 99/2003 de 27 de Agosto, onde após esse dispositivo, consolidou que constitui discriminação o assédio a candidato a emprego e ao trabalhador, entendendo-se por assédio todo o comportamento indesejado, praticado quando do acesso ao emprego ou no próprio emprego, trabalho ou formação profissional, com o objetivo ou o efeito de afetar a dignidade da pessoa ou criar um ambiente intimidativo, hostil, degradante, humilhante ou desestabilizador.

Na Itália, apesar de não haver tutela específica para o *mobbing*/ assédio moral, o Código Civil em seus artigos 2.087 e 2.103, faz referências à “personalidade moral” do trabalhador.

Na Inglaterra o principal instrumento de tutela jurídica é o *Protection from Harassment Act* de 1997, a qual é fundada sobre o princípio geral de que uma pessoa não pode ser exposta a uma conduta que possa resultar moléstia no confronto com outra pessoa.

Nos Estados Unidos da América, apesar de também não ter legislação específica, o que se tem utilizado é o Ato dos Direitos Civis de 1964 que proíbe qualquer tipo de discriminação no trabalho em função de cor de pele, raça, origem e sexo.

Neste mesmo país, em pesquisa realizada pelo Workplace Bullying Institute (EUA) em parceria com Zogbi Internacional (2007), ao entrevistar 7740 adultos em uma pesquisa on-line, acerca do fenômeno assédio moral, constatou que:

- 37% dos trabalhadores americanos, estimado em 54 milhões de pessoas, têm sofrido assédio moral no trabalho.
- 72% dos assediadores são chefes.
- 62% dos empregadores ignoram o problema
- Mulheres são o mais freqüente alvo do assédio moral (57% dos casos), principalmente por outras mulheres (71% dos casos)
- 45% dos trabalhadores sofrem problemas de saúde relacionados aos stress decorrente do assédio moral
- Somente 3% dos assediados buscam auxílio na justiça

2.1.3 O assédio moral no Brasil

No Brasil, a abordagem ao problema existe, mas ainda é pequena e acredita-se que relatos de casos de assédio moral no local de trabalho estejam muitíssimo abaixo da realidade, pois muitos trabalhadores não conseguem identificá-lo ou quando isto ocorre tem medo de denunciá-lo, pois provar o fato muitas vezes torna-se impossível.

Para se entender o contexto brasileiro para o assédio moral, é necessário conhecer a história da colonização onde índios e negros, no Brasil colônia, foram sistematicamente assediados, ou melhor, humilhados por colonizadores que, de certa forma, julgavam-se superiores e aproveitavam-se dessa suposta superioridade militar, cultural e econômica para impingir-lhes sua visão de mundo, sua religião, seus costumes. Considerando a atual sociedade brasileira nos moldes da escravocrata, pensa-se que a humilhação no trabalho ou o assédio moral, sempre existiu, historicamente falando, nas mais diferentes formas. Humilhação esta, embasada no próprio sistema macroeconômico, que, em seu processo disciplinar, favorece o aparecimento dessa forma de violência, em que o superior hierárquico detém certo poder sobre seu subordinado (HELOANI, 2005).

Somente a partir do ano de 2000, com a publicação da dissertação de mestrado da Dra. Margarida Barreto, médica do trabalho, pelo departamento de Psicologia Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), denominada “Uma Jornada de Humilhações”, foi que a importância sobre o tema começou a despertar estudiosos e pesquisadores. A pesquisadora definiu assédio moral no trabalho como:

“Revelado por atos e comportamentos agressivos, que visam a desqualificação, a desmoralização profissional, a desestabilização emocional e moral do(s) assediado(s), tornando o ambiente de trabalho desagradável, insuportável, hostil.” (MARGARIDA BARRETO, 2003)

No Brasil, o primeiro artigo acadêmico onde se buscou contextualizar esses fenômenos no universo organizacional data de 2001. Escrito por Freitas, buscou caracterizar essas práticas na cultura brasileira, havendo também a divulgação do livro de Hirigoyen (FREITAS; HELOANI e BARRETO, 2008).

Para a vítima de assédio moral é muito difícil fazer a prova do nexos etiológico entre o dano e a conduta do sujeito perverso, na medida em que o dano do terror

psicológico deriva de um conjunto de comportamentos de reduzida dimensão no espaço e no tempo, mas de gravidade inimaginável se apreciados sob a ótica da continuidade, de atos programados em série e por isso idôneo para caracterizar a conduta repetida de assédio moral.

Os trabalhadores, como cidadãos, estando mais cientes dos seus direitos, têm sido menos tolerantes com os danos que podem advir do trabalho, devendo-se entender que juridicamente, o ato ilícito é aquele praticado em ofensa à lei, à moral ou aos bons costumes, do qual pode resultar dano a outrem.

A prática do ato ilícito gera a seu autor a obrigação de reparar o dano causado. Cabe aqui definir que a responsabilidade civil, onde o enfermeiro pode ser indiciado, pode ser definida como o dever de reparar o dano causado a outrem, pela prática de um ato ilícito ou inobservância do complexo de normas que norteiam a vida cotidiana (QUEST, 1998).

No caso do assédio, o dano moral pode ser entendido como a lesão ocasionada à pessoa em si, a bens abstratos, inerentes à sua personalidade tais como imagem, honra, liberdade e nome. E assim, ao se reparar o dano moral, busca-se a reparação de uma dor sentimental experimentada pela pessoa lesada.

Em termos de legislação, o assédio moral surgiu no Brasil, pela primeira vez, no texto do Projeto de Lei nº 425/1999 apresentado à Câmara Municipal de São Paulo, que versava sobre a aplicação de penalidades à prática desse comportamento no âmbito da administração direta municipal. Porém o mesmo só foi convertido em lei municipal (Lei 13.288) em 2002. Durante todo este tempo outros municípios foram incorporando leis que pudessem combater a prática do assédio moral no âmbito da administração municipal, a exemplo de Cascavel – PR (Lei nº 3.243/01), Guarulhos – SP (Lei nº 358/01), Sidrolândia – MS (Lei nº 1.078/01), Jaboticabal - SP (Lei nº 2.982/01), São Paulo – SP (Lei nº 13.288/02), Natal – RN (Lei nº 189/02), Americana – SP (Lei nº 3.671/02), Campinas – SP (Lei nº 11.409/02) e São Gabriel do Oeste – MS (Lei nº 511/03). Apesar de existir alguma proteção legislativa municipal e estadual às vítimas de assédio moral, ainda que limitada aos servidores públicos, não se pode deixar de lamentar a ausência de legislação em vigor no âmbito federal que discipline este tema, sendo vários os projetos em trâmite perante o Congresso Nacional que abordam o tema do assédio moral, inclusive tipificando-o como crime, a exemplo dos Projetos de Lei nº 4.742/2001 e nº 5.971/2001. É de se registrar,

ainda, que a Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, datada de 1º maio de 1943, também não possui nenhum dispositivo em seu bojo que contemple de forma direta e específica o assédio moral no âmbito laboral, ficando o empregado, portanto, carente de proteção legal (AGUIAR, 2009).

O fato de se buscar uma legislação específica, conforme Freitas; Heloani e Barreto (2008), não seria o julgamento ou condenação de pessoas ou corporações, mas sim que os gestores e trabalhadores refletissem e respondessem efetivamente sobre os aspectos éticos de suas palavras, gestos e atos.

2.2 O meio ambiente hospitalar

Até o início do século XVIII, o hospital era tido como uma entidade de cunho religioso cuja principal finalidade tinha objetivos caritativos, de assistência espiritual e de salvação da alma, como afirma Foucault (1998):

“Antes do século XVIII, o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres (...). O pobre tem necessidade de assistência e, como doente, portador de doença e de possível contágio, é perigoso. Por essas razões, o hospital deve estar presente tanto para recolhê-lo, quanto para proteger os outros do perigo que ele encarna. O personagem ideal do hospital, até o século XVIII, não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo. É alguém que deve ser assistido material e espiritualmente, alguém a quem se deve dar os últimos cuidados o último sacramento. (...). Assegurava-se, portanto, a salvação da alma do pobre no momento da morte (...). Tinha função de transição entre a vida e a morte, de salvação espiritual mais do que material, aliada à função de separação dos indivíduos perigosos para a saúde geral da população”.

Como não havia o caráter de assistência à saúde, os hospitais não possuíam equipe de saúde. A medicina dos séculos XVII e XVIII era profundamente individualista e exercida fora dos hospitais. O pessoal hospitalar não era destinado a realizar cura do doente, mas a conseguir a sua própria salvação. Era um pessoal caritativo – religioso ou leigo – que estava no hospital para fazer obras de caridade para que lhe fosse assegurada a salvação eterna (FOUCAULT, 1998).

Após muitas experiências mal sucedidas, não apenas pela suspensão dos hospitais, mas também pelo exercício da medicina por pessoas sem título e sem a capacidade necessária para exercê-la, nasce, no século XIX, a clínica sob o olhar que não mais se contenta em constatar, mas que descobre e aprende. Reconhecendo que o princípio da desospitalização não é de validade universal e

vendo o grande contingente que necessitava de cuidados, mas especialmente pelo temor dos movimentos populares, era preciso encontrar os recursos necessários para a manutenção dos hospitais, que começam a ser vistos como instrumento de cura, reconhecidos como um instrumento terapêutico; e a sua organização é transferida para o médico, ficando designado como o principal responsável pelo seu funcionamento (FOUCAULT, 1998).

O hospital então se torna escola, porque ao mesmo tempo em que o doente é examinado, o médico aprende. Essas estruturas sofreram sucessivas reformas no seu ambiente físico e ao mesmo tempo incluíram o surgimento de novos regulamentos, disciplinando o seu funcionamento.

No século XX, até o início dos anos 50 o domicílio das pessoas era o local propício para a prática assistencial. Porém a partir desta época inicia-se um novo modelo centrado na assistência curativa com grande ênfase na hospitalização. Na década de 60 até o início dos anos 70, o campo hospitalar se expande e outros profissionais da saúde começam a ocupar os seus espaços, entre eles os enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas e vários técnicos e funcionários de apoio (SILVA, 2006).

No Brasil, as santas casas representaram as primeiras instituições que prestavam assistência e saúde. O caráter assistencial prestado era semelhante ao descrito por Foucault, para as instituições hospitalares da Idade Média. As administrações das santas casas eram feitas por provedores, leigos (homens de bem) ou religiosos, como atividade voluntária, ou seja, sem remuneração (SILVA, 2006).

Porém a função de diretor de hospital, até então exercida por religiosos ou médicos, passa a ser assumida com um caráter mais formal, sendo imposto o critério de competência profissional para dirigir esse tipo de estabelecimento. Surgem com isso cursos de formação específica para administradores hospitalares, observando-se uma notável diferença entre o hospital dirigido pelo indivíduo não capacitado e aquele dirigido por um profissional preparado especificamente para este fim (SILVA, 2006).

Este profissional especializado, na maioria das vezes administradores, com um perfil e competências próprias para gerir essa organização, abandonam o amadorismo e a improvisação praticados nas instituições. Estabelece-se então uma

administração baseada nos processos de engenharia, inspirados por Taylor e Fayol em organizações industriais. Passa-se a direcionar o trabalho por tempo e movimento, trabalho em série, com marcada especialização e hierarquização. O que, naquela época, contrariava o atendimento prestado, pois as ações que envolviam os seres humanos seriam difíceis de padronizar e produzir em série (JIMENÉZ, 2007).

Além disso, ao longo do século XX observou-se um crescimento do conhecimento médico e um grande progresso tecnológico, assim como uma mudança do perfil epidemiológico da população (aumento da expectativa de vida com aumento de doenças crônico-degenerativas). Isso trouxe um aumento de complexidade à organização hospitalar com novas especializações médicas, profissionalização da enfermagem e maior preocupação com a reabilitação (FARIAS, 2007).

Com esses novos recursos diagnósticos e terapêuticos aliados à multidisciplinaridade surgiu no ambiente hospitalar novos profissionais de saúde. Assim o hospital do final do século XX torna-se o melhor exemplo de organização complexa (FERREIRA e LIRA, 2000).

Hoje, o hospital moderno comporta-se como um centro de referência, onde fazem parte do esquema geral de assistência, a educação da comunidade (no que se refere à promoção e à prevenção da saúde) e a reabilitação como fatores essenciais. Porém face aos mecanismos globais, as instituições hospitalares passam a ser denominadas *organizações*.

Também se pode delinear um conceito para ambiente de trabalho em saúde: contexto físico, psicológico, social e relacional dos profissionais de saúde, no qual cada um destes seres humanos possui um papel específico e interage constantemente com outros seres humanos, que podem ser pessoas da mesma categoria profissional, membros da equipe multiprofissional, clientes ou familiares destes. Caracteriza-se pela convivência em um espaço comum e pelo compartilhar de objetivos: recuperação, tratamento, manutenção e restauração da saúde e do indivíduo que precisa deste tipo de atenção (OLINISKI e LACERDA, 2004).

Para Bernardes et al. (2007) tem existido um crescente processo de racionalização das práticas médico-hospitalares. A medicina se integra cada vez mais na atividade econômica global; portanto, suscetível de se constituir em alvo de

avaliação de custo-benefício. O hospital é pensado progressivamente como empresa e torna-se peça central do complexo médico-industrial.

Atualmente verifica-se que muitos administradores de instituições hospitalares para conseguirem sobreviver em um ambiente altamente competitivo e dinâmico, têm-se utilizado de novas abordagens administrativas na organização hospitalar.

Estas novas tendências em gestão reforçam a idéia da qualidade como instrumento-chave na busca da sobrevivência em um mercado competitivo (FELDMAN, 2008). E buscando acompanhar estas novas tendências, as organizações hospitalares iniciam a melhoria da qualidade do serviço e a satisfação do “cliente” via a melhoria da qualidade da assistência prestada e da humanização do atendimento (MUROFUSE, 2004).

Entendida como uma nova abordagem da administração, a Qualidade é marcada por princípios, idéias e crenças que buscam em última instância a satisfação dos clientes, dos trabalhadores (administração e funcionários), dos fornecedores e dos acionistas (BROCKA e BROCKA, 1994).

Quando uma empresa hospitalar decide por uma certificação, significa que provavelmente ela está preocupada com sua imagem perante o público a qual ela assiste. Isto nos levando a crer que existam processos para o desenvolvimento de lideranças para atingir as metas propostas bem como gerenciamento de riscos.

Entende-se por **Acreditação** como o resultado de um processo de avaliação e certificação a ser seguido pelos hospitais para melhorar continuamente os seus serviços, de modo a atingir padrões de qualidade predeterminados. Ao ser acreditado a responsabilidade dos hospitais é grande, pois além de manter o padrão, eles têm a tarefa de servir de exemplo de correto gerenciamento de seus serviços e de modelo para outras organizações de saúde, que querem ter como marcas a segurança, a qualidade e a ética (CAMPOS, 2006).

Neste sentido, a partir de 1999 no Brasil, através do Ministério da Saúde, foi constituída a Organização Nacional de Acreditação (ONA), que é uma organização não governamental caracterizada como: “pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos e de interesse coletivo”, com abrangência de atuação nacional, que tem por objetivo geral promover a implementação de um processo permanente de avaliação e de certificação da qualidade dos serviços de saúde, permitindo o aprimoramento contínuo da atenção, de forma a garantir a qualidade na assistência

aos cidadãos brasileiros, em todas as organizações prestadoras de serviços de saúde do país. Tem em seus princípios um caráter eminentemente educativo, voltado para a melhoria contínua, sem finalidade de fiscalização ou controle oficial (CAMPOS, 2006).

As características do trabalho nos setores onde vigoram estes novos conceitos de produção, com uso da tecnologia da informação e mudanças organizacionais, tem tornado questionáveis noções como qualificação para o posto de trabalho ou qualificação do emprego. Observa-se que a qualificação dos trabalhadores tem se constituído mais no "saber-ser" do que no "saber-fazer". Como relatam Ruthes e Cunha (2008) atualmente os gestores estão cada vez mais conscientes que um bom quadro de colaboradores faz a diferença, que um cuidado prestado com qualidade e precisão é reflexo de uma equipe bem selecionada, onde o colaborador se sente adequado à sua função e tem seu perfil valorizado, o que certamente reduziria o risco de práticas inadequadas.

Embora entendendo que, para obter qualidade não é suficiente exercer quaisquer atividades da melhor maneira possível, pois com a globalização, cresce a importância da produtividade, e exige-se muito mais das pessoas e das organizações (BALSANELLI e JERICÓ, 2005).

Porém o que se observa ainda hoje, apesar dos programas de qualidade, é que a estrutura organizacional dos hospitais segue organogramas clássicos, estruturas hierarquizadas verticais, fragmentação das responsabilidades, formalização das relações, pautando-se nas lógicas de autoridade legal, herdadas da concepção burocrática (MATOS e PIRES, 2006).

Sabe-se que a filosofia da gestão da qualidade baseia-se no desenvolvimento de uma cultura de melhoria contínua, orientada para a efetividade, eficiência e lucro nos processos que aportam valor agregado e oculto à organização e aos usuários dos serviços. E, ao se buscar pontos de melhoria destes processos, colocar-se-ia em andamento programas de gestão de riscos, cujo objetivo principal seria melhorar a qualidade da assistência, a segurança do paciente e a eliminação ou redução de custos desnecessários (FELDMAN, 2008).

Entende-se por **gestão de risco** como a aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na avaliação e controle de riscos e

eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional (FELDMAN, 2004).

Pode-se também conceituar **risco** como sendo condição, situação, procedimento, conduta ou evento incerto (adverso) que, se ocorrer, pode resultar em um efeito negativo para o ator e/ou organização, causando dano ao cliente, ao colaborador, ao ambiente e a organização (D'INNOCENZO, 2006).

O processo de gestão de riscos pode ser aplicado a qualquer situação que possa gerar conseqüência ou um resultado não mapeado ou não esperado, e é uma parte integrante de toda boa gestão. Neste sentido pode-se também acrescentar que **risco institucional** refere-se a situações decorrentes de conflitos e crises de relacionamentos entre pessoas, quer seja profissional/ paciente/ colaborador/ familiar/ usuário/ operadora de plano de saúde/ organização de saúde, em qualquer uma das ordens e ou formas de relação, e que geram danos por ações e processos contra a organização de saúde (FELDMAN, 2008).

Em relação aos trabalhadores, as organizações hospitalares empregam representantes de uma ampla variedade de profissões com perigos específicos associados as suas atividades. Isto gera uma gama diversa e complexa de condutas, procedimentos, comportamentos, vaidades, intenções e diferentes níveis de competências: fatores que muitas vezes impedem o desenrolar fácil da gestão de riscos e outros programas de qualidade (FELDMAN, 2008).

Para Costa (2008), o empregador tem a responsabilidade de capacitar os trabalhadores em relação aos riscos, às medidas de prevenção e àquelas a serem adotadas em casos de acidentes ou incidentes, e o empregado tem o direito de ser capacitado, além de que os serviços de saúde devem atender ao dispositivo na NR-17, visando proporcionar conforto, segurança e desempenho eficiente do trabalhador. O mesmo autor também sugere que o plano de gerenciamento de risco, relacionado a conflitos no relacionamento pessoal, deve ser elaborado e implementado em conjunto com o serviço de segurança hospitalar.

Atualmente, o assédio moral não está contemplado nas normas regulamentadoras da Consolidação das Leis Trabalhistas, sendo de grande preocupação dos profissionais da área de saúde do trabalhador, em especial, no campo das perícias médico-legais. A prevenção se faz necessária para que se atue

precocemente no âmbito do trabalho evitando-se, assim, as conseqüências trabalhistas que do assédio pode gerar.

2.3 O assédio moral e a Enfermagem

No Brasil os trabalhos relacionando assédio moral no trabalho e enfermagem são incipientes.

Frente a toda conceituação até aqui demonstrada, parece que a profissão de enfermagem constitui um potencial risco para o aparecimento de assédio moral no trabalho, uma vez que os enfermeiros trabalham em equipes multidisciplinares, sob stress constante, não só por causa dos doentes como também pela relação com a equipe (relações interpessoais, gestão de conflitos). E que a precariedade dos recursos humanos e/ou materiais, a rotina, o trabalho por turnos, o ritmo de trabalho, a pouca autonomia, entre outros poderiam ser alguns dos fatores desencadeantes (CARVALHO, 2007).

2.3.1 Estrutura e Organização do Trabalho na Enfermagem

Para compreender o Processo de Trabalho da Enfermagem na atualidade é necessário rever sua história. A Enfermagem passou a ser vista como profissão a partir do século XIX, quando Florence Nightingale foi atuar junto aos soldados feridos na Guerra da Criméia. Ao organizar e institucionalizar a Enfermagem pautou-se em uma disciplina rígida, burocratizando as ações, implantando normas e regimes a serem seguidos, sistematizando as atividades e criando registros burocráticos. Com isso ela buscou racionalizar a prática, através de um trabalho calcado em bases científicas.

Legitimou uma hierarquia institucional preparando enfermeiras para ocuparem posições de chefia em enfermarias e superintendência, bem como treinando aprendizes para o cuidado propriamente dito.

A necessidade de existir um gerente ocorreu quando houve as primeiras formações de grupos de pessoas com o intuito de realizar atividades pré-determinadas, percebendo a falta de um individuo que assegurasse o cumprimento

das tarefas e detectasse falhas existentes. Naquela época o gerente destinava-se à fiscalização, visando somente aumento de produtividade do trabalho.

Para Matos (2002), a organização do trabalho da enfermagem é um processo que envolve os trabalhadores de enfermagem nas suas relações internas e nas relações com os usuários, portanto uma relação entre sujeitos sociais. Envolve, também, as relações com os demais profissionais de saúde e diversos grupos de trabalhadores que atuam na instituição hospitalar; os constrangimentos e facilidades colocados pela estrutura institucional, as relações hierárquicas; o conhecimento e a tecnologia disponível em saúde e na enfermagem; as condições de trabalho; a divisão do trabalho; o modelo de gestão adotado pela instituição e pela enfermagem e as relações estabelecidas com as demais instituições que fazem parte do sistema de saúde.

Conforme Pires (1998), o trabalho de enfermagem é constituído por atividades relativas ao cuidado e administração do espaço assistencial, organizado sob a égide da divisão parcelar ou pormenorizada do trabalho. Desde sua organização, a profissão “é predominantemente subordinada e assalariada”. Organiza-se dentro do sistema capitalista de produção.

Nas instituições de saúde, a estruturação rigidamente hierarquizada estabelece a subordinação integral de um indivíduo a outro, e de um serviço a outro, e a enfermagem reproduz na sua estrutura o modelo maior (KURCGANT, 1991).

Para Spagnol e Fernandes (2004), o Serviço de Enfermagem pode ter várias denominações (Diretoria de Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Divisão de Enfermagem, Coordenação de Enfermagem, Chefia de Enfermagem, etc.), dependendo da instituição hospitalar em que está localizado, sendo este serviço o órgão centralizador das questões relativas à profissão, ligadas diretamente à assistência prestada aos clientes e às condições de trabalho da equipe. A estrutura hierárquica do Serviço de Enfermagem nos hospitais, basicamente é composta pelos seguintes profissionais: chefe do serviço, assistente da chefia, supervisoras, enfermeiras chefe de unidades, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem e secretárias, podendo ter algumas variações de cargos, dependendo da instituição.

Segundo Cecílio (1999), a enfermagem constitui um corpo profissional muito fechado, com elevado grau de autonomia em relação à direção. Gerencia o dia-a-dia das unidades assistenciais e possui, internamente, uma linha de mando vertical

formalizada e legitimada, nos moldes taylorista-fordista. Nesta estrutura as enfermeiras têm grande poder sobre os técnicos e auxiliares de enfermagem.

Para Valadares e Viana (2005), tem-se que todas as categorias funcionais na enfermagem estão subordinadas à enfermeira como profissional de qualificação superior. Nesse caminho a enfermeira busca, através do manuseio e domínio de técnicas cada vez mais complexas e revestidas de um caráter científico, o controle das demais categorias que executam o cuidado ao cliente. Isso é muito bem exemplificado considerando a Lei do Exercício Profissional nº 7.498/86, sobre o exercício de enfermagem no país, que procura distinguir e hierarquizar profissões e ocupações dentro da enfermagem.

A enfermeira gerencia o trabalho da equipe com muitas características das abordagens taylorista, fayolista e burocrática. Volta-se para o cumprimento de normas rotinas e tarefas, reproduzindo aquilo que outros profissionais e a instituição esperam, deixando, muitas vezes, de priorizar as necessidades do doente e gerando descontentamento e desmotivação nos trabalhadores de enfermagem. O poder de decisão é centralizado no enfermeiro/a, enfatiza-se a disciplina desconsiderando as pessoas e as relações interpessoais (COLLET; GOMES e MISHIMA, 1994).

Desta forma observa-se uma rigidez crescente no estabelecimento de normas e rotinas institucionais, que caminham para uma rede de regulamentação burocrática, pautada na especialização dos indivíduos, e cuja característica principal é uma forte impessoalidade nas relações e pouquíssima flexibilidade (BELLATO; PASTI e TAKEDA, 1997).

2.3.2 O Conflito na Enfermagem

Para Hirigoyen (2007) o assédio é sempre resultante de um conflito. Para tanto, faz-se necessário a conjunção de vários fatores como: desumanização das relações de trabalho, onipotência da empresa, tolerância ou cumplicidade para com o indivíduo perverso, e que conflitos surgem mais facilmente em grupos que trabalham sob pressão.

A mesma autora também ressalta que é extremamente importante a distinção entre o assédio moral no ambiente de trabalho e o conflito. Em um conflito as recriminações são faladas (a guerra é aberta, de alguma maneira). Ao contrário, por

trás de todo procedimento de assédio existe o não falado e o escondido. No conflito, teoricamente, cada um dos protagonistas pode defender sua posição. O que caracteriza um conflito é a escalada simétrica, ou seja, uma igualdade teórica entre os protagonistas. Já no assédio moral no ambiente de trabalho não se observa uma relação simétrica, mas uma relação dominante/dominado, na qual aquele que comanda o jogo procura submeter o outro até fazê-lo perder a identidade. Quando isto se passa no âmbito de uma relação de subordinação, transforma-se em um abuso de poder hierárquico, e a autoridade legítima sobre um subordinado se torna a dominação da pessoa.

Pode-se entender que o conflito é necessário, inevitável nas sociedades visto que o consenso nunca é total, nem fechado, nem muito menos permanente.

Entretanto Zaluar e Leal (2001) chamam a atenção para a diferenciação entre conflito e violência: não há violência no conflito quando há negociação, na qual há manifestação da autonomia do sujeito e do respeito.

Para Lima (2008) o conflito é um sentimento que faz parte da vivência de cada ser humano em constante relação com os outros e com o ambiente, cujas repercussões ameaçam o seu equilíbrio. Os conflitos, enquanto geradores de desequilíbrio na equipe de saúde, podem gerar um grande “mal-estar”, com todas as conseqüências, que daí advém na prestação de cuidados.

A referência à sociedade democrática revela o papel fundamental do diálogo, do respeito às pessoas, da negociação como forma de resolver os conflitos que ocorrem no âmbito das relações de trabalho (XAVIER et al., 2008).

Assim sendo, o enfermeiro como membro da equipe multidisciplinar tem de ter capacidade de gerir conflitos, ou seja, tem que esclarecer a razão que levou ao conflito, para que possa escolher a melhor estratégia para resolvê-los/evitar.

2.4 A Bioética

A Bioética tem se apresentado como o estudo dos fundamentos e conseqüências morais, sobre o avanço tecnológico e suas intervenções na vida natural e social do homem.

Foi com Van Rensselaer Potter, que na década de 70, ao lançar seu livro *“Bioethics, Bridge to the Future”*, propôs a constituição de uma nova sabedoria que articulasse as preocupações com a sobrevivência humana e com a melhoria da qualidade de vida. Já nesta época, a bioética se defrontava com dilemas éticos advindos do grande desenvolvimento da medicina.

Inicialmente as questões abordavam problemas relacionados com valores das diversas profissões da área de saúde, porém com o passar dos anos, diversos temas sociais foram sendo incorporados, como os relacionados com saúde pública, alocação de recursos em saúde, saúde da mulher, ecologia entre outros.

O termo bioética normalmente entendido por ética da vida, da saúde e do meio ambiente refere-se a costumes, conduta humana no sentido de envolver a vida em geral desde o ser humano até o ecossistema do qual fazem parte.

É uma ética aplicada à proteção da vida, não só humana, mas também a todos os seres vivos e ao planeta. Com seus princípios, com sua visão interdisciplinar, seu respeito a todas as formas de vida e à dignidade do ser humano, seu compromisso com a proteção dos mais vulneráveis, a busca do diálogo e do consenso, a solidariedade, a tolerância às diferenças fazem esta disciplina se tornar cada vez mais importante em todos os ramos do conhecimento (BRAZ; RAGGIO e JUNGES, 2007).

Em 1979, Tom L. Beauchamp e James F. Childress publicam um livro chamado *“Principles of Biomedical Ethics”*, em que expõem uma teoria, que passou a se constituir na Bioética Principlialista. Fundamentada em quatro princípios básicos: respeito pelas pessoas (autonomia), beneficência (ponderação entre riscos e benefícios), não-maleficência (não fazer o mal) e a justiça. Quando o respeito pelas pessoas seria entendido como a capacidade dos indivíduos decidirem, tomarem decisões sobre sua própria vida e saúde. A beneficência seria fazer ou promover o bem, decorrendo dos deveres de prevenir o mal/ dano, eliminar o mal/dano, proteger e defender o direito dos outros, mitigar condições que possam causar danos aos outros. Em que para seguir o princípio da não-maleficência bastaria que os indivíduos se abstivessem de alguma ação potencialmente maléfica, prejudicial ou danosa às pessoas. E a justiça seria a distribuição dos bens e recursos, de maneira justa, equitativa, apropriada e determinada por normas justificadas (ZOBOLI, 2006).

Durante muito tempo estes quatro princípios serviram como referenciais de análise na orientação para a tomada de decisão frente aos problemas éticos que surgiam na prática clínica e pesquisa (KIPPER; OSELKA e AYER, 2007). Entretanto esta forma de análise hoje não pode mais ser considerada única.

Para Pessini (2008) a experiência ética também pode ser expressa através de diferentes linguagens, paradigmas ou modelos teóricos, tais como o das virtudes e excelência, o casuístico, o contratual, o liberal autonomista, o do cuidado, o antropológico humanista, o de libertação entre outros.

Hossne (2006) nos diz que ao invés de utilizar a teoria dos princípios nas reflexões bioéticas poder-se-ia utilizar a teoria dos referenciais, que se mostraria mais ampla. Enquanto que na teoria principialista proposta por Beauchamp e Childress, esta é representada pela figura de um quadrado, sendo cada lado um princípio, com a imagem de “fechamento”, a idéia (ou teoria) dos referenciais poderia ter a representação de um círculo, mas um círculo aberto e dentro dele estariam os pontos de referência, dentre eles a não-maleficência, a autonomia, a justiça, a dignidade, solidariedade, fraternidade, confidencialidade, privacidade, vulnerabilidade, responsabilidade, sobrevivência, qualidade de vida e entre outros.

Para Pegoraro (2008), as teorias bioéticas trabalhariam com uma ou outra das seguintes definições: a bioética dita “secular” firmando-se no valor moral da pessoa; a bioética “confessional”, no valor metafísico e teológico; a “bioética principialista”, na autonomia; a definição política na liberdade; e a “bioética existencial”, na autoconstrução progressiva da personalidade.

Ao pretender clarificar as soluções, a bioética nos auxiliaria a analisar criticamente as circunstâncias concretas, servindo como guia para decisões e ações a serem executadas cotidianamente, não significando apenas uma moral do bem ou do mal, ou um saber acadêmico a ser transmitido e aplicado na realidade concreta. Pela amplitude do objeto com o qual ocupa seu verdadeiro fundamento somente poderá ser alcançado através de uma ação multidisciplinar que inclua, além das ciências médicas e biológicas, também as filosofias, o direito, a antropologia, a ciência política, a teologia, a economia.

Atualmente, no Brasil, vêem-se várias tendências e linhas de pensamento na questão bioética, porém em todas se podem ver algumas características comuns

como: defesa do vulnerável, exercício do diálogo e defesa da dignidade da pessoa humana (SIQUEIRA; PORTO e FORTES, 2007).

Com a evolução dos estudos em Bioética, tem-se proposto um repensar e um fazer ético diferente, focado na melhoria dos indicadores sociais e, portanto na melhoria da qualidade de vida. Como aqueles que se relacionam, por exemplo, com a justiça, com a equidade e alocação de recursos na área da saúde (PESSINI, 2008).

Também o que se tem observado é que a bioética vem tratando de dilemas que surgem frente aos novos direitos relativos à vida e sua gestão, já que não são direitos individuais, nem sociais, mas sim globais. Trata-se dos direitos da vida em geral e, conseqüentemente, dos ecossistemas, da vida humana atual em sua totalidade e das futuras gerações (PESSINI, 2008).

Para Braz (2004) a abordagem pela bioética, em relação à violência, se justifica porque ela diminui a qualidade de vida, faz adoecer e provoca mortes. Rivas apud Braz (2004) refere que a violência sendo uma forma de relação entre os humanos com a intenção de causar dano (maleficência), sem levar em conta a autonomia do outro, é um campo que comporta a bioética.

Para Gomes (2004) a violência repercute sobre a saúde do ser humano tanto em ações coletivas, agravos ditos de massa ou mediante impacto direto sobre a integridade do indivíduo, nos planos psicológico ou físico.

A violência e seu impacto sobre a vida das pessoas tornam imperativa a formulação de políticas públicas que busquem prevenir e/ou controlar este fenômeno, e, que não podem estar desvinculadas da bioética, pois pressupõe a existência de desrespeito à dignidade humana, as iniquidades, fruto das desigualdades sociais, do descompromisso dos Estados neoliberais com a crescente marginalização de pessoas e o compromisso com a globalização (BRAZ, 2004).

Verifica-se também que a condição humana tem sido marcada por um extenso grau de fragilidade devido às características temporal e finita de toda a vida humana. Só se pode aprender a viver em segurança quando se reconhece a própria vulnerabilidade e a vulnerabilidade do outro, protegendo-as e sabendo conviver com elas. Dentro dessa concepção, o respeito pela dignidade da pessoa humana

significa, acima de tudo, a promoção da sua capacidade de pensar, decidir e agir (NUNES, 2006).

2.4.1 Bioética e Dignidade Humana

O uso do conceito de dignidade humana é suficientemente conhecido na literatura, sendo que em Kant estaria ligado ao conceito de consciência ética e de responsabilidade pessoal. Evocando sentimentos de respeito à pessoa humana, se torna particular referência para quem cultiva perspectivas humanitárias (ANJOS, 2005).

O termo dignidade humana resulta em um conceito que reúne tanto algo que faz parte da essência do ser humano como algo que precisou de séculos de vida e de história para ser conquistado (SILVA Jr.; HOSSNE e SILVA, 2008).

Reconhecida como núcleo axiológico dos direitos humanos, vem sendo incorporada em documentos internacionais de bioética e compreendida por bioeticistas provenientes de diferentes vertentes como sendo seu princípio matriz (OLIVEIRA, 2007).

Na atualidade a Bioética e os Direitos Humanos surgem como forma de assegurar determinados valores e de proteger a pessoa humana, reconhecendo-lhe uma dignidade inerente. Aqui se entendendo que os direitos humanos são um conjunto de direitos, garantias, faculdades sem os quais a dignidade da pessoa humana estaria ameaçada. Seriam também direitos mínimos à afirmação da pessoa para a concretização do ideal de igualdade.

Para Rondelli (2008), os Direitos Humanos seriam a esperança na reconstrução da dignidade humana da sociedade atual e dos trabalhadores. Os mecanismos do Direito Internacional, mediante ações positivas para proteção dos direitos humanos pelos tratados e convenções internacionais, auxiliariam no alerta e conscientização da sociedade e das necessárias mudanças de conceitos e atitudes.

Oliveira (2007) diz que Adorno aponta dois sentidos para a noção de dignidade: dignidade ontológica e dignidade ética. A dignidade ontológica é uma qualidade intrínseca da pessoa humana, ou seja, é propriedade das pessoas, capaz de distingui-las dos outros seres e de lhes determinar a essência. É o valor que se revela em toda pessoa apenas pelo fato de existir, o que significa que a dignidade é

incomensurável e estática. As pessoas humanas não perdem ou ganham dignidade, assim como não há como medi-la ou graduá-la. Já a dignidade ética, não tem como referência o ser da pessoa, mas sim seu atuar. Essa dignidade é aferível pela análise do comportamento humano, quando dirigido àquilo que se entende como bem, estando relacionada ao reconhecimento de que alguém agiu dignamente. Portanto, a dignidade ética é relacional, pois se caracteriza pelo envolvimento de relações sociais e, ao mesmo tempo, sua avaliação depende da interação comportamental. A dignidade ética, então, não tem como foco a pessoa humana, mas sim a ação humana, o agir e os qualificativos positivos que possam lhe ser atribuídos.

Ao se avaliar e estudar o conceito de assédio moral entende-se que o campo da bioética é o indicado como aquele que propiciará um referencial teórico, que abarca esta ação como um ato antiético cometida nesta prática. Além do desenvolvimento de uma ação que fere a dignidade humana, o assédio moral necessita não só ser compreendido em seu escopo teórico, mas também na prática do cotidiano da qual a bioética serve como eixo norteador nas reflexões e nas possíveis modificações do comportamento humano.

3.

Objetivos

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

1. Fazer uma leitura do assédio moral em ambiente hospitalar, à luz da bioética, segundo percepções do enfermeiro gestor.

3.2 Específicos

1. Verificar o conhecimento do enfermeiro gestor sobre assédio moral no ambiente hospitalar.
2. Identificar na gestão de enfermagem desafios para a prática de procedimentos (bio) éticos relacionados ao assédio moral no trabalho.

4.

Trajectoria Metodológica

4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

4.1 A escolha do método de pesquisa

Trata-se de um estudo exploratório descritivo, com abordagem quanti-qualitativa, pois para esta pesquisa acredita-se na complementaridade das duas abordagens.

A investigação quantitativa atua em níveis de realidade e tem como objetivo trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis. A investigação qualitativa, ao contrário, trabalha com valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões (Minayo e Sanches, 1993).

A pesquisa qualitativa para Minayo (2006) é a que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam.

A pesquisa qualitativa também permite a reflexão crítica de determinadas situações, a proposição de modificações comportamentais e atitudinais entre os envolvidos e conseqüentemente mudanças no modo de produzir e fazer ciência.

Os métodos qualitativos caracterizam-se principalmente por sua flexibilidade. Sua utilização pelos pesquisadores requer, no entanto, capacidade para elaborar seus instrumentos com vistas a alcançar os objetivos pretendidos. A ênfase em relação a este aspecto é necessária para garantir que estes tenham validade (GIL et al., 2002).

A enfermagem, por lidar com questões existenciais dos seres humanos que cotidianamente cuida, tem na fenomenologia uma importante contribuição para o seu pensar e o seu fazer, pois para compreender a realidade do dia-a-dia no qual se está imerso é preciso que se saiba mergulhar na subjetividade e sua essência, sem esquecer a objetividade que o permeia (TERRA et al., 2006).

Segundo Mucchielli *apud* Holanda (2006): os métodos qualitativos são métodos das ciências humanas que pesquisam, explicitam, analisam fenômenos (visíveis ou ocultos). Esses fenômenos, por essência, não são passíveis de serem medidos (uma crença, uma representação, um estilo pessoal de relação com o outro, uma estratégia face um problema, um procedimento de decisão...), eles possuem as

características específicas dos “fatos humanos”. O estudo desses fatos humanos se realiza com as técnicas de pesquisa e análise que, escapando a toda codificação e programação sistemáticas, repousam essencialmente sobre a presença humana e a capacidade de empatia, de uma parte, e sobre a inteligência indutiva e generalizante, de outra parte.

Para Ferreira (2000) algumas regras devem ser respeitadas durante a análise da pesquisa qualitativa como: exaustividade, representatividade, homogeneidade, pertinência e exclusividade.

4.2 A escolha do local de estudo

4.2.1 Escolhendo hospitais certificados pela ONA:

Supõe-se que os processos de mudança ocorridos durante a certificação possam ser fatores desencadeantes de conflitos entre o enfermeiro e sua equipe.

E que talvez nesta reestruturação o enfermeiro muitas vezes não está preparado para agir sobre pressão, onde o trabalhador de enfermagem tem que produzir cada vez mais e melhor, muitas vezes sem a preocupação em garantir uma estruturação e organização do trabalho suficiente e necessária para que seja viável e produtivo o processo.

Para Feldman e Simonatto (2008) por meio da Acreditação, a instituição de saúde teria a possibilidade de realizar um diagnóstico objetivo acerca do desempenho de seus processos, incluindo as atividades de cuidado direto ao paciente, atividades de apoio e aquelas de natureza administrativa. Cujas vantagens seriam: segurança para os pacientes e profissionais, qualidade da assistência, construção de equipe envolvida e participativa, útil instrumento de gerenciamento, processo sistemático e sistêmico de ações, critérios e objetivos concretos e adaptados à realidade brasileira e caminho para a melhoria contínua.

Para avaliar a qualidade assistencial são utilizados instrumentos específicos, que são compostos de seções e subseções, existindo padrões interdependentes, que devem ser integralmente atendidos. Os padrões são definidos em três níveis de complexidade crescente e com princípios orientadores específicos.

O princípio orientador do nível 1 (acreditação) é a segurança, do nível 2 (acreditação plena) é a segurança e organização e do nível 3 (acreditação por excelência) a segurança, organização e práticas de gestão e qualidade (CAMPOS, 2006).

O nível de excelência caracteriza-se por possuir políticas institucionais que demonstrem uma efetiva melhoria contínua em termos de: estrutura, novas tecnologias, atualização técnica- profissional, ações assistenciais e procedimentos médico- sanitários. Evidências objetivas de utilização da tecnologia da informação, disseminação global e sistêmica de rotinas padronizadas e avaliadas com foco na busca da excelência (FELDMAN e SIMONATTO, 2008).

Verificou-se que até junho de 2008, na cidade de São Paulo, eram acreditados pela ONA, com certificação nível três (excelência), seis hospitais, seleção esta extraída de uma listagem no site da mesma.

4.2.2 O local da pesquisa

Para este estudo levou-se em conta o porte do hospital (devido à complexidade da estrutura organizacional) e o tipo de clientela que ele atende.

Portanto como critério de inclusão para esta investigação optou-se por hospitais da cidade São Paulo, que passaram pelo processo de acreditação pela ONA, certificadas nos níveis por excelência, que não tinham especificidade de atendimento e com número de leitos maior que duzentos. Dentro destes critérios foram selecionados quatro hospitais.

O contato com os hospitais foi precedido por contato telefônico com as diretorias assistenciais (em 3 hospitais) e comissão de ética em pesquisa (em 1 hospital) para verificar o interesse em participar da pesquisa. Somente dois hospitais aceitaram o estudo. Após a anuência, foi encaminhado uma cópia do projeto para análise da comissão de ética em pesquisa dos hospitais, aqui então denominados hospital 1 e 2.

4.3 A população

Foram entrevistados vinte e cinco enfermeiros de instituições hospitalares, que estavam em cargos de liderança/chefia, como encarregadas de setores de internação ou supervisores de unidades hospitalares, nomeados pela gerência/diretoria/superintendência de enfermagem. A escolha por este profissional se deve ao fato que ao assumir o papel de gerente do processo administrativo e associando a este as funções de delegar atividades, supervisionar e orientar os elementos da equipe que lhe são subordinados hierarquicamente e tendo que avaliar não só a qualidade da assistência, bem como o desempenho específico do papel de cada um dos funcionários, propondo correções para os desvios encontrados, estas ações podem em determinados momentos ser motivo de conflito na equipe de trabalho. Os critérios de inclusão para este estudo foram: exercer o cargo de liderança há pelo menos dois anos na instituição estudada e que tivessem colaboradores de enfermagem sob sua coordenação.

4.4 Os instrumentos

Os instrumentos escolhidos para se conhecer a opinião dos enfermeiros foram: um questionário com perguntas de múltipla escolha para se verificar o grau de entendimento do tema e uma entrevista semi-estruturada para se verificar atitudes e condutas em decorrência do assédio, permitindo aos entrevistados expressarem suas opiniões de forma livre e espontânea.

Os questionários e entrevistas foram enumerados e identificados com siglas. Onde a letra **H** referia-se a hospital e a letra **E** referia-se a enfermeiro.

No Brasil não existe nenhum roteiro validado que abarque questões envolvendo assédio moral e gestão em enfermagem. Em decorrência deste fato, as questões foram elaboradas pelo pesquisador conjuntamente com o orientador e co-orientador da pesquisa. O questionário (apêndice 2) teve sete questões para identificação de dados (pessoais/ profissionais como: idade, sexo, tempo de profissão, tempo em cargo gerencial, quantos subordinados tinham sob sua coordenação) e treze questões abarcando dados conceituais de assédio moral. O roteiro norteador para a

entrevista (apêndice 3) teve sete questões sobre a experiência vivida quanto ao tema e o comportamento frente ao problema.

4.5 O procedimento

Após a aceitação da pesquisa pelo hospital, entrou-se em contato com a diretora/superintendente de enfermagem que forneceu uma lista com os nomes dos enfermeiros (a)s gerentes/ chefes/ supervisores daquela instituição, informando o local de trabalho e o telefone para contato.

Foi realizado contato telefônico com cada enfermeiro, informando da pesquisa e dos objetivos e se aceitaria participar do estudo. Após o aceite, foi agendando horário e local para a entrevista. A coleta de dados foi realizada pela própria pesquisadora, para tanto se fez necessário o uso de gravador bem como questionário impresso, tendo duração de aproximadamente 30 minutos. O local da realização da entrevista foi de livre escolha do sujeito da pesquisa, na própria instituição, onde a (o) enfermeira (o) pudesse se sentir mais cômoda (o). O período de coleta de dados deu-se de nov/2008 a jan/2009.

O número de entrevistas foi de acordo com o critério de saturação das respostas, pois apesar de a pesquisa também ter uma análise quantitativa, os critérios da metodologia qualitativa foram mais relevantes para esta investigação. Para Polit et al. (2004) o tamanho da amostra deve ser determinado a partir da necessidade de informações. Assim para estes autores um princípio norteador é a saturação dos dados, onde a coleta deve ir até o ponto em que não é obtida nenhuma informação nova e é atingida a redundância. Normalmente é atingida a redundância com um número relativamente pequeno de casos, se a informação de cada um tiver a profundidade suficiente.

4.6 Os aspectos éticos

A fim de obter as informações necessárias para a concretização deste estudo, uma cópia do projeto foi encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) das instituições pesquisadas. A pesquisa seguiu os rigores da resolução CNS 196/96, em que o projeto bem como o termo de consentimento livre e esclarecido e o roteiro

da entrevista devem ser avaliados por CEP. Após a aprovação da pesquisa pelas duas instituições, e, antes de iniciar as entrevistas, apresentou-se a cada enfermeira (o) o termo de consentimento livre e esclarecido (apêndice 1). Após a leitura do mesmo, este foi assinado pela (o) participante e pela pesquisadora, em duas vias, para que cada um ficasse com uma cópia. A pesquisadora esclareceu sobre todas as dúvidas com relação ao estudo. Ratificando que os dados obtidos em nenhum momento seriam identificados com nome do participante bem como da instituição em que trabalha e que não deveriam existir desconfortos ou riscos pessoais em decorrência de sua participação, assim como ônus ou retorno financeiro advindo de sua colaboração ficando o mesmo livre para interromper a entrevista a qualquer momento.

4.7 A análise dos dados

Tendo em vista que o resultado do questionário e das entrevistas realizados possibilitou o agrupamento de dados quantitativos e qualitativos, a análise considerou estas duas perspectivas de modo a demonstrar sua complementaridade.

Os resultados foram agrupados em três módulos:

- 1 - Caracterização da amostra com identificação social dos sujeitos.
- 2 - Apresentação dos dados quantitativos levantados no questionário. Estes foram analisados em números absolutos, com o propósito de contextualizar como os enfermeiros entendiam o assédio moral no trabalho, sendo que neste levantamento alguns dados sofreram uma análise estatística mais criteriosa.
- 3 - Apresentação da análise das entrevistas, segundo a metodologia qualitativa.

As entrevistas foram analisadas de acordo com a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (1977), descrita como “*um conjunto de técnicas de análise das comunicações*”. Para a autora a análise se organiza em três pólos: a pré-análise, a exploração do material e a análise do material. Inicialmente, fez-se a leitura flutuante das entrevistas e, posteriormente, estabeleceu-se a operação de recorte do texto em unidades comparáveis de categorização para a análise temática e codificação dos registros, a fim de identificar os temas emergentes da comunicação. No segundo, a

exploração do material incidiu-se essencialmente em operações de codificação dos recortes efetuados. No terceiro, os materiais foram analisados de acordo com sua qualidade e a frequência ou ausência de certos elementos da comunicação. Para realizar as inferências, as categorias foram confrontadas com achados de outras investigações sobre o tema.

O conteúdo das entrevistas foi transcrito utilizando-se a linguagem própria da (o)s entrevistada (o)s. Procurou-se descrever a percepção dos profissionais quanto às experiências vividas em relação assédio moral no trabalho, bem como atitudes para tratar e prevenir tanto em nível da microesfera quanto macroesfera e identificar quais seriam os desafios para o enfermeiro gestor ao lidar com o tema. Durante todo o processo teve-se o cuidado na construção das categorias e subcategorias que os elementos fossem alocados em uma única categoria respeitando-se assim a exclusividade do elemento.

5.

Resultado

5 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados conforme os achados no questionário e na análise das entrevistas.

5.1 Caracterização da amostra

Dos quatro hospitais convidados a participar da pesquisa somente dois a aceitaram. A justificativa da recusa de um foi que o tema não era de interesse para a instituição e a de outro foi de que estava em reestruturação do serviço de enfermagem.

A amostra populacional foi constituída de 25 enfermeiros gestores, sendo vinte e dois (88%) do sexo feminino e três (12%) do sexo masculino, que se distribuíam em relação à faixa etária da seguinte maneira: somente um (4%) entre 25 a 30 anos, dois (8%) entre 31 a 35 anos, cinco (20%) entre 36 a 40 anos, nove (36%) entre 41 a 45 anos, quatro (16%) entre 46 a 50 anos e quatro (16%) entre 51 a 55 anos, conforme ilustrado na tabela 4:

Tabela 4 - Distribuição do nº de enfermeiros gestores por faixa etária

Faixa etária	Nº	Porcentagem (%)
25 a 30 anos	1	4
31 a 35 anos	2	8
36 a 40 anos	5	20
41 a 45 anos	9	36
46 a 50 anos	4	16
51 a 55 anos	4	16
Total	25	100

Quanto ao tempo de graduação, em anos, o profissional com menor tempo de formado tinha cinco anos e o maior foi de trinta e um anos, sendo que o tempo médio de graduação foi de 17 anos e 8 meses.

Em relação ao tempo na instituição, verificou-se que o menor tempo foi de 04 anos e o maior foi de 28 anos, sendo o tempo médio na instituição foi de 15 anos e 02 meses.

Quanto ao tempo em cargo gerencial na instituição, esta variou de dois a dezenove anos, estimando-se que a média ficou em oito anos e dois meses.

Com relação ao número de trabalhadores sob sua supervisão, verificou-se que esta variou de dezenove a trezentos e vinte colaboradores, ficando a média em 74 colaboradores.

Na continuidade da formação acadêmica, vinte e dois (92%) enfermeiros possuíam pós graduação *lato sensu*, sendo que alguns fizeram mais de uma especialização, perfazendo total de quarenta e nove especializações de diversas áreas. Quanto à formação *stricto sensu*, dois tinham mestrado e nenhum tinha doutorado. Das especializações vinte e cinco eram voltadas para área administrativa e vinte e quatro eram para áreas específicas do cuidar, conforme demonstrado nas tabelas 5 e 6:

Tabela 5 - Distribuição do nº e tipo de especialização, na área de administração, realizada pelo enfermeiro gestor

Especialização	Nº	Porcentagem (%)
Administração Hospitalar	14	56
MBA	4	16
Gerenciamento e marketing	1	4
Marketing Empresarial	1	4
Gestão em Saúde	3	12
Gerenciamento em Enfermagem	2	8
Total	25	100

Tabela 6 - Distribuição do nº e tipo de especialização, na área do cuidar, realizada pelo enfermeiro gestor

Especialização	Nº	Porcentagem (%)
1. Emergência e UTI	6	25
2. Cardiologia	3	13
3. Doação e transplante de órgãos	2	9
4. Oncologia	1	4
5. Neonatologia	1	4
6. Saúde Pública	1	4
7. CC/CME/Anestesia	1	4
8. UTI	1	4
9. Auditoria	1	4
10. Licenciatura	1	4
11. Clínica Cirúrgica	1	4
12. Obstetrícia	1	4
13. Saúde Mental e Psiquiatria	1	4
14. Gerontologia/geriatria	1	4
15. Pacientes Crônicos	1	4
16. Informática em Saúde	1	4
Total	24	100

5.2 Apresentação dos dados do questionário

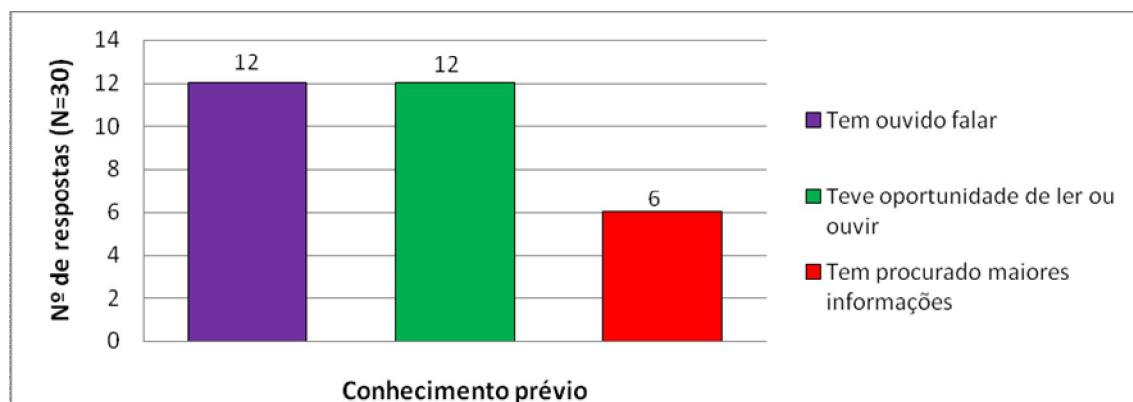
Neste momento procurou-se retratar o entendimento dos enfermeiros gestores acerca do tema assédio moral no trabalho. Para melhor ilustrar estes resultados optou-se em apresentar as respostas da seguinte maneira:

- Quanto ao conhecimento prévio sobre o tema
- Quanto ao conceito que tinham sobre assédio moral
- Quanto à vivência do assédio
- Quanto à conduta que teriam se ocorresse este fenômeno
- Quanto ao assédio moral ser propiciador de agravos à saúde física e mental

5.2.1 Quanto ao conhecimento prévio sobre o tema

Quando se questionou o enfermeiro como ele adquiriu conhecimento sobre o tema assédio moral (gráfico 1), verificou-se que eles obtiveram este conhecimento através de “ouvir falar” (40%), ler sobre o assunto (40%) e que somente seis (20%) enfermeiros buscaram maiores informações sobre o tema. E quando se comparou o número de enfermeiros que ouviu ou leu sobre o assunto com o número de enfermeiros que buscou maiores informações sobre o tema constatou-se que a maioria somente teve contato com o tema através de ouvir ou ler, visto que este dado apresentou significância estatística ($p < 0,0001$).

Gráfico 1 - Como o enfermeiro gestor busca conhecimento sobre o tema assédio moral no trabalho



5.2.2 Quanto ao conceito que tinham sobre assédio moral

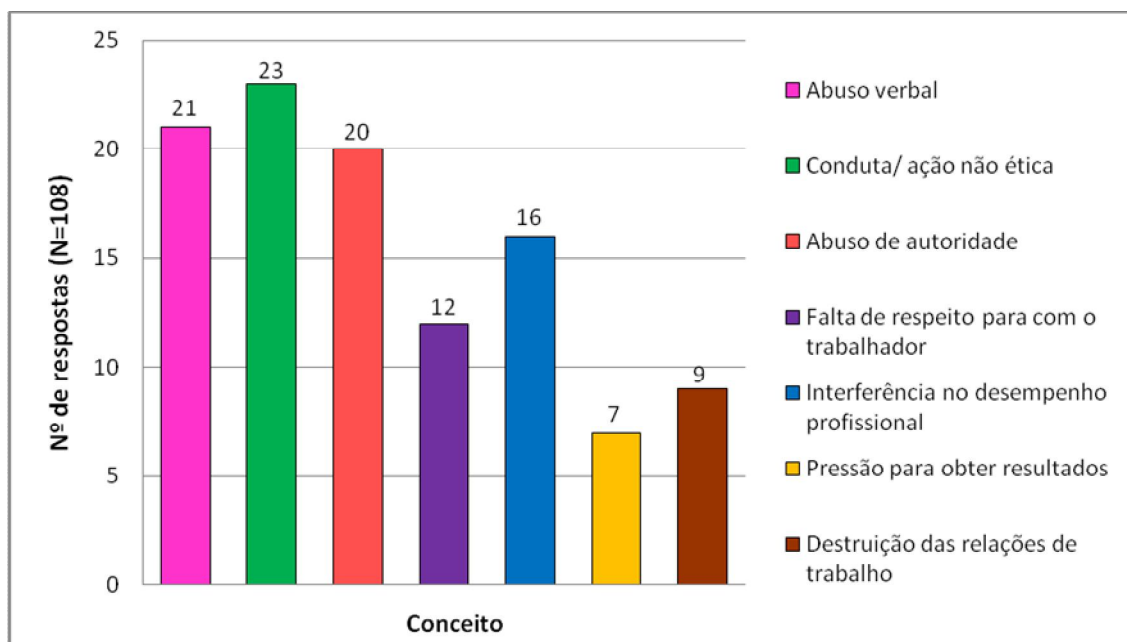
Quando questionado sobre o que os gestores enfermeiros entendem sobre assédio moral no trabalho (gráfico 2) os sujeitos elencaram principalmente que pode ser uma conduta/ação não ética (21%), que pode ser abuso verbal (19%), que pode ser abuso de autoridade (19%) e interferência no desempenho profissional (15%).

Quando se comparou se é uma ação não ética com abuso verbal, pode-se verificar que não existe significância estatística ($p=0,3458$), demonstrando com isto que para o enfermeiro o assédio moral pode ser tanto uma ação não ética quanto um abuso verbal.

Ao compararmos se pode ser uma conduta não ética com abuso de autoridade, este dado também não apresentou significância estatística ($p=0,1917$) nos dizendo com isto que o assédio pode ser uma conduta não ética como também abuso de autoridade.

Porém para os enfermeiros o assédio moral no trabalho é mais significativo como abuso de autoridade quando comparado à falta de respeito para com o trabalhador, visto que esta comparação apresentou significancia estatística ($p=0,0392$).

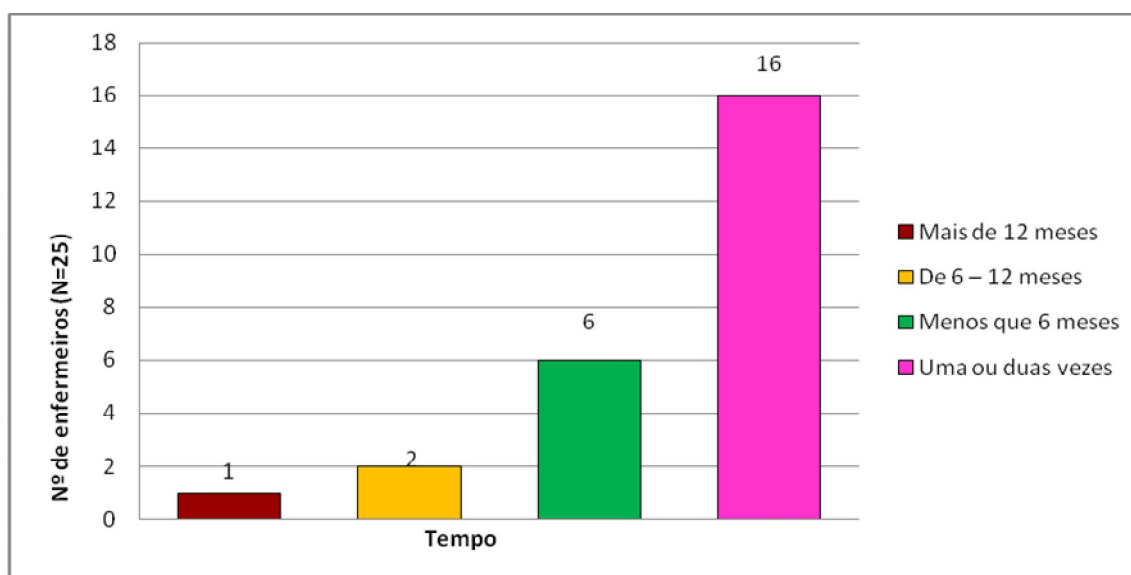
Gráfico - 2 - Conceito de assédio moral no trabalho segundo enfermeiros gestores



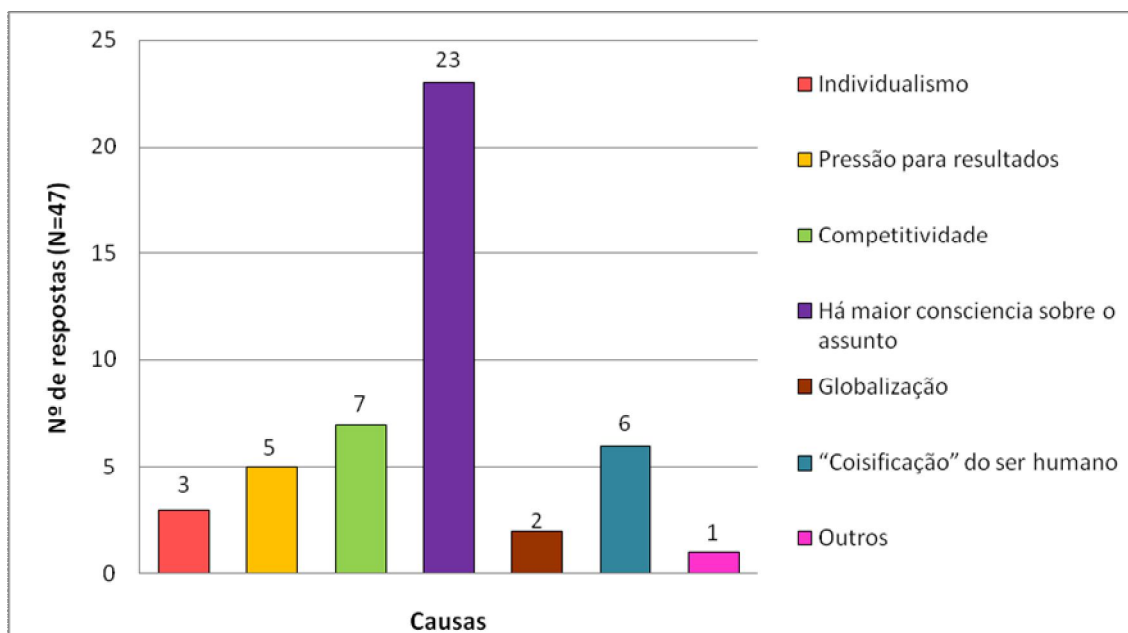
O gráfico 3 nos aponta que para a maioria dos enfermeiros gestores (64%) se os maus tratos ocorrerem uma ou duas vezes já se consideraria assédio moral.

Ao associarmos esta resposta com a periodicidade de tempo inferior a 6 meses e a comparamos com aquelas em que ele acha que podem ser por período superior, nos aponta significancia estatística de $p=0,0469$, nos mostrando com isto que para o enfermeiro gestor, os maus tratos ocorrendo em um intervalo menor de 6 meses, seria caracterizado assédio moral.

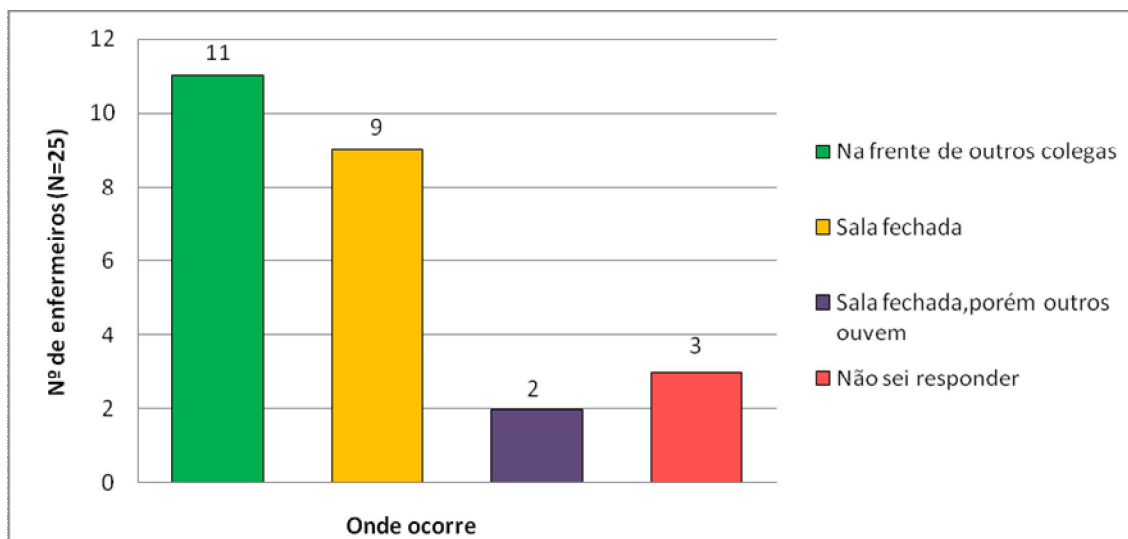
Gráfico 3 - Tempo de duração dos “maus tratos” para caracterizar assédio moral segundo enfermeiros gestores



Para a maioria dos enfermeiros gestores (49%), a principal causa de se identificar o assédio moral nas organizações hospitalares é o fato de que as pessoas estão tendo maior consciência sobre o assunto, visto que para eles, o assédio moral no trabalho sempre existiu. E que motivos como competitividade (15%), “coisificação” do ser humano (13%) e pressão para se obter resultados (11%) existem, mas que não são tão significativos como fica demonstrado no gráfico 4. Outro ponto que vale salientar é que nenhum enfermeiro gestor assinalou que o assédio moral pode ocorrer devido à mudanças na gestão hospitalar.

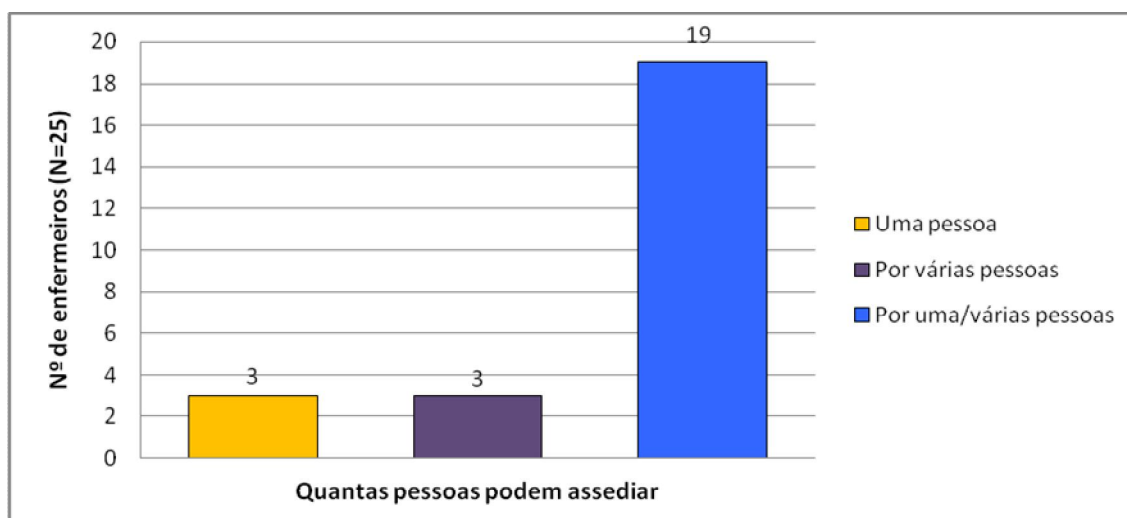
Gráfico 4 - Identificação das causas do assédio moral segundo enfermeiros gestores

Quanto ao local em que ocorre o assédio (gráfico 5) os enfermeiros apontaram que o mesmo ocorre tanto abertamente na frente de outros colegas (44%) quanto em uma sala fechada (36%).

Gráfico 5 - Identificação do local em que ocorre o assédio moral na visão do enfermeiro gestor

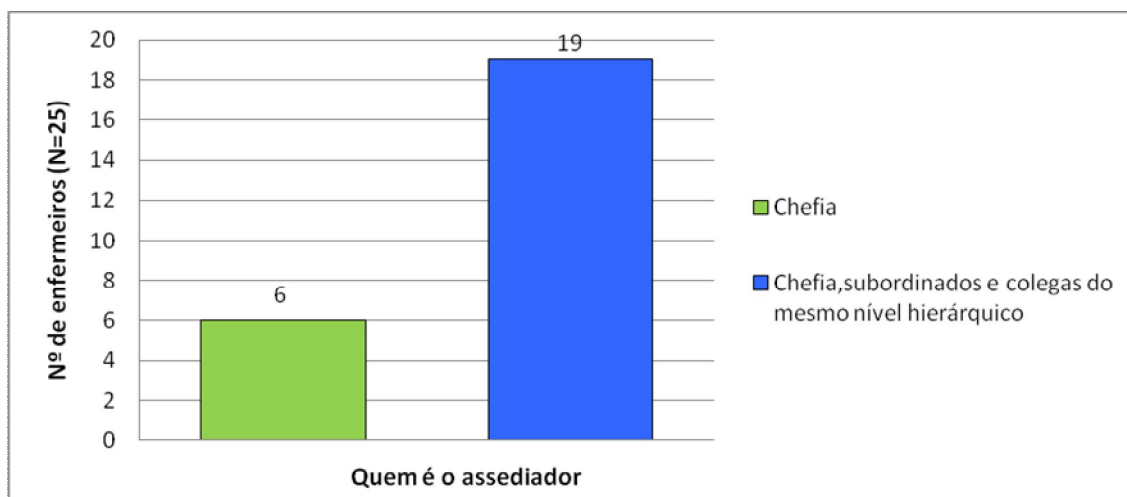
Quando questionados sobre qual o número de pessoas que podem ser assediadoras (gráfico 6), a maioria dos enfermeiros gestores (76%) apontaram que ele pode ser ocasionado por uma ou por várias pessoas.

Gráfico 6 - Identificação do nº de pessoas que podem assediar moralmente na opinião de enfermeiros gestores



Quando indagados sobre quem poderia ser o assediador (gráfico 7), a maioria dos enfermeiros gestores (76%) apontou que qualquer indivíduo dentro da organização hospitalar poderiam ser o que assedia moralmente.

Gráfico 7 - Identificação do agente que causa o assédio moral no trabalho na visão do enfermeiro gestor

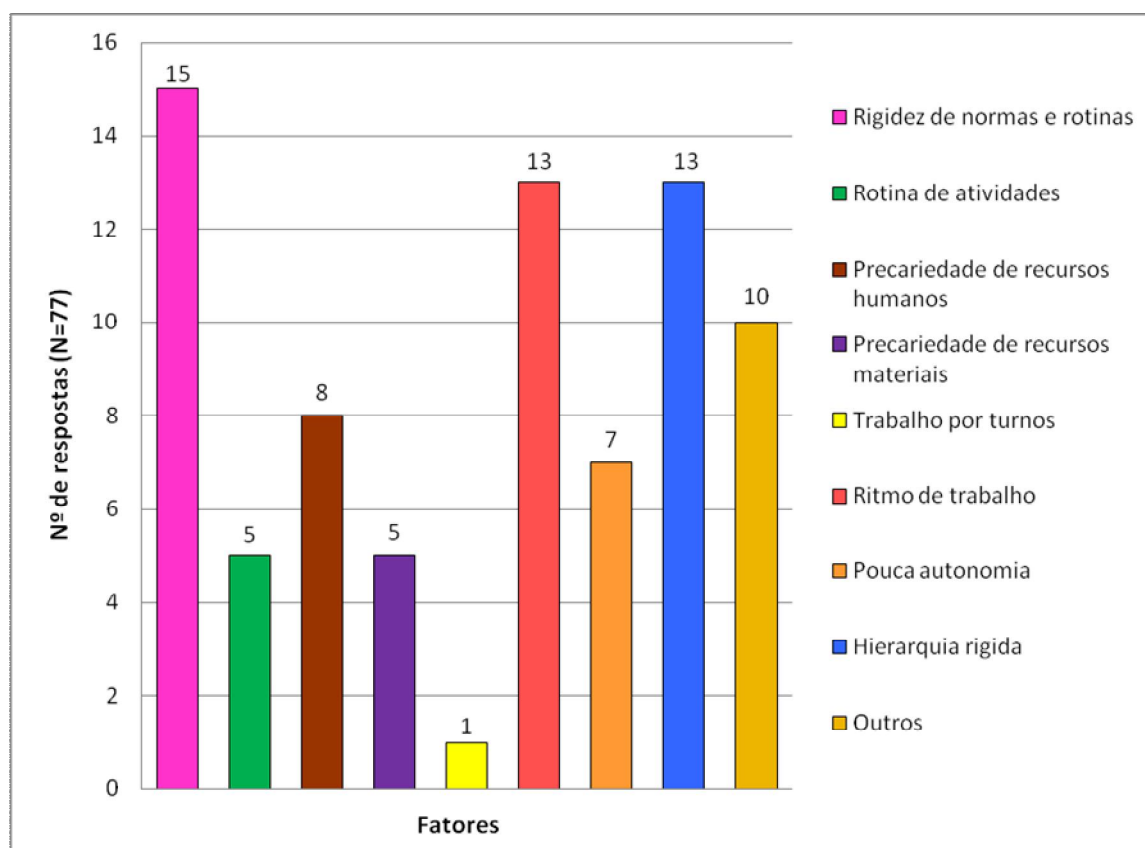


Quando foram indagados sobre se a organização do trabalho (gráfico 8) pode levar ao assédio, verificou-se que para os enfermeiros gestores as normas e rotinas rígidas (19%), hierarquia rígida (17%) e ritmo de trabalho (17%) são os fatores que mais podem favorecer.

Que para os mesmos a precariedade de recursos humanos e materiais não seria um fator tão importante como seria a rigidez de normas e rotinas pois ao se comparar os dois fatores observou-se significancia estatística de ($p= 0,0107$) .

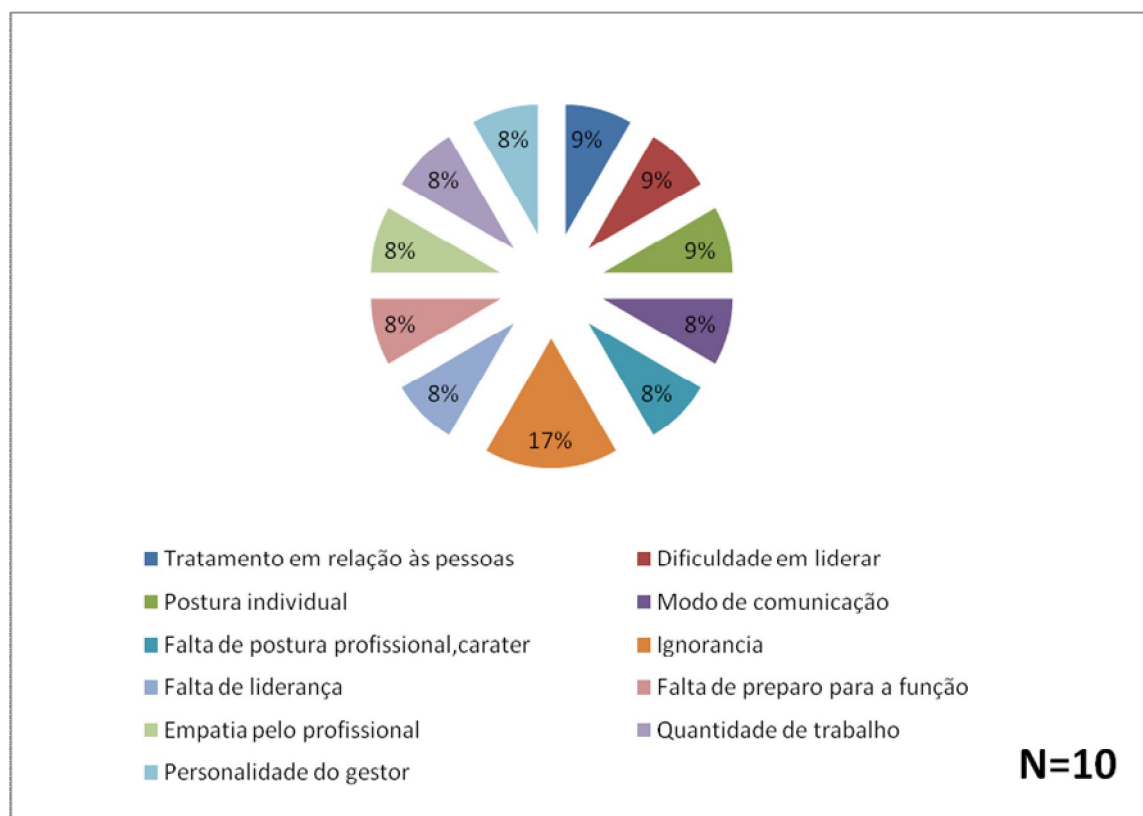
Que fatores como hierarquia rígida, ritmo de trabalho, rotina de atividades e rigidez de normas e rotinas tem a mesma importância como fatores desencadeantes, pois não houve significancia estatística ($p= 0, 1131$) ao se comparar estes fatores.

Gráfico 8 - Identificação de fatores da organização do trabalho favorecem o assédio moral



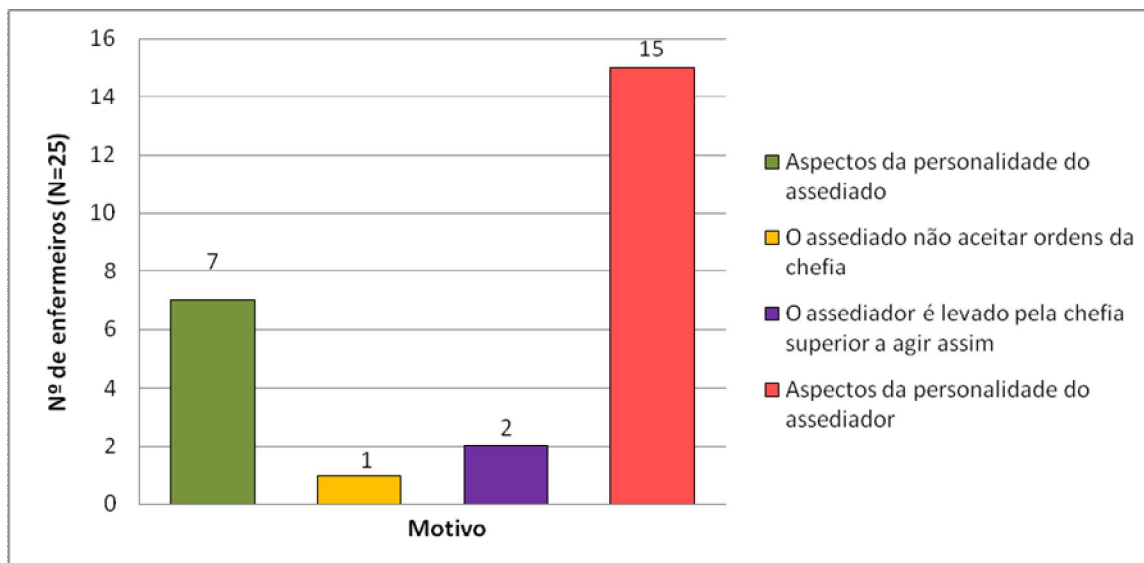
Quando questionados quais seriam os outros fatores que poderiam favorecer o assédio (gráfico 9), a postura profissional (aqui assinalada pelos enfermeiros como ignorância, falta de postura, tratamento em relação às pessoas, modo de comunicação) foi outro fator importante desencadeante do assédio sendo apontado em 51% das respostas, seguido pelo despreparo em liderar em 33% das respostas.

Gráfico 9 - Identificação de outros fatores desencadeantes do assédio moral apontados pelos enfermeiros gestores



Ao ser questionado sobre o motivo pelo qual o indivíduo se sentiria assediado (gráfico 10), a maioria dos enfermeiros assinalou que era devido a personalidade do assediador (60%), seguida da personalidade do assediado (28%). Isto nos mostrou significância estatística ($p=0,0461$) quando comparado estes dois motivos, nos levando a supor que para o enfermeiro gestor o que faria o indivíduo se sentir assediado tem mais a ver com a personalidade do assediador do que com a personalidade do assediado.

Gráfico 10 - Identificação do aspecto de personalidade que pode levar o indivíduo a se sentir assediado



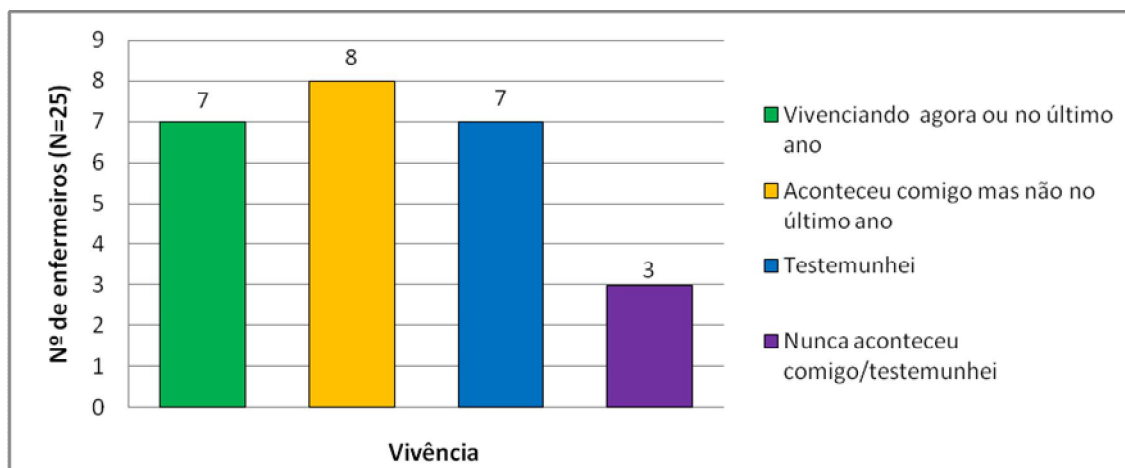
5.2.3 Quanto à vivência sobre o assédio

Quanto a ter tido experiências em relação a situações de assédio moral no trabalho, dentro do que eles definiram por assédio, o gráfico 11 nos apresenta que quinze (60%) enfermeiros gestores assinalaram que o vivenciaram/ vivem em sua vida profissional e que sete (28%) somente o testemunharam.

Ao se comparar o número de enfermeiros que já sofreram/sofrem o assédio moral com o número de enfermeiros que somente o testemunharam, pode-se verificar que houve significância estatística ($p=0,0461$). Nos levando a supor que a chance do enfermeiro sofrer assédio moral é quase duas vezes maior do que ele somente testemunhar.

E que ao compararmos as respostas de ter acontecido com ele/testemunhado com daqueles que nunca vivenciaram também apresentou significância estatística importante ($p < 0,0001$), ou seja, que a chance do enfermeiro vivenciar o assédio moral em sua vida profissional é quase sete vezes maior do que ele nunca vivenciar.

Gráfico 11 - Distribuição do nº de enfermeiros gestores quanto ao tipo de experiência em relação ao assédio moral no trabalho

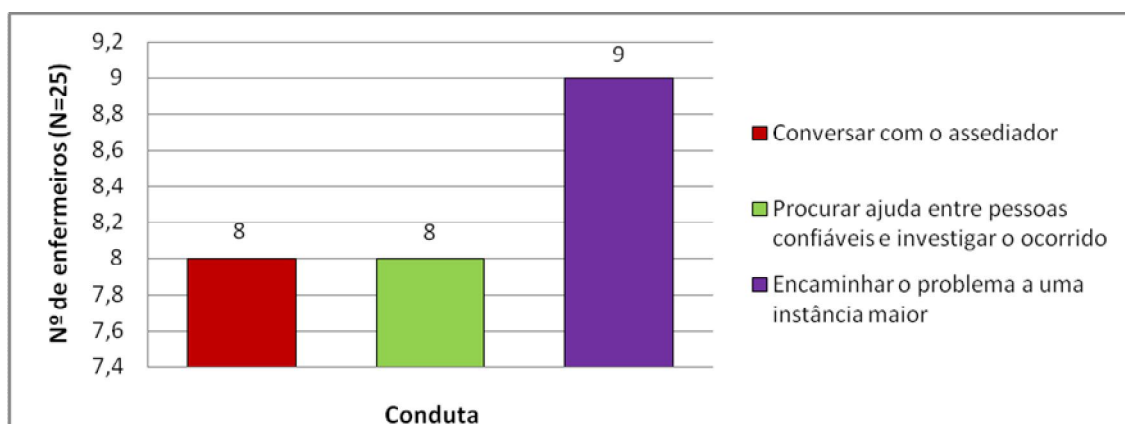


5.2.4 Qual conduta teriam se ocorresse este fenômeno

Como demonstrado no gráfico 12, verificou-se que não há uniformidade em relação às condutas apresentadas pelos enfermeiros gestores na ocorrência de situações de assédio moral, visto que o número de respostas apresentadas quanto a encaminhar o problema para uma instância maior (36%), investigar o caso (32%) e conversar com o assediador (32%) foram parecidos.

Outras respostas como ignorar o assunto ou então pedir para o assediado ficar quieto e aguentar firme não foram assinaladas.

Gráfico 12 - Caracterização do tipo de conduta apresentada pelo enfermeiro gestor na ocorrência de queixa de assédio moral no trabalho



5.2.5 Quanto ao assédio moral ser propiciador de agravos à saúde física e mental

Verificou-se que para o enfermeiro gestor o assédio moral no trabalho tanto pode causar danos físicos (92% das respostas) quanto danos mentais (100% das respostas).

5.3 Análise das entrevistas

Aqui para a análise das entrevistas foram identificadas categorias e subcategorias, onde buscou-se a relevância e a repetição das idéias identificadas. E estas foram organizadas em cima de duas áreas temáticas principais:

1. Área temática: O assédio moral na enfermagem sob a perspectiva dos enfermeiros gestores

- a) Buscando a compreensão dos significados
- b) A confirmação da existência do assédio moral no cotidiano de trabalho
- c) As duas faces do assédio moral para o enfermeiro gestor
 - Sentindo-se o assediador
 - Sentindo-se o assediado
- d) Tolerância ao agressor

2. Área temática: Como lidam com o fenômeno assédio moral no trabalho

- a) Na microesfera (consigo mesmo, com colegas e com as equipes)
 - Sentindo-se despreparado
 - Valorizando o diálogo
 - Desafios para a resolução do fenômeno
- b) Na macroesfera (instituição)
 - Quanto à existência de políticas organizacionais

5.3.1 O assédio moral na enfermagem sob a perspectiva dos enfermeiros gestores

5.3.1.1 Buscando a compreensão dos significados

Verifica-se que existem diversas compreensões, interpretações, imagens e significados para todos os seres humanos acerca dos mais variados fenômenos existentes. Em relação ao fenômeno do assédio moral no trabalho este fato é consistente, o que pode ser observado e constatado através de diferentes conceituações já apresentadas aqui anteriormente, como também dos depoimentos expressos nos questionários deste estudo.

Constata-se que cada ser humano encara sob uma ótica pessoal o fenômeno do assédio moral, representação esta expressa pelos sujeitos através de diversos significados.

A primeira visão/ percepção detectada foi a de o assédio moral ser expresso em palavras como: **agressão verbal, ameaças, alteração de voz** as quais aparecem freqüentemente nas falas dos enfermeiros gestores, evidenciando aquilo que Hirigoyen define como assédio moral no trabalho e que será considerado como referencial para análise desta pesquisa:

“Toda e qualquer conduta abusiva de forma repetitiva e sistemática, manifestando-se, sobretudo por comportamentos, palavras, atos, gestos, escritos que possam trazer dano à personalidade, à dignidade ou à integridade física ou psíquica de uma pessoa, pôr em perigo o seu emprego ou degradar o ambiente de trabalho”. (MARIE-FRANCE HIRIGOYEN, 2007)

“[...] Eu entendo que na enfermagem, dependendo a forma de tratar as pessoas, pode dar a entender que você está agredindo verbalmente, e para mim, isto é assédio moral.” (H1E8)

“[...] Fui cobrar um médico que seguisse um protocolo e ele insatisfeito, acabou descontando em mim. Começou com ofensas, com ameaças. Foi através de alteração de voz, com palavras, com tom de voz e postura agressivas, apesar de não ter uma agressão física foi uma agressão verbal.” (H1E6)

“[...] Na verdade foi atitude de chamar a atenção na frente das outras pessoas, sendo bastante brusca. Talvez naquele ímpeto, no stress da situação, chamar

atenção, **acho que isto é assédio moral**, porém não acho que ela tenha tido intenção na hora de prejudicar a pessoa.” (H1E5)

Em pesquisa realizada por Cezar (2005) em um serviço de urgência, evidenciou que a violência psicológica no trabalho é uma situação preocupante também nos hospitais. Os resultados indicaram que, dentre 33 trabalhadores da equipe de enfermagem e 14 médicos, 33% relataram os assédios moral e sexual como a violência mais cometida, sendo que a agressão verbal foi lembrada por 95,2% dos participantes. Cabe destacar que a agressão verbal configura assédio moral quando se torna uma constante e fere a dignidade do trabalhador.

Outra forma que ficou evidente nas falas foi o assédio moral ser relacionado como **abuso de autoridade/poder, desqualificação, falta de respeito profissional, constrangimento**.

“[...] **Acho que o assédio moral** é isso, está ligado ao **constrangimento da pessoa dentro da organização**.” (H1E1)

“[...] A pessoa estava encostada na parede passando o plantão e **a chefia** dela **acabou fazendo um comentário que a desmontou, na frente do grupo**, perguntando “se ela estava segurando a parede para não cair”. Isto na frente de todo mundo. Acho que ela poderia ter tratado de outra forma, pois foge do profissionalismo... **Ela era uma chefia nova no setor** e não conhecia tanto o colaborador para ter uma atitude corretiva, **e acho que de alguma forma ela queria mostrar autoridade. O profissional que foi assediado, já trabalhava algum tempo na área**, era um profissional que tinha sido promovido, estava no cargo de enfermeiro *trainee* e eu estava responsável pelo treinamento dele.” (H1E7)

“[...] **No dia a dia a eu acho que a gente tem sofrido certo assédio moral. Quando um acompanhante não te respeita** dentro do seu âmbito profissional, quando um paciente fala de forma agressiva, ou quando um colega seu também fala com você de forma agressiva, **não te respeitando**, ou mesmo sendo hostil.” (H2E2)

“[...] Mas também já fiquei sabendo de **chefias que desrespeitaram seu subordinado**, xingando, **chamando o outro de burro**, menosprezando, **humilhando a pessoa**, obrigando a fazer coisas que eles eram contrários.” (H2E5)

“[...] Eu acho que na nossa profissão, como enfermeiro, eu entendo que **a falta de respeito, a forma de falar** de um profissional com outro, isto **infelizmente existe**

muito... Então acredito que isto não deixa de ser assédio moral, às vezes humilhar, se colocar numa postura muito superior ao outro.” (H2E9)

“[...] **Eu classificaria de assédio**, dentro do que entendo disto, pois acho que é uma questão bastante complexa, o que a gente observa no dia a dia, poucas vezes é verdade, eu me sentiria assediada se tivesse no lugar de pessoas. **Acho que classificaria mais como de abuso de poder.**” (H2E13)

Estes achados corroboram com pesquisa apresentada por Dias (2002) em que ao pesquisar trabalhadores de enfermagem quanto à violência no cotidiano hospitalar constatou a existência de assédio moral nas relações de trabalho entre colegas da equipe de Enfermagem, verificada através de controles rígidos, de atribuições de determinadas tarefas que não são condizentes com o perfil ou competência do profissional, como até mesmo delegação de tarefas consideradas absurdas, humilhações, censuras, represálias e recriminações indevidas e sob formas inadequadas.

Para Prochnow et al. (2007) a condição para o exercício da gerência do enfermeiro é marcada pela incorporação de mecanismos de controle, e, conseqüentemente de poder. Estes mecanismos caracterizam traços subjugados à história da profissão, que abarca tanto o domínio religioso e militar como sua coligação com o status das classes dominantes, portanto, relega os enfermeiros à subordinação e imposição da execução de tarefas ou ordens.

Também Badin (2008) em sua pesquisa com estudantes de enfermagem constatou a existência do assédio moral nas relações de trabalho e em ambientes de estágio através de situações de constrangimento e humilhação decorrentes do desrespeito e abuso de poder. Bem como desqualificação do outro através de exposição de problemas e dificuldades em público como xingamentos e atribuição de culpa.

5.3.1.2 A confirmação da existência do assédio moral cotidiano de trabalho

Bradaschi (2007) nos diz que muitos são os que ainda não se convenceram que o problema é um mal nas organizações, e que estudos têm mostrado que o tema deve ser conduzido com mais seriedade devido à incidência do mesmo. A mesma autora diz que isto se sustenta nas seguintes pesquisas:

- Leymann (1996) calculou que o risco individual de alguém ser objeto de uma situação de assédio é de 25%.
- Em pesquisa de Hoel e Cooper (2000) 10,6% dos entrevistados haviam sido vítimas de assédio nos últimos seis meses, 24,7% nos últimos cinco anos e 46,5% tinham testemunhado uma situação de assédio moral nos últimos cinco anos.
- Que pela pesquisa de Hoel e Giga (2006) se descobriu que 25% dos entrevistados admitiram ter passado por uma situação de assédio moral nos últimos cinco anos e 50% admitiram ter tido experiência direta, seja como vítimas ou como testemunhas. Verificou-se que para a maioria dos enfermeiros gestores é fato que existe o assédio moral no seu dia a dia.

Nesta investigação verificou-se que para os enfermeiros gestores é fato que existe o assédio moral no seu dia a dia.

“[...] **Acho que na enfermagem pode acontecer**, e não é o fato de ter um diploma que dá o direito dele fazer o que ele quer. Nós não mandamos. Porém o ser humano é muito difícil. **Acho que a insegurança pode levar o enfermeiro a exercer o poder de forma errônea**, quando ele não tem propriedade ele tenta levar no grito.” (H1E6)

“[...] **Acho com certeza que o enfermeiro pode ser um assediador**, não tão freqüente, mas existe a possibilidade, **pois ele tem uma equipe que ele coordena**, muito trabalho, muita responsabilidade, cada vez mais rotinas novas, muitos protocolos e processos novos, e talvez a pessoa se sinta muito sobrecarregado.” (H2E8)

“[...] **Acho que na enfermagem isto pode acontecer sim**, porque o ser humano é muito lábil, e as relações estão fragilizadas. **A qualquer momento você está sofrendo assédio**. As pessoas estão vivendo em uma panela de pressão, e ela pega o primeiro coitado na sua frente e explode desta forma.” (H2E2)

Quando questionado os participantes de já terem presenciado alguma forma de assédio moral na instituição/ local de trabalho, vinte e um enfermeiros declararam que já havia e que continuavam a presenciar situações de assédio.

“[...] Na verdade o que eu já **presenciei** foi da **classe médica**, quando algo não foi feito da forma como eles queriam, **eles gritaram chamando o enfermeiro de**

incompetente, neste sentido. **Isto a gente vê muito com os médicos** para com a enfermagem, **raramente com a administração.**” (H1E5)

“[...] Nós tivemos **um caso de chefia de outra área**, que o grupo de colaboradores alegou que estava sendo assediado. Que era **o jeito que a pessoa se dirigia a eles, pois gritava com eles, controlava ida ao banheiro.**” (H1E2)

“[...] Eu acho que na nossa profissão, **como enfermeiro, eu entendo que a falta de respeito, a forma de falar de um profissional com outro, isto infelizmente existe muito. Em diferentes hierarquias, principalmente classe médica com relação à enfermagem.**” (H2E9)

“[...] **Eu acho até que já fui vítima. Não só uma vez, não só o ano passado, vira e mexe acontece. Foi um abuso de poder**, sendo até uma desqualificação. É um abuso, onde a pessoa até fala da sua pele, do seu cheiro, da sua aparência suja. E não foi só comigo não. Vira e mexe, eu escuto que esta postura inadequada acontece com outros, principalmente de superiores.” (H2E1)

5.3.1.3 As duas faces do assédio moral para o enfermeiro gestor

Ao mesmo tempo em que o enfermeiro gestor pode ser o agente causador de assédio, por outro lado, este mesmo profissional também pode ser alvo de violência exercida, tanto por parte de colegas da profissão, como de outros profissionais de Saúde e, ainda, por parte da instituição, acompanhantes de clientes, ou até mesmo, por parte dos próprios clientes.

5.3.1.3.1 Sentindo-se o assediador

Alguns enfermeiros demonstraram consciência quanto a eles terem sido os agentes do assédio moral. Que muitas vezes as cobranças de serviço são realizadas de forma inadequada: **forma agressiva de falar, exposição do outro à situações vexatórias, comunicação inadequada.**

“[...] Sei que **na hora da cobrança pode haver o grito**, talvez por descontentamento ou por não estar feliz naquele local de trabalho.” (H1E1)

“[...] **Às vezes o enfermeiro** pode se sentir pressionado quanto aos resultados, e sempre me questiono se a equipe tem a mesma clareza que o profissional enfermeiro, pois sei que em algumas situações ele **pode ser até um tanto ríspido, quando numa cobrança, não porque ele está despreparado ou imaturo, mas sim porque ele vai ser cobrado do resultado.**” (H1E8)

“[...] Uma pessoa **gritou** comigo... **E eu fiz quase a mesma coisa com uma pessoa que não fez uma medicação** porque não leu o que estava escrito... não me percebi fazendo outras vezes, tanto que acabei pedindo desculpas, pois vi a forma absurda que tinha feito. **Eu acho que isto foi assédio moral**, pois você esta expondo a outra pessoa a um grupo, a uma situação constrangedora, onde você questiona a capacidade dela, está duvidando dela. Isto para mim é moralmente ofensivo.” (H2E3)

“[...] Outra situação foi quando eu era auxiliar de enfermagem, de **enfermeiras superiores, que não sabiam se dirigir aos colaboradores.** Dirigiam-se a mim me diminuindo, não aceitando minhas sugestões, porque ela sabia e ponto.” (H2E4)

“[...] Eu não tenho muito claro o que é assédio moral. Mas já tive... situações que **acho que foi assédio moral... quando eu tenho que pressionar minha equipe a agir de forma contrária ao que ela quer,** contra os seus valores.” (H2E16)

Isto complementa estudo feito por Speedy (2006), ao relatar que o abuso de poder é relativamente comum na enfermagem, levando a alta incidência de violência e assédio moral no local de trabalho.

Segundo Prochnow et al. (2006) os conflitos no exercício da gerência do enfermeiro aparecem de forma eminente sob suas mais diferentes manifestações e refletem a complexidade do tipo de produção.

“[...] Às vezes o pessoal compreende, outras não. **Se a pessoa achar que a cobrança é muito injusta, persecutória, que é pegação de pé, ela pode achar que é assédio.** Se você chamar a atenção da pessoa na frente de outras, é um assédio moral, querendo ou não.” (H2E14)

E é de suma importância atentar para aspectos evidenciados nestas falas como **a desigualdade nas relações, as diferenças de poder, coerção ou manipulação.**

Este tipo de violência adquire, nesta análise, uma forte relação com o **desrespeito à dignidade humana**. Dignidade esta entendida como fundamental na definição dos direitos humanos e na abordagem de novos problemas de bioética.

Onde não respeitar o outro significaria não respeitar a si próprio. Dessa forma, é necessária uma mudança de perspectiva para avaliar problemas que envolvam a dignidade no que concerne o assédio moral no trabalho, no sentido de não fazer ao outro o que não se faria a si próprio (SILVA Jr. et al., 2008).

5.3.1.3.2 Sentindo-se o assediado

Para muitos enfermeiros gestores as situações em que ele se sentiu assediado foram de **desqualificação, coação, desrespeito**. Isto para eles foi perpetrado pela chefia superior, por familiares e por médicos.

“[...] **Situações** de normas ou até situações **do dia a dia**, com a chefia direta ou mesmo **com os familiares** que acabam te coagindo, e, você tendo que manter uma postura profissional e, tentando esclarecê-lo sobre as normas e rotinas do hospital e **ele vira para você e diz que “eu estou pagando e eu quero que seja feito desta forma”...**”. (H2E10)

“[...] **Uma pessoa gritou comigo**, na frente da minha equipe, **me acusando de ter cometido um erro e dando a entender** naquele momento **que eu era uma burra, uma incompetente.**” (H2E3)

Dias (2002) nos lembra que necessitamos reconhecer que a violência nas relações de trabalho entre Medicina e Enfermagem é evidenciada por acontecimentos do cotidiano, onde uma maior proximidade e complementaridade de ações dos profissionais de Enfermagem e Medicina favorecem maiores confrontos.

“[...] **Outra situação também que vejo acontecendo, é o médico gritando com enfermeiro** quando se vai cobrar algum protocolo. **Às vezes tem médicos que tem repetição nestas atitudes, falando para o enfermeiro se colocar no lugar dele**, parece ser uma característica da personalidade dele. Às vezes com a mesma enfermeira, outras vezes não.” (H2E8)

Os enfermeiros relataram que também se sentiram assediados quando pressionados a tomar decisões que eram contrárias aos seus valores pessoais, gerando momentos de sofrimento. Isto foi apontado por 44% dos enfermeiros.

“[...] Outra forma também é quando você tem que descartar determinado profissional como no caso dos aposentados. Na época que tive que fazer os desligamentos, tive que conversar e conscientizar as pessoas que era hora delas pararem, **mas foi complicado para mim, pois era contra meus princípios**, pois o desligamento foi uma ordem que tive que acatar. **Tive que trabalhar muito isto comigo**, pois a pessoa estava produzindo.” (H2E1)

“[...] Que você toma conduta que a chefia não concorda e quer que você tome de acordo com aquilo com que a instituição quer ou de acordo com a postura pessoal do chefe. **Às vezes você se sente pressionado**, porém eu tenho um perfil impulsivo e devido a isto eu não sofro tanto, por isto **tento ajustar com minha consciência com aquilo que a chefia quer ou mesmo com aquilo que a instituição quer. Nem sempre você consegue ajustar**. Você tem que colocar sua ética a disposição da instituição ou da chefia e nem sempre você consegue casar isto.” (H2E7)

“[...] **A busca pela competitividade muitas vezes leva a uma pressão, muitas vezes sofrida**, em busca de resultados. **Às vezes você pode ter a sensação de que a forma como ocorre pode ser contrária ao que se pensa**. Com isto pode estar levando ao desrespeito, falta de observar que o outro tem talento, desvalorizando-o... **E isto acaba levando ao autoritarismo.**” (H2E14)

Para Vasconcelos e Vasconcelos (2002), o indivíduo ao ingressar na empresa traz consigo uma bagagem de valores, convicções e princípios morais construídos ao longo de sua história de interações sociais. E que se depara com uma instituição que também possui uma estrutura de valores, missões, visões do mundo e de homem.

Para os mesmos autores, o choque entre os princípios pessoais e empresariais exige do indivíduo um movimento de compreensão da realidade da empresa, no sentido de integrá-la à realidade construída por ele, permitindo a produção de novas maneiras de comportar-se no trabalho. Em alguns casos em que essa integração

não é possível, o indivíduo sofre e passa a viver um conflito entre o abandono do emprego e sua necessidade de adaptar-se à realidade empresarial.

5.3.1.4 Tolerância ao agressor

Para Cohen (2004) ao analisarmos a tolerância do ponto de vista de uma relação emocional, concluiríamos que a tolerância cria uma relação de aceitação perversa entre o tolerante e o tolerado, onde considerariamos que em alguns casos a assim dita tolerância serviria como defesa social para esconder uma moralidade perversa do poder constituído.

Podemos verificar que na enfermagem a tolerância a violência moral é fato, demonstrado através de justificativas como: **é da personalidade da pessoa e não tem como mudar, apesar dela gritar comigo ela é excelente profissional, ela faz isto com todo mundo, etc.**

“[...] Uma colega, encarregada do setor, de gênio bastante difícil, às vezes dura. Porém bastante centrada... **Ela era ríspida e gritava quando as coisas não saiam do jeito que ela queria**, ela gritava com quem quer que fosse, na frente de outras pessoas. O pessoal reclamava muito. **Porém era uma pessoa extremamente competente e era elogiada por todos. Sempre deu apoio para todos e acho que isto compensava este lado.**” (H1E4)

“[...] O profissional que foi assediado,... após muita conversa amadureceu a situação e tratou isto como se nada tivesse acontecido. E depois nós vimos que era da personalidade dela (chefia). **Percebemos que ela destrata e depois age como se nada tivesse acontecido. Com isto a gente perde até o parâmetro. Se você já sabe desta característica dela a gente até acaba relevando.**” (H1E7)

“[...] **As brigas que acontecem com outros profissionais** são mais declaradas. **São muito mais francas**, eu diria. É aquela **situação em que o médico explode, xinga a enfermeira na lata, na frente de todo mundo, e isto me parece melhor do que quando acontece à portas fechadas**, dentro de uma sala, uma coisa mais velada, e que não tem testemunhas.” (H2E1)

Para Miller *apud* Badin (2002) o fato dos sujeitos reagirem à injustiça depende fundamentalmente do tratamento interpessoal dado por aqueles que estão em uma

posição hierarquicamente superior. As injustiças nas organizações geram sofrimento e as mais diversas reações. Existem aquelas pessoas que debatem procurando conhecer as causas da injustiça, aquelas que contra-atacam de alguma forma e as que assumem uma postura conformista e não fazem nada.

A dificuldade em reagir, o medo e a dificuldade da organização em identificar o assediador que foram descritos nas falas, passam a ser o trunfo para os agressores, pois paralisariam reações que poderiam coibir o assédio moral.

“[...] Acho que às vezes a pessoa nem percebe que está sendo assediada. Se ela tiver receio de denunciar, não tem como a empresa saber.” (H2E6)

“[...] Hoje eu acho que a empresa não tem como saber se ocorre o assédio, talvez devido as gerências estarem muito sobrecarregadas em suas funções..... Então você tem dificuldade em retorno ou ajuda. E acho que quando ela sabe, ela não consegue lidar com o problema. Pois sabemos de histórias aqui dentro em que aconteceu o desrespeito e que nada foi feito.” (H2E4)

“[...] A empresa tem sim como saber, isto se ela está preocupada com este aspecto. Se ela tem um olhar para o grupo dela, ela percebe a insatisfação, as habilidades e os talentos.” (H1E6)

“[...] Acho que as pessoas têm medo de denunciar.” (H2E2)

5.3.2 Como lidam com o fenômeno assédio moral no trabalho

A prevenção do assédio moral é fundamental para melhorar a vida profissional dos trabalhadores e evitar a exclusão social e o desemprego. É importante que sejam adotadas medidas para evitar que o ambiente de trabalho se torne destrutivo. Pois os custos advindos desta prática, ao nível das organizações podem consistir em maior absenteísmo e maior rotatividade de pessoal, bem como em menor eficácia e produtividade. Outro ponto que devemos levar em conta seria o pagamento de indenizações em virtude de processos instaurados com base no assédio moral que representa, por vezes, custos elevados (OSHA, 2002).

“[...] Entendo que o diálogo é muito importante. Mas eu acho que tem vários níveis. Tem o nível de ignorância, onde a pessoa precisa entender o porquê ela faz isto com o outro, o porquê a pessoa usa o exercício de poder para conseguir o que

quer. **Porém acho muito difícil um diálogo com este tipo de liderança. Por isto as coisas vão parar na justiça.**” (H2E1)

5.3.2.1 Na microesfera

Verificou-se que para os enfermeiros o conceito de assédio moral se confunde com uma agressão verbal visto que para os mesmos uma ou duas vezes em que ela acontece eles o associariam ao assédio. Porém como identificar e tratar o problema se o próprio conceito não é claro? Como identificar se não é apenas um conflito de trabalho?

Hirigoyen (2002) assinala que o ambiente organizacional apresenta diversas condições que geralmente são confundidas com assédio, o que faz com que seja necessário distingui-lo dos demais, pois só assim medidas eficazes de combate/prevenção ao mesmo poderão ser adotadas.

“[...] As pessoas podem sim confundir o assédio moral com cobrança de serviço... Então você trabalha com pessoas descontentes, que emocionalmente elas não concordam com o rumo de suas vidas. São pessoas mais vulneráveis, podendo ficar fácil, na hora do conflito, ela ver de forma distorcida.” (H2E3)

“[...] Acho que para evitar que isto aconteça precisamos educar sobre o tema. Esclarecer que isto existe, porque é um assunto extremamente novo, que tem gente que não sabe que o que ela esta fazendo pode caracterizar assédio moral.” (H2E5)

5.3.2.1.1 Sentindo-se despreparado

Muitos enfermeiros relataram que não conseguiriam resolver o problema sozinhos devido a falta de autonomia na resolução do que se apresenta e que também não teriam conhecimento suficiente para identificá-lo.

Quanto a este aspecto Hirigoyen (2002) nos alerta para o fato de que o uso inadequado do termo assédio pode levar a banalização do mesmo e, por conseguinte levar a descrédito a problemática vivida pelas verdadeiras vítimas do fenômeno.

“[...] E se acontecesse comigo, se a pessoa viesse falar, acho que **eu buscaria ajuda para resolver o problema.**” (H2E2)

“[...] Caso alguém viesse se queixar a mim, **eu primeiro levaria a uma instância superior a minha.** Porque na minha função eu não tenho poder de resolver sozinha.” (H2E5)

“[...] **Sempre quando tenho algum problema mais sério envolvo a diretoria assistencial.** Eventualmente o RH, às vezes envolvo a psicóloga.” (H1E4)

“[...] As chefias de unidades não sabem a quem recorrer em determinados problemas, que devido a quantidade de problemas não se estabelece prioridades. Então você tem dificuldade em retorno ou ajuda. E **acho que quando ela sabe, ela não consegue lidar com o problema.**” (H2E4)

“[...] Hoje a exigência do cliente é maior e **existe um imediatismo na resolução dos problemas e acho que o enfermeiro não está sendo formado para isto.**” (H2E15)

“[...] Então o gestor tem que estar preparado para lidar com todo tipo de assédio e tem que ter o jogo de cintura para poder intervir nestas situações. **O que observo é que dependendo da situação e dos envolvidos eu posso intervir ou não.**” (H1E3)

5.3.2.1.2 Valorizando o diálogo

Para muitos enfermeiros gestores a prática do diálogo constante e permanente, de condutas onde todos, inclusive as chefias, se baseassem no respeito mútuo e no companheirismo seriam formas para se prevenir o assédio no local de trabalho.

“[...] **Quando você é clara com a pessoa você evita problema.** E às vezes a pessoa não está bem, está desanimada, esta descontente, e até não quer ficar na instituição.” (H1E1)

“[...] Acho que primeiro você tem que estar disposta a ouvir, estar com as portas abertas. Acho que caso aconteça o assedio a pessoa não pode sentir uma barreira, que ela possa sentir que pode chegar até você... **Acho que a melhor solução é o**

diálogo. Eu não escuto só um lado, mesmo conhecendo as pessoas envolvidas.” (H1E2)

“[...] **Acho que temos que estimular o diálogo**, sabendo escolher o momento certo para se colocar. Devemos estimular que as pessoas exponham seus sentimentos, mas com respeito.” (H2E6)

“[...] A gente como gestor tem que conhecer a sua equipe, tem que conhecer a personalidade de cada um, saber individualizar cada um e trazê-lo para o objetivo que você quer. **A atitude que tenho é ser o mais claro possível, tendo o cuidado na forma como eu falo**, e respeitando o tempo daquela pessoa. **A comunicação é essencial para você conquistar a pessoa.**” (H1E7)

Molon (2004) nos sinaliza que devemos repensar profundamente o ambiente do trabalho, para que seja uma ambiente saudável, que possibilite a comunicação, o relacionamento, a convivência sadia, e que se valorizem medidas que importe no engrandecimento do trabalhador como ser humano, e não como uma máquina que não pensa e que não tem sentimentos.

“[...] **Deve ser escolhido um momento mais adequado para conversar sobre o que houve... Acho que devemos criar um ambiente gostoso** para trabalhar. **Com respeito ao outro**, no trabalho em equipe. **Acho que tudo isto cria um ambiente de intimidade profissional bom, dificultando um clima agressivo e hostil.**” (H2E3)

5.3.2.1.3 Desafios para a resolução do fenômeno

Apesar de muitos enfermeiros terem apontado o diálogo como uma das ferramentas para minimizar o assédio, o que se verificou é que para os gestores a prática de um relacionamento interpessoal saudável ainda continua sendo um grande desafio.

“[...] Mas **precisamos melhorar ainda os relacionamentos, saber trabalhar em grupo, o comportamental... Que a relação entre as enfermeiras é mais conturbada**, pois devido ao aumento na mudança de processos quanto à qualidade, **temos conversado pouco.**” (H1E4)

“[...] **Quando envolve outros profissionais é um desgaste muito grande.** Pois **depende da diretoria de outra área...**” (H1E6)

“[...] Então **o desafio seria fazer com que eles interajam profissionalmente**, com qualidade, com foco no paciente e não nos seus próprios interesses.” (H1E8)

“[...] Acho que **devemos muito trabalhar as relações** dentro da empresa, pois estamos desvalorizando as pessoas.” (H2E2)

“[...] Acho que **se houvessem grupos de ajuda para tratar o relacionamento interpessoal seria interessante**, pois ele interfere muito nas relações de trabalho.” (H2E7)

Que a dificuldade em se definir o papel do enfermeiro nas instituições hospitalares pode ser foco de conflito no seu dia a dia.

“[...] **O enfermeiro tem que saber qual é o seu papel na equipe**. Isto é muito sério, pois quanto mais houver pressão do dia a dia para produção, menos tempo ele terá para pensar.” (H2E1)

5.3.2.2 Na macroesfera

Para Freitas (2007) toda organização define, explícita ou implicitamente, determinadas estruturas, padrões de relações e de intimidade entre as pessoas que nela trabalham, bem como o que é considerado importante e valorizado por ela. Ao considerar o assédio moral uma questão organizacional, implica assumir que algumas organizações deixam de cuidar de determinados aspectos que favorecem a ocorrência desse fenômeno. E para tanto pressupomos que ele ocorre não porque os dirigentes queiram que ocorra, mas porque eles não dizem que não querem que ele ocorra.

5.3.2.2.1 Existência de políticas organizacionais

O que se verificou foi que o enfermeiro gestor não conseguiu explicitar, nas duas instituições pesquisadas, a existência de políticas estabelecidas de prevenção ao assédio moral.

“[...] **Eu acho difícil a empresa saber sobre o assediador**. Acredito que só no desligamento mesmo.” (H1E5)

“[...] **Não sei o que ela esta fazendo para prevenir.**” (H2E2)

“[...] **Se as pessoas não reclamam, não tem como ela saber.** A avaliação de desempenho que temos aqui é muito subjetiva e não contempla este tipo de situação. **Também não temos políticas de prevenção e tratamento quanto ao assédio.** Ela não te dá subsídios para qual conduta seguir.” (H2E7)

Medidas de prevenção e tratamento não são fáceis de serem implantadas. Pois muitas vezes elas, ao serem executadas, poderiam causar problemas a alguns membros da organização que se considerariam acima de todos os demais, criando-se com isto conflitos de interesses (FREITAS, 2007). Deve-se despertar para a "responsabilidade social da empresa" onde ela própria adota a política interna de apoio aos seus trabalhadores.

6.

Discussão

6 DISCUSSÃO

Esta pesquisa aponta como o enfermeiro gestor lida com o tema assédio moral no ambiente hospitalar. É interessante salientar o quanto foi valiosa a interação que surgiu durante as entrevistas, em que se percebeu um momento de reflexão por parte dos entrevistados para sua prática profissional e talvez até uma sensibilização sobre o tema.

Os achados mostraram que a maioria dos enfermeiros gestores (72%) estavam com idade entre 36 a 50 anos, sugerindo um certo amadurecimento psicológico e que a média em cargo gerencial era de aproximadamente oito anos tornando evidente que este profissional estava bem inserido na cultura organizacional da empresa. Todos tinham pelo menos uma especialização tanto na área administrativa quanto na assistencial, demonstrando em um primeiro momento que o enfermeiro estaria munido de competências para lidar com situações de conflito e até de assédio moral. Entretanto os dados mostraram que os enfermeiros se sentem despreparados (não se identificando uma uniformidade em relação às condutas para lidar com estas situações) e que ainda encaram o relacionamento interpessoal como um desafio a ser trabalhado.

Pelo fato dos enfermeiros apontarem que na maioria das vezes somente ouviu/leu sobre o assunto (80%) ao invés de procurar maiores informações nos demonstra que, para estes profissionais, o tema ainda pode não fazer parte dos assuntos que devam ser trabalhados em sua rotina diária. E que estas organizações hospitalares por não apresentarem políticas para prevenção (desconhecidas pelos enfermeiros gestores) pode ser em decorrência de ainda não se darem conta da seriedade do problema. Isto se mostra contraditório quando se fala em prevenir, pois para muitos autores um passo fundamental na prevenção do assédio moral seria a divulgação de informações sobre o tema.

Verificou-se que os enfermeiros gestores (60%) afirmam sofrer ou ter sofrido assédio moral em sua vida profissional. Este achado vem reforçar a pesquisa de Quine (2001), onde ao entrevistar enfermeiras do Reino Unido, indentificou que quase uma entre duas enfermeiras tinham reportado experiência com um ou mais tipos de assédio moral no trabalho.

Que o agente causador de assédio para a maioria dos enfermeiros pode ser qualquer um dos trabalhadores da organização hospitalar, fato este que contradiz pesquisa realizada pelo Workplace Bullying Institute onde a maioria dos assediadores foram chefes. Também vale lembrar que o assédio moral conceituado por vários autores, pode ocorrer em direções distintas de acordo com o nível hierárquico do assediado e do agressor. Assim, o assédio ascendente seria quando um subordinado agride um superior. Que o assédio descendente, o mais freqüentemente observado, seria quando um superior assedia um empregado. Que o assédio horizontal, seria entre pares. E um quarto tipo de assédio que é o misto, quando várias pessoas participam do assédio, pois neste uma das peças importantes é isolar a vítima, e para tanto, muitas vezes os colegas acabam participando do assédio.

O local onde ocorre o assédio para os enfermeiros gestores tanto pode ser em uma sala fechada como também abertamente, na frente de outros colegas. Isto acaba sendo contraditório, pois um dos principais problemas do assédio é desmascarar o agressor. Sendo que este costuma ter uma imagem bastante positiva dentro da organização, porém agindo de forma fria e perversa, fazendo uso de pequenos atos desestabilizadores que são muito difíceis de identificar.

Porém vale salientar que os sujeitos nesta pesquisa muitas vezes demonstraram que não tinham o conceito de assédio moral muito bem definido, o que já nos alertava a mesma autora em sua investigação, onde comparações deveriam ser tratadas com cautela devido as diferenças de definições e de periodicidade com que ocorriam.

Este grupo de entrevistados demonstrou uma compreensão própria da definição de assédio moral que não é a mesma descrita por alguns autores como Hirigoyen, Leymann e Cassito.

Para estes enfermeiros o conceito de assédio moral seria preferencialmente uma conduta ou ação não ética (pessoal ou em grupo onde ocorre intimidação, humilhação, hostilidade, ofensa, conduta cruel) aparecendo em 21% das respostas. Em seguida sendo considerado o abuso de autoridade (prejudicar ascensão na empresa, desqualificar, manchar a reputação, tarefas inseguras, instruções não claras) com 19% das respostas e também abuso verbal (gritos, xingamentos,

sarcasmo, ameaças) com 19%. Estas respostas concretas equivalem a 59 % das respostas apresentadas.

Isto acaba sendo reforçado através das falas apresentadas onde significados como agressão verbal, ameaças, alteração de voz, abuso de autoridade/poder, desqualificação, falta de respeito profissional e constrangimento seriam sinônimos de assédio moral.

O fato do enfermeiro achar que o abuso de autoridade seja assédio moral, nos faz acreditar que há a necessidade de se entender melhor a dinâmica do poder e do chamado abuso, pois caso contrário, este pode ser entendido inapropriadamente. A partir destas constatações, as percepções destes enfermeiros sobre o fenômeno “assédio moral” tomam proporções ou características peculiares.

Por outro lado há a necessidade de um maior aprofundamento e tentativa de melhor delimitação desta temática, uma vez que muitas ações na área de enfermagem como delegar atividades, tarefas, ordens ou comando podem ser interpretadas pela equipe de enfermagem como autoritária, agressiva e de submetimento.

Quando a maioria dos enfermeiros (64%), aponta que, uma ou duas vezes que acontecem as condutas de “maus tratos” possa ser considerado como assédio moral, vai contra os estudos sobre a duração do mesmo. Isto fica demonstrado em levantamento realizado por Bradaschia (2007) ao mostrar pesquisas em que indicavam que o assédio moral pode ser um processo bastante longo, variando de três meses a cinco anos. Segundo Hirigoyen (2007) o número apontado pelos enfermeiros, não o caracterizaria, sendo somente uma agressão pontual. As agressões pontuais seriam violência, porém não se caracterizando como assédio, pois neste a incidência constante da violência é que o torna destruidor e normalmente, as agressões pontuais são apenas expressão de reatividade, impulsividade, sem necessariamente premeditação.

O mais difícil do assédio moral é detectar quando e por que começa, sendo preciso medir a frequência dos ataques, tanto os diretos (gritos ou insultos) quanto os mais sutis (gestos, omissão de palavras) para detectar em qual momento um conflito pontual se converte em uma perseguição ou em que momento o conflito virou assédio moral.

Chega-se então a um impasse: qual é o limite da comunicação verdadeira entre uma chefia e seus subordinados? O que é considerado abuso ou abuso de poder?

Uma das definições aceitas para poder é aquela dada por Max Weber citado em Cecílio (1999) em que o poder significa toda probabilidade de impor a própria vontade numa relação social contra resistências, seja qual for o fundamento desta probabilidade. Sendo assim, o poder quando exercido de forma legítima tem o sentido de autoridade, nos trazendo também a idéia de consentimento e de obediência. Na enfermagem ele pode se materializar por meio de organogramas formais, nos regulamentos, nos rituais do cargo e tendo como característica principal o fato da relação de dominação ser reconhecida como legítima pelos dominados.

Na sociedade pós-moderna as exigências no ambiente de trabalho, nos diversos ramos de atividades, e, especificamente na gestão hospitalar, tem apresentado características fortemente influenciadas pelo poder econômico, que, como numa “bola de neve” desencadeia uma sucessão de exigências nas diversas esferas, não só a nível hierárquico, como nos inúmeros campos de atuação (assistência direta aos usuários de saúde, aos familiares, as equipes assistenciais em saúde, e em especial aos médicos e a própria administração hospitalar).

Para poder identificar alguns fatores de risco e, assim, tentar prevenir a violência no trabalho foi importante também averiguar as causas que poderiam desencadear o assédio. Os achados da pesquisa nos demonstraram que para os enfermeiros gestores (49%) o assédio moral sempre existiu, mas que hoje as pessoas têm mais consciência dos seus direitos. Isto pode ocasionar certa confusão, pois ter maior consciência não seria motivo de assédio, mas apenas melhor percepção de sua existência e eventualmente também de seus motivos.

Em que uma rigidez de normas e rotinas (46% das respostas), bem como hierarquia rígida (30% das respostas) poderia levar o enfermeiro gestor a assediar, alertando que a organização do trabalho na enfermagem necessita ser melhor identificada e desenvolvida principalmente quanto a gestão. Para Hirigoyen (2002) as más condições de trabalho (ambiente inóspito e sobrecarga de trabalho) e as imposições profissionais são outras formas de agressão que podem ser geralmente vistas como sinônimos de assédio moral.

Que a postura profissional (aqui identificada como ignorância, falta de postura, tratamento em relação às pessoas e modo de comunicação) foi outro fator apontado

como desencadeante para a ocorrência de assédio, nos levando a acreditar que os enfermeiros podem confundir o assediador com aquela pessoa que é agressiva e com dificuldade de relacionamento interpessoal. Aqui se ressalta que o assediador apresenta na maioria dos casos o desejo de poder, e, seu método para subjugar o outro seria enfraquecer o assediado para que possa se sentir engrandecido.

Que a frustração com o trabalho pode conduzir a situações de assédio, quer seja pela sensação por parte dos empregados de que há expectativas contraditórias com relação ao seu trabalho, quer seja pela insegurança quanto às suas obrigações e tarefas.

É claro que para o enfermeiro gestor, que as características de personalidade do assediador deveriam ser detectadas e trabalhadas, pois só assim o indivíduo não se sentiria assediado, isto é, a forma de comunicação entre o gestor e sua equipe marca como o enfermeiro irá pedir a tarefa a ser cumprida. Isto acaba se confirmando com achados de Hirigoyen (2007) em que o agressor possui em sua grande maioria uma personalidade narcisista.

Partindo deste pressuposto teórico, é necessário então ampliar este conceito também para a personalidade do subordinado (equipe de enfermagem). Visto que em alguns casos específicos, há pessoas que não aceitam ou tem dificuldade em receber críticas e que facilmente se sentem rejeitadas, podendo ter dificuldades de relacionamento.

Sem uma definição clara e sem uma experiência real dos protagonistas que caracterizem o assédio moral como tal, fica difícil estabelecer limites reais e concretos sobre as proposições dos gestores (neste caso) e a forma como os colaboradores compreendem a ação.

Em se tratando de um campo onde a subjetividade de ambos os elementos está em ação, um campo específico se cria na relação interpessoal, que vai muito além das tarefas e ordens a serem cumpridas. Passa não só pelos momentos pessoais e particulares de cada um dos protagonistas, mas também das experiências acumuladas e do respeito construído nas relações de trabalho.

Quando se mescla aos fatores interpessoais, as necessidades econômicas da gestão em saúde, além das exigências por resultados competitivos de mercado e principalmente pelas características extremamente particulares e humanitárias que os usuários necessitam e exigem do profissional enfermeiro, corre-se o risco de uma

atuação não condizente com suas funções profissionais, assim como propicia um campo de confusão e esfumaçamento dos papéis a serem exercidos, confirmando o limite tênue entre a solicitação de uma tarefa e a instalação de uma atitude assediadora para que esta mesma tarefa se realize. Isto é reforçado através dos próprios depoimentos, em que os atores ora se sentem assediadores ora se sentem assediados.

Como nos aponta Thoferhn et al. (2008) o fenômeno é complexo pois lida com transtorno emocional e afetivo, assunto ainda envolto por muito preconceito e pouca compreensão, devido ser estes essencialmente os aspectos da subjetividade do ser humano. Para as autoras, a dimensão da subjetividade pode ser compreendida pelos aspectos afetivos e imaginários que envolvem os seres humanos no seu interior e no relacionamento com os outros.

Outro ponto que se pode destacar neste estudo, foi constatar por meio das falas dos enfermeiros, que existe tolerância em relação ao agressor, aqui entendida no sentido de “suporte”. Suportar a existência e a manifestação daquilo que consideramos, a partir de nossas concepções como sendo estranho, inadequado e até mesmo imoral, podendo até fazer parte dos relacionamentos humanos, mas que traz novamente à discussão qual o limite da tolerância, da aceitação do ato do outro e de suas exigências de trabalho.

Nesse sentido a opção por utilizar o termo tolerância e não resiliência aqui entendida como uma adaptação ao sofrimento, sendo um aspecto positivo do ser humano, considerado por muitos como traços de personalidade e temperamento onde as características pessoais como sexo, interação com o ambiente, genética e o tipo de relacionamento que se tem são considerados para se ter flexibilidade e versatilidade nas situações de conflito. Já a tolerância seria o grau de suportabilidade a que o indivíduo está sendo submetido, entendendo-a como um processo ativo e consciente de aceitação ou não do ato designado como sendo de assédio.

Os enfermeiros reconhecem o adoecimento, pois para eles o assédio seria um propiciador de agravos à saúde tanto física como mental. Isto vem reforçar o que Peixoto e Pereira (2005) nos falam sobre o assédio moral afetar a saúde dos trabalhadores de forma negativa, propiciando o surgimento de transtornos psicossomáticos, fenômeno este danoso à saúde física e mental podendo ser

prevenido ou até eliminado a partir de mudanças comportamentais dos estilos de liderança e humanização nas relações de trabalho.

Segundo Hirigoyen (2002) o uso do termo moral juntamente ao termo assédio permitiu explicitar em que contexto este está sendo discutido, pois enquanto o assédio remete a área psicológica, o termo moral remete a uma perspectiva de bem ou mal, correto ou incorreto.

Dessa forma, do ponto de vista moral, a ação dos indivíduos resvala constantemente no consenso coletivo, assim, pode-se determinar objetivamente a transgressão dos valores, ou a sua negação.

Entende-se que a bioética não é uma linha a mais de pensamento ético, seria sim, um espaço para reflexão coletiva de um conflito instaurado em uma sociedade que busca garantir a integridade do ser humano como um princípio básico da sua existência.

A dignidade humana exige o direito ao trabalho digno, visto aqui como uma ação produtiva para a vida do trabalhador. Um ambiente de trabalho que favoreça isto, deixa de promover um estresse moral implicando em um maior equilíbrio das relações interpessoais e possibilitando a inserção do ser na comunidade humana de forma mais satisfatória (RONDELLI, 2008).

De um lado entende-se que o assédio moral é um ato antiético que desrespeita o outro em sua dignidade e se aqui for entendido este tema de maneira mais ampla como diz Silva Junior et al. (2008), o conceito de dignidade estaria associado a outros conceitos de forte conteúdo ético como reconhecimento, respeito, liberdade, igualdade e merecimento. Quando a dignidade implica em respeito, significa conseqüentemente não fazer ao outro o que não se faria a si próprio.

Outro fator relevante na pesquisa foi a constatação da inexistência de políticas de prevenção ao assédio moral nas instituições pesquisadas. Ao escolher para local de estudo organizações hospitalares acreditadas em nível de excelência esperava-se encontrar normatização ou mesmo a implantação de medidas para o gerenciamento de risco quanto ao assédio. Porém através das falas dos enfermeiros verificou-se que estes desconheciam essas políticas.

O empregador, mesmo não sendo diretamente responsável na ocorrência de assédio moral, pode ser reponsabilizado pelo mesmo, pois sempre haverá a possibilidade de haver assédio moral em se tratando de convivência interpessoal em

ambientes conflituosos e com organização do trabalho comprometidas. E a inexistência de políticas quanto à prevenção do assédio, bem como falta de cuidado com as relações pessoais internas, falta de treinamento, atenção e valorização da pessoa humana no ambiente de trabalho, poderiam comprovar o nexo da causalidade.

Portanto faz-se necessário olhar o indivíduo na organização como um ser complexo e não apenas como mais um recurso. Em que o desenvolvimento da percepção sobre o assédio possa ser visto como um desafio ético. Fazendo com que a reflexão bioética se torne necessária quando abarca princípios que possam garantir a qualidade ética das relações humanas. Particularmente se acentuando a necessidade de se ter como referência a própria dignidade e a dignidade do outro nas relações de trabalho. Que respeitar o outro sustentaria um fazer com resultados mais efetivos, de forma a proteger os trabalhadores de enfermagem de qualquer dano advindo de violência no local de trabalho.

7.

Considerações Finais

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio desta pesquisa verificamos como o enfermeiro gestor percebe o assédio moral no trabalho e não consegue identificá-lo e caracterizá-lo de maneira clara. Isto deixa a evidência de que o assunto é ainda muito complexo, trazendo algumas ambivalências, que podem dificultar não só na resolução de um provável conflito como também na identificação de sua própria existência. A identificação de algumas ações, permeadas de grande conteúdo de subjetividade, mas que são sentidas como de agressão pessoal, como constrangimento, alteração de voz, ameaças e desqualificação, entre outras mostraram que a temática do assédio moral está envolta em uma fragilidade conceitual para cada um dos entrevistados. Isto obriga um cuidado redobrado quer na utilização do termo (com forte tendência a banalização, no mundo atual) como na identificação real dos casos em que esta violência verbal e psíquica pode instaurar no indivíduo e na organização hospitalar.

As duas empresas hospitalares pesquisadas mostraram que ainda não estão preparadas para lidar com este assunto, visto que os enfermeiros não conseguiram explicitar políticas ou programas para prevenção que pudessem coibir o surgimento de assédio moral, levando-nos a supor que a discussão sobre este assunto ainda não faz parte do cotidiano das organizações de saúde. Por outro lado, a existência de processos judiciais em que se alega o assédio moral no trabalho, tem trazido o tema como uma nova preocupação para as organizações visto que trazem conseqüências tanto econômicas, como nas relações de trabalho das equipes de saúde de um hospital. O caráter subjetivo desta ação reitera a necessidade de um olhar diferenciado para esta problemática que se apresenta, ainda, envolta em grande complexidade teórica e, conseqüentemente, na dificuldade de construção de possíveis ações preventivas que resgatem valores essenciais da natureza humana.

A enfermagem, cuja profissão, desenvolvida por seres humanos para um outro ser humano, necessita utilizar os referenciais da bioética na sua prática gerencial, acreditando que eles são imprescindíveis na reflexão sobre o assédio moral. A aplicabilidade de valores e princípios morais e éticos ao processo de trabalho gerencial reforçaria o compromisso profissional no agir ético, e conseqüentemente, trazer benefícios para a assistência prestada ao usuário de saúde pela equipe de enfermagem, foco sempre necessário e imprescindível do trabalho de enfermagem.

O presente estudo permite, ainda, algumas outras considerações que procuramos agrupar, em vista de melhor compreensão:

Em primeiro lugar verifica-se que a consciência e conhecimento sobre assédio moral crescem, mostrando-se capaz de reagir diante dele, o enfermeiro gestor. Em outros termos, o desenvolvimento da percepção ética sobre o assédio necessita ser mais bem visto, e que a reflexão bioética precisa estar incorporada no contexto hospitalar.

Sob a ótica da bioética, a percepção do assédio moral como um desafio ético supõe o desenvolvimento de princípios que possam garantir a qualidade ética das relações humanas. Particularmente acentua-se a necessidade de se ter como referência a própria dignidade e a dignidade do outro nas relações, de onde nascem as relações de respeito em suas diferentes formas. Ao respeitarmos o outro (aqui visto equipe de enfermagem) estaríamos sustentando um fazer com resultados mais efetivos, de forma a proteger os seres humanos e evitando causar dano.

Um ponto de embate do assédio, certamente contundente, está nas relações interpessoais. A este respeito, a bioética nos auxiliaria na análise deste problema ao mostrar a importância de revermos alguns referenciais como respeito, dignidade, solidariedade, justiça e fraternidade em nossa prática diária. E quando falarmos em rever nossas relações interpessoais que elas possam também estar associadas com qualidade de vida no trabalho.

Entretanto, as conseqüentes exigências neste tema sugerem uma atenção particular para o ambiente institucional em que o assédio moral possa ser mais claramente percebido e repudiado. Por se tratar de uma organização hospitalar, cujo foco de atuação é, além de restaurar a saúde, promovê-la, parece-nos ilógico que esta mesma organização propicie um ambiente gerador de assédio moral.

As situações de assédio moral com seus componentes subjetivos, fortemente presentes, devem ser identificadas, analisadas e, através da reconstrução coletiva das formas de interação e de comunicação, no respeito mútuo nas relações de trabalho, fornecer o fortalecimento dos laços entre os diversos membros da equipe de saúde e os demais envolvidos e não criar um ambiente desagregador nas relações de trabalho.

A partir do momento que as relações interpessoais no ambiente de trabalho puderem ser mais transparentes, permitindo um diálogo franco e aberto entre os

diversos membros de uma equipe de saúde, certamente inexistirá a possibilidade de ocorrer o assédio moral no trabalho.

É nesta reflexão, embasada nos achados desta pesquisa, que nos conduz para a necessidade de sugerir políticas de tolerância zero quanto ao assédio moral no ambiente hospitalar, tanto através de políticas de promoção, que estimulem comunicações respeitadas interpessoais, como também pelo estabelecimento de práticas constantes em que os indivíduos pudessem exercitar valores éticos básicos como respeito e solidariedade na busca de um trabalho digno, em que se valorizem cada ser humano. Por outro lado, não podemos esquecer que muitas vezes se faz necessário instaurar medidas administrativas que propiciem o coibimento destas práticas abusivas por meio de sanções, pois dependendo do estágio em que se está a situação de assédio, o diálogo, por si só, pode não ser capaz de dar uma resolutividade ao problema.

Ao se considerar o ser humano como o mais importante bem que uma organização possa ter, exige-se que seja construído, constantemente, um ambiente salutar nas diversas relações interpessoais, sem perder de vista que a mola propulsora do desencadeamento do assédio moral mostra que esta temática vai muito além da objetividade das ações que ocorrem no cotidiano do trabalho, necessitando que se aprofunde, e muito, neste vasto campo, teórico e prático.

Referências

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, M. R. M. G. **Assédio moral**: problema antigo, interesse recente. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=11741&p=2>>. Acesso em: 25 mar. 2009.
- ALKIMIN, M. A. **Assédio moral na relação de emprego**. Curitiba: Juruá, 2005.
- ANJOS, M. F. Dignidade humana em debate. **Revista Bioética**, v15, n.12, p.109, 2005.
- ARAUJO, A. R. **O assédio moral organizacional**. Dissertação (Mestrado em Direito)- Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2006.
- BADIN, M. P. M. **Assédio moral**: seu (re) conhecimento pelos alunos de graduação de enfermagem. 2008. 79f. Dissertação (Mestrado em Bioética)- Centro Universitário São Camilo, São Paulo, 2008.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BALSANELLI, A. P.; JERICÓ, M. C. Os reflexos da gestão pela qualidade total em instituições hospitalares brasileiras. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.18, n.4, p.397-402, 2005.
- BARRETO, M. M. S. **Violência, saúde, trabalho**: uma jornada de humilhações. São Paulo: EDUC, 2003.
- BELLATO, R.; PASTI, M. J.; TAKEDA, E. Algumas reflexões sobre o método funcional no trabalho da enfermagem. **Revista Latino- americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.5, n.1, p.75-81, jan. 1997.
- BERNARDES, A. et al. Os ruídos encontrados na construção de um modelo democrático e participativo de gestão hospitalar. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.12, n.4, p. 861-870, 2007.
- BOEMER, M. R.; SAMPAIO, M. A. O exercício da enfermagem em sua dimensão bioética. **Revista Latino- americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 2, p. 33-38, ab.1997.
- BRADASCHIA, C. A. **Assédio moral no trabalho**: a sistematização dos estudos sobre um campo em construção. 2007. 230f. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas)- Fundação Getulio Vargas, São Paulo, 2007.
- BRAZ, M. Bioética e violência. **Bioética**, v.12, n. 2, 2004.

- BRAZ, M.; RAGGIO, A.; JUNGES J. R. Desafios globais e participação da bioética brasileira. In: ANJOS, M. F., SIQUEIRA, J. E. (Org.) **Bioética no Brasil: tendências e perspectivas**. São Paulo: Idéias e Letras; Sociedade Brasileira de Bioética, 2007.
- BROCKA, B. M.; BROCKA, S. **Gerenciamento da qualidade**. São Paulo: Makron Books, 1994.
- CALVO, A.C. **O assédio moral no ambiente de trabalho**. Disponível em: <<http://www.uj.com.br/publicacoes/doutrinas/default.asp?action=doutrina&iddoutrina=1731>>. Acesso em: 08 jan. 2008.
- CAMPOS, A. C. B. **Avaliação de uma instituição na área da saúde com base no programa de acreditação hospitalar: um estudo de caso**. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção)- Universidade Federal de Santa Maria, 2006.
- CASSITO, M. G. et al. **Sensibilizando sobre el acoso psicológico en el trabajo**. Organización Mundial de La Salud, 2004. (serie: Protección de la salud de los trabajadores, n.4) Disponível em: <http://www.who.int/occupational_health/publications/harassment/es/index.html>. Acesso em: 10 fev. 2008.
- CARVALHO, G. D. **Mobbing nos enfermeiros: estudo preliminar**. Grupo ISLA, EC-ISLA, Portugal, 2007. Disponível em: <[http://www.islagaia.pt/ECISLA07/Carvalho%20\(2007\)%20Mobbing%20nos%20enfermeiros.pdf](http://www.islagaia.pt/ECISLA07/Carvalho%20(2007)%20Mobbing%20nos%20enfermeiros.pdf)>. Acesso em: 02 mar. 2008.
- CECÍLIO, L. C. O. Autonomia versus controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v.4, n.2, p. 315-29, jul./dez. 1999.
- CEZAR, E. S. **Problemas de violência ocupacional em um serviço de urgência hospitalar da cidade de Londrina-Paraná**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental)- Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.
- CHAÚÍ, M. Público, privado e despotismo. In: NOVAES, A. (Org.). **Ética**. São Paulo: Companhia das Letras, 2007. p.488-505.
- COHEN, C. A violência e o frágil argumento da tolerância: os limites da tolerância. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE BIOÉTICA. Recife, 2004. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/adm/dc/cobi/artigo/artigo8.pdf>>. Acesso em: 02 fev. 2009.
- COLLET, N.; GOMES, E. L. R.; MISHIMA, S. M. Método funcional na administração em enfermagem: relato de experiência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 47, n.3, p. 258-64, jul./set. 1994.

- COSTA, F. A. NR-32 e biossegurança em estabelecimentos e serviços de assistência à saúde. In: FELDMAN, L. B. **Gestão de risco e segurança hospitalar**. São Paulo: Martinari, 2008.
- CUNHA, I. C. K. O.; XIMENES NETO, F. R. G. Competências gerenciais de enfermeiras: um novo velho desafio? **Texto e Contexto Enfermagem**, v.15, n.3, p.479-82, jul./set. 2006.
- D'INNOCENZO, M. (Coord.). **Indicadores, auditorias, certificações: ferramentas de qualidade para gestão em saúde**. São Paulo: Martinari, 2006.
- DEI SVALDI, J. S.; LUNARDI FILHO, W. D.; GOMES, G. C. Apropriação e uso de conhecimentos de gestão para a mudança de cultura na enfermagem como disciplina. **Texto Contexto Enfermagem**, v.15, n.3, p.500-7, jul./set. 2006.
- DI MARTINO, V. Country case studies (Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand and an additional Australian study): Synthesis Report. Geneva, 2002. ILO, ICN, WHO and PSI Joint Programme on Workplace Violence. Disponível em: <<http://www.icn.ch/SynthesisReportWorkplaceViolenceHealthSector.pdf>>. Acesso em: 21 out. 2008.
- DI MARTINO, V. Workplace violence in the health sector- Relationship between work stress and workplace violence in the health sector. Geneva, 2003. Disponível em: <<http://www.ilo.org/public/english/dialogue/sector/papers/health/stress-violence.pdf>>. Acesso em: 11 out. 2008.
- DIAS, H. H. Z. R. **O “des” cuidado em saúde: a violência visível e invisível no trabalho de enfermagem**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.
- FARIAS, D. E. C. S. **A nova gestão hospitalar: uma reflexão bioética sobre o exercício profissional do enfermeiro**. Dissertação (Mestrado em Bioética)- Centro Universitário São Camilo, São Paulo, 2007.
- FELDMAN, L. B. **Como alcançar a qualidade nas instituições de saúde: critérios de avaliação, procedimentos de controle, gerenciamento de riscos hospitalares até a certificação**. São Paulo: Martinari, 2004.
- FELDMAN, L. B. Gestão de risco na enfermagem. In: _____. **Gestão de risco e segurança hospitalar**. São Paulo: Martinari, 2008.
- FELDMAN, L. B.; SIMONATTO, O. A gestão de risco na visão da Acreditação Nacional – ONA. In: FELDMAN, L. B. **Gestão de risco e segurança hospitalar**. São Paulo: Martinari, 2008.
- FERREIRA, B. W. Análise de conteúdo. **Aletheia**, n.11, jan./jun. 2000.

- FERREIRA, D. P.; LIRA, A. C. O. O papel da informação no hospital do futuro. **O Mundo da Saúde**, v.24, n.3, ano 24, maio/jun. 2000.
- FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Florence Universitária, 1998.
- FREITAS, M. E.; HELOANI, R.; BARRETO, M. **Assédio moral no trabalho**. São Paulo: Cengage Learning, 2008.
- FREITAS, M. E. Assédio moral e assédio sexual: faces do poder perverso nas organizações. **RAE - Revista de Administração de Empresas**, v. 41, n. 2, p. 8-19, abr./jun. 2001. Disponível em: <<http://www.rae.com.br/eletronica>>. Acesso em: 10 nov. 2008.
- FREITAS, M. E. Quem paga a conta do assédio moral no trabalho? **RAE - Revista de Administração de Empresas**, v. 6, n. 1, Art. 5, jan./jun. 2007. Disponível em: <<http://www.rae.com.br/eletronica>>. Acesso em: 15 nov. 2008.
- GIL, A. C. et al. Porque fazer pesquisa qualitativa em saúde? **Caderno de Saúde - Caderno Pesquisa em Ciências da Saúde**, v.1, n.2, 2º sem. 2002.
- GOMES, J. C. M. Saúde e violência, uma contradição bioética. **Bioética** v. 12, n.2, 2004.
- HELOANI, R. Assédio moral: a dignidade violada. **Aletheia**, Canoas, n.22, dez. 2005.
- HIRIGOYEN, M. F. **Mal estar no trabalho**: redefinindo o assédio moral. Rio de Janeiro: Bertrand do Brasil, 2002.
- HIRIGOYEN, M. F. **Assédio moral**: a violência perversa no cotidiano. 9.ed., Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2007.
- HOLANDA, A. Questões sobre pesquisa qualitativa e pesquisa fenomenológica. **Análise Psicológica**, v.3, n.24, p. 363-372, 2006.
- HOSSNE, W. S. Bioética – princípios ou referenciais? **O Mundo da Saúde**, v.30, n.4, p. 673-676, out./dez. 2006.
- ILO; ICN; WHO; PSI. Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector. GENEVA: ILO, 2003. Disponível em: <<http://www.ilo.org/public/english/dialogue/sector/papers/health/guidelines.pdf>>. Acesso em: 02 mar. 2009.
- INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION (ILO) **Workplace violence in the health sector**. 2003. Disponível em: <<http://www.ilo.org/public/english/dialogue/sector/papers/health/stress-violence.pdf>>. Acesso em: 10 mai. 2008.

- JIMÉNEZ, M. A. G. **Liderança de enfermagem nas organizações de saúde da Cidade do México, Distrito Federal**. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.
- JORGE, M. S. B. et al. Gerenciamento em enfermagem: um olhar crítico sobre o conhecimento produzido em periódicos brasileiros (2000-2004). **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.60, n.1, p.81-6, jan./fev. 2007.
- KANT, I. **Crítica da razão prática**. 2.ed. São Paulo: Martin Claret, 2003.
- KIPPER, D. J.; OSELKA, G. W.; AYER, R. Bioética clínica. In: ANJOS, M. F.; SIQUEIRA, J. E. (Org.). **Bioética no Brasil: tendências e perspectivas**. Aparecida: Idéias e Letras; São Paulo: Sociedade Brasileira de Bioética, 2007.
- KURCGANT, P. **Administração em enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991.
- LEYMANN, H. The definition of mobbing. In: **THE MOBBING Encyclopaedia**. 1996. Disponível em: <<http://www.leymann.se>>. Acesso em: 29 out. 2007.
- LIMA, M. E. O enfermeiro nas equipas de saúde. Ordem dos Enfermeiros, Portugal, 2008. Disponível em: <<http://www.ordemenfermeiros.pt/>>. Acesso em: 05 jan. 2009.
- LOPER, A. **Assédio moral no trabalho: o ilícito silencioso**. (Trabalho elaborado para avaliação no Curso de Pós-Graduação em Direito Constitucional)-Unigran, Dourados, MS. 2002. Disponível em: <<http://www.assediomoral.org.br/>>. Acesso em: 03 mar. 2009.
- LOURENÇO, M. R.; TREVIZAN, M. A. Líderes da enfermagem brasileira: sua visão sobre a temática da liderança e sua percepção a respeito da relação liderança e enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.9, n.3, p.14-9, maio 2001.
- MARCONDES, D. **Textos básicos de ética: de Platão à Foucault**. 2.ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007.
- MATOS, E. **Novas formas de organização do trabalho e aplicação na enfermagem: possibilidades e limites**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.
- MATOS, E.; PIRES, D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, v.15, n.3, p.508-14, jul./set. 2006.
- MENDES, I. A. C.; TREVIZAN, M. A.; LOURENÇO, M. R. La gerencia aclarada en el trabajo del enfermero. **Revista Latino- americana de Enfermagem**, v.10, n.5, p.704-08, set./out. 2002.

- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 9.ed, São Paulo: Hucitec, 2006.
- MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Caderno de Saúde Pública**, v.9, n.3, p.239-262, jul./set. 1993.
- MOLON, R. C. Assédio moral no ambiente do trabalho e a responsabilidade civil: empregado e empregador. **Jus Navigandi**, 2004. Disponível em:< <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=6173>>. Acesso em: 13 jan. 2009.
- MONTEIRO, J. K.; ESPIRITO SANTO, F. C., BONACINA, F. Valores, ética e julgamento moral: um estudo exploratório em empresas familiares. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.18, n.2, p.237-246, 2005.
- MUROFUSE, N. T. **O adoecimento dos trabalhadores de enfermagem da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais**: reflexo das mudanças no mundo do trabalho. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.
- NAKAMURA, A. P.; FERNANDEZ, R. A. Assédio moral. **Aletheia**, n.19, p.69-74, jun. 2004.
- NUNES, L. Usuários dos serviços de saúde e os seus direitos. **Revista Brasileira de Bioética**, v.2, n.2, p.201-219, 2006.
- OCCUPATIONAL SAFETY and HEALTH ADMINISTRATION- OSHA, **O assédio moral no local de trabalho**, 2002. Disponível em: <<http://osha.europa.eu/pt/publications/factsheets/23>>. Acesso em: 17 out. 2008.
- OLINISKI, S. R.; LACERDA, M. R. As diferentes faces do ambiente de trabalho em saúde. **Cogitare Enfermagem**, v. 9, n. 2, 2004.
- OLIVEIRA, A. A. Interface entre bioética e direitos humanos: o conceito ontológico de dignidade humana e seus desdobramentos. **Revista Bioética**, v.15, n.2, p.170-85, 2007.
- PEGORARO, O. A. Problemas de ética e bioética. **Bioethikos**, v.2, n.2, p.214-222, 2008.
- PEIXOTO, O. S.; PEREIRA, I. V. Assédio moral no trabalho: repercussões sobre a saúde do trabalhado. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 3, n.2, p. 35-7, ago./dez. 2005.
- PESSINI, L. Bioética na América Latina: algumas questões desafiantes para o presente e futuro. **Bioethikos**, v. 2, n.1, p.42-49, 2008.

- PIÑUEL Y ZABALA, I. La nueva plaga laboral del siglo XXI. 2003. Disponível em: < www.mobbing-opinion.com >. Acesso em: 01 abr. 2009.
- PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: CUT/ANNABLUME, 1998.
- POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5.ed., Porto Alegre: Artmed, 2004.
- PROCHNOW, A. G. et al. O conflito como realidade e desafio cultural no exercício da gerência do enfermeiro. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v.41, n.4, p.542-50, 2007. Disponível em: <http://ee.usp.br/reeusp/>. Acesso em: 10 fev. 2009.
- QUEST Consultoria e Treinamento Responsabilidade Civil **Guia prático para dentistas, médicos e profissionais da saúde**. São Paulo: Quest, 1998.
- QUINE, L. Workplace bullying in nurses. **Journal of Health Psychology**, v.6, n.1, p. 73–84, 2001.
- RONDELLI, C. M. **Assédio moral na relação de emprego e responsabilidade civil do empregador**. 2008. 300f. Dissertação (Mestrado em Direito)- Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2008.
- RUTHES, R. M. CUNHA, I. C. K. O. As competências e a gestão de risco. In: FELDMAN, L. B. **Gestão de risco e segurança hospitalar**. São Paulo: Martinari, 2008.
- SILVA, M. A. **Complexidade e sistema de enfermagem hospitalar**. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção)- Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.
- SILVA JUNIOR, W. J.; HOSSNE, W. S.; SILVA, F. L. Dignidade humana e bioética: uma abordagem filosófica. **Bioethikós**, v.2, n.1, p.50-64, 2008.
- SIQUEIRA, J. E.; PORTO, D.; FORTES, P. A.C. Linhas temáticas da bioética no Brasil. In: ANJOS, M. F., SIQUEIRA, J. E. (Org.). **Bioética no Brasil: tendências e perspectivas**. Aparecida: Idéias e Letras; São Paulo: Sociedade Brasileira de Bioética, 2007.
- SPAGNOL, C. A.; FERNANDES, M. S. Estrutura organizacional e o serviço de enfermagem hospitalar: aspectos teóricos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.25, n.2, p.157-64, ago. 2004.
- SPEEDY, S. Workplace violence: the dark side of organizational life. **Contemporary Nurse**, mai. 2006.

- TERRA, M. G. et al. Na trilha da fenomenologia: um caminho para a pesquisa em enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, v.15, n.4, p.672-678, out./dez. 2006.
- THOFEHRN, M. B. et al. Assédio moral no trabalho da Enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v.13, n.4, p.597-601, out./dez. 2008.
- VALADARES, G. V.; VIANA, L. O. A globalização, as formas de organização do trabalho e a enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 9, n.1, p.116 -123, abr. 2005.
- VASCONCELOS, I. F. G.; VASCONCELOS, F. C. Gestão de recursos humanos e identidade social: um estudo crítico. **RAE - Revista de Administração de Empresas**, v. 42, n.1, jan./mar. 2002.
- XAVIER, A. C. H. et al. Assédio moral no trabalho no setor saúde no Rio de Janeiro: algumas características. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v.33, n.117, p.15-22, 2008.
- ZALUAR, A.; LEAL, M. C. Violência extra e intramuros. **RBCS**, v.16, n.45, fev. 2001.
- ZOBOLI, E. L. C. Os enfoques da bioética e as intervenções em enfermagem em saúde coletiva. **Cadernos - Centro Universitário São Camilo**, v.12, n.2, 2006.
- ZOBOLI, E. L. C. P.; SARTÓRIO, N. A. Bioética e enfermagem: uma interface no cuidado. **O Mundo da Saúde**, v.30, n.3, p. 382-397, jul./set. 2006.
- WORKPLACE BULLYING INSTITUTE The Workplace Bullying Institute U.S. Workplace Bullying Survey. Sept, 2007. Disponível em: <<http://www.bullyinginstitute.org/zogby2007/wbi-zogby2007.html>>. Acesso em: 25 out. 2008.

Apêndices

Apêndice 1

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

NOME DO ENFERMEIRO:

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº:

SEXO: M() F()

DATA DE NASCIMENTO:

ENDEREÇO:

Nº

APTO:

CEP:

TELEFONE: DDD ()

Título provisório da pesquisa: Liderança em Enfermagem e o Assédio Moral: Uma reflexão bioética.

Você está sendo convidada (o) a participar de uma pesquisa que tem como objetivos: Fazer uma leitura do assédio moral a partir de alguns referenciais da Bioética, identificar as percepções do enfermeiro gestor sobre o assédio moral no ambiente hospitalar e identificar na gestão de enfermagem desafios para a prática de procedimentos (bio) éticos relacionados ao assédio moral.

Esta pesquisa faz parte da minha dissertação de mestrado apresentada ao curso de Mestrado em Bioética do Centro Universitário São Camilo sob orientação da profa. Dra. Vera Lucia Zaher.

Pretende-se conhecer sua opinião sobre alguns conceitos de assédio moral, quais as prováveis situações de conflito na atividade do enfermeiro gestor. Para tanto foi elaborado um roteiro para nortear a pesquisa, que se dará por meio de uma entrevista realizada pela própria pesquisadora, com horário marcado e em acordo com a sua agenda de trabalho. Você poderá decidir o dia e a hora da entrevista, cuja duração será aproximadamente de uma hora. Para tanto lhe informo que poderá ser necessário gravar a entrevista. O local da realização da entrevista será de livre escolha, na própria instituição ou no lugar onde se sinta mais cômoda (o). Coloco-me à disposição para esclarecer todas as dúvidas com relação ao estudo. Ratifico que os dados obtidos em nenhum momento serão identificados com nome do participante bem como da instituição em que trabalha.

Esclareço que os benefícios em decorrência de sua participação serão de caráter pessoal com fins científicos. Para tanto não deverão existir desconfortos ou riscos pessoais em decorrência de sua participação, assim como ônus ou retorno financeiro advindo de sua colaboração. Sinta-se livre para a qualquer momento e por motivo que julgar justo, recusar sua participação, não havendo penalizações.

Assinatura do enfermeiro

Pesquisador

PESQUISADORA: Rosa Maria Peres

Rua Leocádia Cintra nº 100 aptº 112-A

Mooca - São Paulo – São Paulo

E-mail: rosamperes@hotmail.com

Fone (celular): (11) 7129-2073

Apêndice 2

Nº: _____

A. Identificação:

1. Sexo: M () F ()
2. Idade: _____ anos
3. Tempo de formada (o): _____ anos
4. Titulação: () graduação
() especialização. Quais: _____
() mestrado
() doutorado
5. Tempo na instituição: _____ anos
6. Tempo em cargo gerencial: _____ anos
7. Número de colaboradores sob sua supervisão direta: _____

B. Questionário:

1. Sobre informações quanto ao assédio moral no trabalho, você: (anote o que for pertinente)

- () Tem ouvido falar, de modo geral, mas tem pouca clareza a respeito
- () Teve oportunidade de ler ou ouvir, gerando alguma clareza sobre o tema
- () Tem procurado leituras e maiores informações sobre o assunto
- () Ainda não ouviu falar sobre o assédio moral

2. O que você acha que se possa ser assédio moral (anote o que for pertinente):

- () Abuso verbal (gritos, xingamentos, sarcasmo, ameaças)
- () Conduta/ ação (pessoal ou em grupo onde ocorre intimidação, humilhação, hostilidade, ofensa, conduta cruel)
- () São desentendimentos entre chefia e trabalhador
- () Abuso de autoridade (prejudicar ascensão na empresa, desqualificar, manchar a reputação, tarefas inseguras, instruções não claras)
- () É toda falta de respeito para com o trabalhador
- () Interferência no desempenho profissional (sabotar o trabalho, desestabilizar emocionalmente, desproteger)
- () É todo tipo de pressão para obter resultados
- () Destruição das relações de trabalho (entre colegas, chefia ou cliente)
- () Outra _____
- () Não sei responder

3. Em sua opinião qual seria a duração dos maus tratos para se considerar assédio moral:

- Mais de 12 meses
- 6 – 12 meses
- Menos que 6 meses
- Uma ou duas vezes

4. Hoje o assédio moral acontece por que: (anote o que for pertinente)

- As pessoas estão mais individualistas
- Existe necessidade de pressão para se obter qualidade
- Há um aumento de competitividade
- Sempre houve assédio, mas hoje há mais consciência sobre o assunto
- Deu-se mudanças na gestão hospitalar
- Hoje se vive em tempos de globalização
- “Coisificação” do ser humano
- Outros _____

5. No trabalho, você sofreu ou testemunhou um ou mais tipos de tratamentos desrespeitosos como: sabotagem de outros para que o trabalho não fosse realizado, abuso verbal, intimidação, humilhação ou conduta hostil?

- Sim , estou vivenciando isto agora/ou no último ano.
- Sim, aconteceu comigo em minha vida profissional,mas não no último ano.
- Somente testemunhei.
- Eu tenho sido o que realiza estes tipos de tratamento.
- Nunca aconteceu comigo e nunca testemunhei.

6. Em sua opinião, onde ocorre o assédio moral?

- Abertamente, na frente de colegas de trabalho.
- Em uma sala fechada
- Em uma sala fechada, porém onde outros possam ouvir.
- Não sei responder

7. Em sua opinião, o assédio moral pode ser ocasionado por:

- Somente uma pessoa
- Por várias pessoas
- Por uma ou várias pessoas
- Não sei responder

8. Quem pode ser o assediador?

-) Chefia
-) Subordinados
-) Colega do mesmo nível hierárquico
-) Todas as alternativas acima
-) Não sei responder

9. O que poderia favorecer o enfermeiro gestor a exercer assédio moral? (anote o que for pertinente)

-) Rigidez de normas e rotinas
-) Rotina das atividades
-) Precariedade de recursos humanos
-) Precariedade de recursos materiais
-) Trabalho por turnos
-) Ritmo de trabalho
-) Pouca autonomia
-) Hierarquia rígida
-) Outros _____

10. Qual atitude você teria se algum colaborador lhe informasse sobre assédio moral no trabalho:

-) Ignorar
-) Conversar com o assediador
-) Procurar ajuda entre pessoas confiáveis e investigar o ocorrido
-) Conversar com o assediado para ficar quieto e agüentar firme
-) Encaminhar o assediado ao serviço de medicina do trabalho
-) Encaminhar o problema a uma instância maior
-) Outra _____

11. Você acha que o assédio moral possa levar à problemas de saúde física do assediado?

-) Sim) Não) Não sei responder

12. Você acha que o assédio moral possa levar à problemas de saúde mental do assediado?

-) Sim) Não) Não sei responder

13. Em sua opinião, por que o indivíduo se sente assediado?

-) Alguns aspectos da personalidade do assediado
-) O assediado não aceitar ordens da chefia
-) O assediador é levado pela chefia superior a agir assim
-) Alguns aspectos da personalidade do assediador
-) Não sei responder

Apêndice 3

Nº: _____

C. Entrevista:

1. No seu trabalho diário você se sente pressionado a tomar decisões que muitas vezes possam ser contrários aos seus valores pessoais? () Sim () Não
2. Se sim, explique:
3. Você já presenciou alguma situação de assédio moral? () Sim () Não
4. Se sim, descreva como ocorreu. E como terminou.
5. Que atitudes você poderia ter, como gestor de serviço, para minimizar a ocorrência de assédio moral?
6. E o que você acha que a sua empresa poderia fazer?
7. Em sua opinião, quais os desafios que o enfermeiro gestor poderia ter para inibir a ocorrência de assédio moral.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)