ELLEN MARIA HAGOPIAN

**ASSÉDIO MORAL NA VIVÊNCIA DE ENFERMEIROS:
PERSPECTIVA FENOMENOLÓGICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestra em Ciências

Área de concentração: Fundamentos e Práticas de Gerenciamento em Enfermagem e em Saúde

Orientador: Prof. Dr. Genival Fernandes de Freitas

São Paulo

2016

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)

Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Hagopian, Ellen Maria

Assédio moral na vivência de enfermeiros: perspectiva fenomenológica / Ellen Maria Hagopian. São Paulo, 2016.
166 p.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientador: Prof. Dr. Genival Fernandes de Freitas

Área de concentração: Fundamentos e Práticas de Gerenciamento em Enfermagem e em Saúde

1. Comportamento Social. 2. Enfermeiros. 3. Assédio moral.
4. Ética da enfermagem. I. Título.

Nome: Ellen Maria Hagopian

Título: Assédio moral na vivência de enfermeiros: perspectiva fenomenológica.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestra em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof.Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedico este trabalho a todo profissional da enfermagem que já sofreu exposição ao assédio moral. Comprometo-me com a nossa categoria manter esforços nesta luta e reproduzir meus conhecimentos para a mobilização contra a prática desta violência.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho não seria factível sem a contribuição altruísta de algumas pessoas, a quem presto meu reconhecimento pelo benefício de tê-las em meu caminho:

Ao **Professor Dr. Genival Fernandes de Freitas**, ser humano ímpar, ao qual não tenho palavras para expressar o que senti durante esta pequena jornada. Nele, identifiquei as melhores virtudes humanas como o amor, a justiça, a coragem, a temperança, a prudência, a generosidade, a humildade, a simplicidade, o humor, dentre tantas outras. A sua intelectualidade em conjunto com estas virtudes encorajou-me a sair da inércia e buscar novos caminhos e a ele transmito meu eterno agradecimento e admiração.

Ao **meu filho, Davi**, minha força motriz, meu estímulo cotidiano, pessoa responsável pela minha ansiedade em ser alguém melhor a cada dia, por simplesmente, me ensinar o que é o amor.

Aos **meus pais, Angela e Edmond**, pela infinita dedicação. A de uma vida inteira.

Ao **Sérgio Lisboa da Silva**, pelo apoio e por me mostrar o lado prático, justo e destemido da vida.

À **minha irmã, Carolina Hagopian** (*in memoriam*), que compartilhou junto comigo a alegria do ingresso nesta etapa e partiu logo em seguida. Levo comigo seu contentamento durante a vida e a serenidade com que se foi.

Aos **meus companheiros de pós-graduação Kleber, Magali, Thais, Vinícius** pela amizade sem pretextos. Pelo carinho e oportunidade de aprendizagem.

Aos ***enfermeiros participantes da pesquisa***, os quais me confiaram seus sofrimentos e corajosamente evidenciaram seus cotidianos.

À FÉ concedida por Deus ao meu caminho como companheira que oportuniza o otimismo em acreditar que toda luta finaliza na vitória.

“Age de tal modo que a máxima de tua ação possa sempre valer como princípio universal.”

Immanuel Kant

Hagopian EM. Assédio moral na vivência de enfermeiros: perspectiva fenomenológica [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo;2016.

RESUMO

Introdução: O assédio moral evidencia uma problemática atual no mundo do trabalho, podendo interferir na qualidade da assistência prestada, uma vez que impacta, diretamente, na saúde do trabalhador assediado e interfere na sua qualidade de vida, dos colegas e fluxo de trabalho. Esse fenômeno social pode propiciar, também, o aumento do absenteísmo e diminuição da produtividade. **Objetivo:** Compreender os significados atribuídos pelos enfermeiros ao assédio moral vivenciado no ambiente de trabalho. **Método:** Optou-se por realizar uma pesquisa qualitativa, com abordagem da fenomenologia social de Alfred Schütz. A região de inquérito foi constituída por nove enfermeiros de um hospital privado do Município de São Paulo. As entrevistas foram individuais e os depoimentos foram gravados, transcritos e analisados com base nos pressupostos teóricos da teoria da ação social, de Alfred Schütz. **Resultados:** Os dados obtidos possibilitaram conhecer e compreender as vivências dos enfermeiros, tanto em relação à prática do assédio moral e seus significados (motivos porque), quanto às expectativas que esse grupo social possui no tocante à necessidade de transformação dessa realidade social (motivos para). Os “motivos porque” destacam a forma com que os enfermeiros entendem a ocorrência do assédio moral. Esta percepção elucidou o assédio como prática inerente à profissão da enfermagem, ocasionada por profissionais hierarquicamente superiores e expostos à pressão institucional. A insegurança profissional também é vista como um motivo da prática do assédio moral. Os “motivos para” convergem no desejo de que a verdade não seja escamoteada por parte da instituição, dos colegas e do serviço de pessoal, para que sejam providas orientações e apoio às vítimas do assédio moral. Existe o anseio pela construção de um fluxo de diálogo concreto dos trabalhadores de enfermagem, que se sentem imersos em situações desgastantes no ambiente de trabalho e aspiram que o Conselho de Fiscalização das atividades profissionais, possa ampará-los na luta contra a ocorrência do assédio moral. **Considerações finais:** Este estudo possibilitou a compreensão dos significados atribuídos ao assédio moral na vivência de enfermeiros, revelando circunstâncias predisponentes desse fenômeno e as expectativas dos sujeitos, para que sejam suscitadas estratégias de enfrentamento dessa problemática no ambiente de trabalho, de forma articulada com a política institucional, possibilitando transformações dessa realidade social, por vezes tão nefasta no campo das relações interpessoais, por acarretar desgastes e sofrimentos ao trabalhador.

Palavras-chave: Comportamento Social. Enfermeiros. Violência laboral. Exposição a violência. Ética em Enfermagem.

Hagopian EM. *Bullying in nurses' experience: phenomenological perspective* [dissertation]. "São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo"; 2016.

ABSTRACT

Introduction: Bullying highlights a current problem in the work's world and may interfere with the quality of provided assistance, as it impacts directly on harassed worker's health and interferes with their quality of life, their colleagues and the workflow. This social phenomenon can provide, as well, the absenteeism increase and productivity decrease. **Objective:** Understand the meanings assigned by the nurses experienced harassment in the workplace. **Method:** We decided to perform a qualitative research with approach of social phenomenology of Alfred Schütz. The inquiry region was composed of nine nurses from a private hospital in the city of São Paulo. The interviews were individual and the testimonials recorded, transcribed and analysed based on the theoretical assumptions of the theory of social action of Alfred Schütz. **Results:** Obtained data allow us to know and understand nurses experiences in relation to both the practice of bullying and their meanings (reasons why), how many the expectations that this social group has, regarding the need for transformation of this social reality (reasons for). The "reason why" highlight the way the nurses understand the bullying occurrence. This perception elucidated the harassment as an inherent practice in the nursing profession, caused by hierarchically superior professionals exposed to institutional pressure. The professional insecurity could also be a reason to practice of bullying. The "reasons for" converge to a hope that the truth be not obfuscated by the institution, colleagues and the personal service, so that guidelines and support to the victims of bullying be given. There is the longing for the construction of a concrete dialogue flow among nursing workers, who feel immersed in stressful situations in the workplace and get help of the Supervisory Board of professional activities, to support them in the fight against the occurrence of bullying. **Final considerations:** This study allowed us to understand the meanings attributed to bullying in nurses' experience. Reveals predisposing circumstances of this phenomenon and the expectations of the workers, to find special strategies in the workplace for this problematic, in order to enable transformations of this social reality, sometimes so damaging in interpersonal relations since it causes damage and suffering to the worker.

Keywords: Social Behaviour. Nurses. Workplace violence. Exposure to violence. Ethics in nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Esquema I	Percurso metodológico representativo a partir do referencial teórico filosófico de Alfred Schütz	50
Esquema II	Inquietações e Questões Norteadoras	51
Esquema III	Trajetória Metodológica	52
Esquema IV	Construção do tipo vivido	95

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Situações de conflitos normais <i>versus</i> assédio moral	15
Tabela 2	Classificação das ações de assédio moral no trabalho	19

LISTA DE SIGLAS

CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREn	Conselho Regional de Enfermagem
EEUSP	Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
TCLE	Termo de Esclarecimento Livre e Esclarecido

LISTA DE ABREVIATURAS

E1	entrevistado 1
E2	entrevistado 2
E3	entrevistado 3
E4	entrevistado 4
E5	entrevistado 5
E6	entrevistado 6
E7	entrevistado 7
E8	entrevistado 8
E9	entrevistado 9
LER	Lesões por esforços repetitivos
n.	número
%	por cento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	03
1.1 REVISÃO DA LITERATURA E DELIMITAÇÃO DA TEMÁTICA	09
1.1.1 A violência laboral e o assédio moral	09
1.1.1.1 Diferenciação entre assédio moral e conflito no ambiente laboral	14
1.1.2 A evolução do trabalho	20
1.1.2.1 A organização do trabalho na enfermagem	23
1.1.2.2 O interesse oculto na banalização da violência	33
1.2 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO E O PROBLEMA ESTUDADO	38
1.3 OBJETIVO	41
2 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	45
2.1 TIPO DE PESQUISA	45
2.2 OS ASPECTOS ÉTICOS DO ESTUDO	45
2.3 REGIÃO DE INQUÉRITO E CENÁRIO DA PESQUISA	46
2.4 SUJEITOS DA PESQUISA	46
2.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DEPOIMENTOS	47
2.6 MOMENTO DA ANÁLISE COMPREENSIVA DOS DISCURSOS	49
3 REFERENCIAL TEÓRICO FILOSÓFICO: A TEORIA DA AÇÃO SOCIAL DE ALFRED SCHÜTZ	55
3.1 A FENOMENOLOGIA NA PERSPECTIVA DE ALFRED SCHÜTZ	55
3.2 CONCEITOS DA TEORIA DA AÇÃO SOCIAL DE ALFRED SCHÜTZ ...	59
3.3 APROXIMAÇÕES TEÓRICAS DO REFERENCIAL DE SCHÜTZ COM A TEMÁTICA DO ESTUDO	67
4 RESULTADOS	71
4.1 AS CATEGORIAS CONCRETAS DO VIVIDO	73
4.1.1 Compreensão da vivência dos enfermeiros com relação à prática do assédio moral <i>Motivos porque</i>	73
4.1.1.1 Categoria 1 – O assédio moral como prática cotidiana inerente à vivência da enfermagem	74
4.1.1.2 Categoria 2 – O assédio moral como prática proveniente do poder para imposição do modo de trabalho	76

4.1.1.3 Categoria 3 – A prática do assédio moral como resposta à cobrança institucional e precariedade do trabalho na enfermagem	78
4.1.1.4 Categoria 4 – A prática do assédio moral como resposta à insegurança profissional	81
4.1.2 As expectativas por parte dos enfermeiros para um processo que interfira na prática do assédio moral <i>Motivos para</i>	82
4.1.2.1 Categoria 1 – Espera-se que não haja escamoteamento da verdade	83
4.1.2.2 Categoria 2 – Desejo que, institucionalmente, sejam providas orientações acerca do assédio moral	84
4.1.2.3 Categoria 3 – Expectativa com relação à construção de um fluxo de diálogo concreto para os trabalhadores que se sentem imersos em situações desgastantes no ambiente de trabalho	84
4.1.2.3.1 Subcategoria 1 – Para compreender as consequências da exposição ao assédio moral	85
4.1.2.3.2 Subcategoria 2 – Para desvelar os desdobramentos acerca do como lidar com os que têm medo de falar	87
4.1.2.4 Categoria 4 – Aspira-se que os conselhos de fiscalização do exercício da enfermagem ajudem a trabalhar a questão do assédio	88
5 CONSTRUÇÃO DO TIPO VIVIDO	91
6 ANÁLISE COMPREENSIVA DA AÇÃO SOCIAL	97
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	113
REFERÊNCIAS	119
APÊNDICES	129
Apêndice A – Parecer consubstanciado do CEP (1.105.439)	131
Apêndice B – Parecer consubstanciado do CEP (1.071.683)	135

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

O mundo do trabalho passou por mudanças sucessivas e intensas desde as últimas décadas do século XX, mormente em razão da globalização e a da introdução maciça de novas tecnologias, que alteraram profundamente tanto a forma de gerir e organizar o trabalho como também o próprio ambiente laboral, com reflexos no comportamento e nas relações mantidas entre os trabalhadores.

A enfermagem, na qualidade de um segmento profissional autônomo da área de saúde, foi também afetada pela intensidade das mudanças e enfrenta diariamente o desafio de adaptar-se às demandas contemporâneas. Além das dificuldades inerentes ao exercício da profissão e do cotidiano laboral, por essência estressante, o profissional de enfermagem se vê constantemente exposto a uma situação de violência cada vez mais visível e que potencializa o estresse no trabalho: o assédio moral inserido no contexto da violência laboral.

O assédio moral não é um fato novo no ambiente de trabalho, entretanto, adquiriu recentemente maior notoriedade com a disseminação das noções de direitos humanos e de cidadania, que passaram a ser de domínio público e permitiram perceber sua recorrência, especialmente, nas áreas em que há o predomínio de mulheres, como a enfermagem (Bobroff, Martins, 2013).

De acordo com a cartilha elaborada pela Comissão de Ética do Ministério do Trabalho e Emprego, o assédio moral "... caracteriza-se pela exposição dos trabalhadores a situações humilhantes e constrangedoras, repetitivas e prolongadas durante a jornada de trabalho e relativas ao exercício de suas funções" (Brasil, 2013, pág. 11).

Tais práticas - frequentes tanto na iniciativa privada, como nas instituições públicas - constituem uma forma efetiva de discriminação, bem como causam impactos imensuráveis sobre o trabalhador e degradam as próprias relações de trabalho: "A violência moral ocasiona desordens emocionais, atinge a dignidade e identidade da pessoa humana, altera valores, causa danos psíquicos (mentais), interfere negativamente na saúde, na qualidade de vida e pode até levar à morte" (Brasil, 2013, pág. 13).

A Convenção nº 111 da Organização Internacional do Trabalho (1958) define a discriminação como toda distinção, exclusão ou preferência, que tenha por efeito anular ou alterar a igualdade de oportunidades ou de tratamento em matéria de emprego ou profissão, o que abrange os casos de assédio, moral ou sexual, no ambiente de trabalho.

Nesse cenário, insere-se a questão central do estudo aqui proposto, que é o de investigar de que modo o assédio moral está representado na vivência dos enfermeiros assistenciais de um hospital privado do município de São Paulo.

O assédio moral tem sido abordado em alguns estudos no ramo da enfermagem, no âmbito nacional e internacional (Areangeli et al., 2014; Cahú et al., 2014; Rodwell et al., 2014; Santos et al., 2014; Barbosa et al., 2011; Fontes et al., 2011; Thofehrn et al., 2008), evidencia uma problemática na qualidade da assistência prestada, uma vez que impacta diretamente na saúde do trabalhador assediado, interfere na sua qualidade de vida e dos colegas de trabalho, do fluxo de trabalho e, também, na instituição envolvida observando-se nesta, um aumento do absenteísmo e diminuição da produtividade.

O assédio moral é um episódio social mundial em franca expansão nos últimos vinte anos e sua incidência elevada interfere negativamente no meio laboral, pois gera consequências e custos consideráveis tanto ao trabalhador assediado, quanto à sua saúde e em relação a seu emprego, assim como para a organização / instituição contratante (Peres, 2009).

Peres (2009) aponta que, se o final do século XX foi caracterizado por lesões por esforço repetitivo - LER, o início do século XXI será marcado pelo estresse, depressão, pânico, tortura psicológica e outros danos psíquicos relacionados com as políticas novas de gestão do trabalho e situações de violência no ambiente laboral, entre as quais se inclui o assédio moral.

A violência laboral tem sido cada vez mais relacionada aos acidentes e doenças ocupacionais, e afeta sobremaneira os trabalhadores do setor de saúde, considerados um grupo de alto risco, pois quase 25% de toda violência praticada no trabalho acontece neste setor (Organização Internacional do Trabalho, 2003).

Nesse sentido, o assédio moral constitui um tipo específico de violência, na medida em que envolve princípios éticos individuais e coletivos, compromete a qualidade de vida dos trabalhadores e leva ao adoecimento físico e psíquico-emocional, e causa sofrimento no ambiente de trabalho. (Bobroff, Martins, 2013).

Uma preocupação existente nos estudos que relacionam enfermagem e assédio moral é a identificação das condutas mais frequentes, adotadas pelo assediador para com o assediado que atingem a sua integridade e desestabilizam o seu equilíbrio. Estudos mostram algumas das condutas mais utilizadas e as consequências ocasionadas na saúde da vítima dentre elas: dores de estômago, crises de choro, ansiedade, perda de apetite, alterações do sono, vontade de deixar o emprego e baixa autoestima. (Cahú et al., 2014; Fontes et al., 2011; Thofehrn et al., 2008; Menezes et al., 2004)

Em estudo realizado com o objetivo promover uma reflexão teórica sobre o assédio moral, as distribuições das condutas apontadas com maior frequência pelos sujeitos foram: "... questionam as decisões que você toma."; "... você recebe ataques verbais criticando trabalhos realizados."; "... você recebe novas tarefas, o tempo todo."; "... fazem piadas de sua origem ou nacionalidade."; "... você é alvo de rumores e calúnias."; "... o seu agressor o interrompe continuamente quando fala."; "... você é ignorado(a), por exemplo, porque se dirigem exclusivamente a terceiros.". (Thofehrn et al., 2008)

As expressões verbais principais, direcionadas à vítima de assédio moral, encontradas nos relatos dos estudos analisados foram: "... você é uma pessoa difícil, nem as coisas mais simples consegue aprender."; "... aqui já temos muitos doentes, não precisamos de mais um, portanto você só atrapalha os seus colegas."; "... você é um mole e frouxo, não tem capacidade para lidar com gente."; "... você é encrenqueiro(a), só faz confusão. É uma verdadeira histérica." (Thofehrn et al., 2008)

Em estudo realizado com 259 enfermeiros que trabalham em unidades básicas de saúde e hospitais da rede pública da Paraíba, as percepções do assédio moral foram divididas em três categorias no tocante às agressões sofridas no trabalho: deterioração proposital das condições de trabalho; violência verbal, física e sexual; e, isolamento e recusa de comunicação. (Cahú et al., 2014.)

Na rotina de trabalho da enfermagem, o assediador demonstra preferência pela manifestação não verbal para dificultar o desmonte de sua estratégia, bem como o revide pela vítima. Cita-se como exemplos: suspiros; sorrisos; trocadilhos; jogos de palavras de cunho sexista; indiferença; erguer de ombros; olhares de desprezo; silêncio forçado; ignorar a existência da vítima; e, o ato de cantar. (Barreto, 2013b)

Pesquisa realizada com 250 enfermeiros em cinco hospitais australianos com o objetivo de investigar formas de supervisão abusiva mostrou que ocorriam: ataques pessoais; tarefas excessivas; e, isolamento. Os enfermeiros relataram que estas formas causam tensão psicológica no trabalho e na vida pessoal ocasionando estresse. (Rodwell et al., 2014)

A invisibilidade do abuso oculta a mobilização de estratégias que protejam a vítima que, por vezes, acredita ser este um 'conflito normal'. Os estudos sobre esta violência precisam de amplitude na área da enfermagem, para que a noção de conflito normal *versus* assédio moral seja estabelecida ainda na época da formação profissional de toda a equipe para conhecimento, aproximação do assunto para a formação de profissionais que transformem o ambiente de trabalho em um lugar de respeito e transparente.

As consequências do assédio moral são temerosas e, por vezes, prejudiciais à saúde física e mental da pessoa submetida a esse tipo de sofrimento. Nesse sentido, estudo realizado no Rio de Janeiro mostra que, memórias perturbadoras, evitar pensar, permanecer vigilante e atividades profissionais tornam-se penosas e foram as mais citadas dentre uma amostra de 1425 profissionais (Xavier, 2008)

Estresse, ansiedade, raiva, humilhação, medo, perda de controle e sensação de impotência foram sintomas citados em um relato de experiência realizada por Menezes et al. (2004) com 99 enfermeiros.

Em estudo de revisão integrativa feito por Fontes et al. (2011) destacaram-se como manifestações psíquicas: depressão; sentimento de cansaço; recordações frequentes dos comportamentos de assédio moral vivenciados; comprometimento na vida fora do trabalho; tristeza extrema ao recordar os comportamentos; ansiedade; solidão e medo. E, como manifestações físicas: dores de cabeça; queixas gastrointestinais, distúrbios do padrão do sono, dor no peito; palpitações; aumento ou falta de apetite e estresse.

Um estudo europeu, desenvolvido por Pinuel e Zabala (2003), sobre os efeitos do assédio na saúde das vítimas corroboram, inclusive, com o observado no presente estudo. Pinuel e Zabala (2003) citam como os efeitos principais:

- *efeitos cognitivos e hiper-reação psíquica*: perdas de memória, dificuldade para se concentrar, depressão, apatia, irritabilidade, nervosismo/agitação, agressividade/ataques de fúria, sentimento de insegurança, hipersensibilidade a atrasos;

- *sintomas psicossomáticos de estresse*: pesadelos, dores de estômago e abdominais, diarreias/colite, vômito, náuseas, falta de apetite, sensação de nó na garganta, isolamento;

- *sintomas de desajustes do sistema nervoso autônomo*: dores no peito, sudorese, boca seca, palpitação, sufoco, falta de ar, hipertensão arterial;

- *sintomas de desgaste físico resultantes de estresse prolongado*: dores nas costas e nuca, dores musculares (fibromialgia);

- *transtornos do sono*: dificuldades para dormir, sono interrompido, acordar muito cedo;

- *cansaço e debilidade*: fadiga crônica, cansaço nas pernas, debilidade, desmaios, tremores.

Cabe enfatizar que não somente a vítima sofre os efeitos do assédio, mas toda a equipe, ou parte dela, o que pode comprometer o fluxo de trabalho, uma vez que o medo da exposição, de punição ou até a perda do emprego mostram que os atos concretos geralmente não são explicitados, possam prosseguir insidiosamente, muitas vezes, por longo tempo.

Ao focar um profissional da enfermagem, de suma importância para o cuidar, é difícil de entender o quanto este cuidado é prejudicado por prática de assédio e quantos erros isso pode ocasionar.

Alguns estudos mostram, timidamente, o enfrentamento sofrido pelos profissionais da enfermagem na luta “contra” o assédio moral, em defesa de sua integridade (Cahú et al., 2014; Thofehrn et al., 2008), pois é difícil saber que ações devem ser tomadas, quando um profissional é vítima de assédio moral ou vivencia

colegas de trabalho expostos a este tipo de ação. Esta situação ainda é obscura e depende muito da sensibilidade de cada profissional, pois não existem políticas claras para esse enfrentamento de assédio.

Medo de se expor, perder o emprego entre outras consequências, envolvem uma atmosfera de imparcialidade e muitos optam pela neutralidade e não se colocam frente à situação. Muitas vezes a intensidade dos atos ocasiona adoecimentos difíceis de serem revertidos.

Estudo realizado por Cahú et al. (2014) no Rio de Janeiro mostra que 38,4% das vítimas de assédio moral teve como reação à violência sofrida, relatar o ocorrido a seu chefe. Em contrapartida, 27,2% não esboçou nenhuma reação. Quanto aos motivos de não relatar sobre o ocorrido, 53,4% responderam não acreditar que alguma providência seria tomada e dentre os que relataram a ocorrência ao chefe, apenas 20% informaram que foi efetivo, 51,4% estavam muito insatisfeitas com as providências tomadas e apenas 8,6% ficaram satisfeitas.

Anotações detalhadas das humilhações sofridas, se possível com data, horário, local e testemunhas, não o isolamento, não conversar sozinho com agressor e buscar apoio da família e colegas são ações que podem auxiliar na defesa da vítima de assédio moral. (Thofehrn et al., 2008)

Na maioria das vezes, os profissionais que presenciam o assédio, por medo de perder o emprego ou de serem também humilhados, rompem os laços afetivos com a vítima e, frequentemente, reproduzem as ações do agressor no ambiente de trabalho, instaurando um "pacto de tolerância e silêncio", enquanto a vítima, gradativamente, se desestabiliza e fragiliza, "perdendo sua autoestima". (Barreto, 2013b)

Na enfermagem, em particular, as relações interpessoais estão presentes pela própria natureza da atividade e organização do trabalho, que historicamente é hierarquizada, o que, de certo modo, reflete a dinâmica do trabalho e das relações humanas nessa área, pois envolve normas e rotinas preestabelecidas que predispõem a um comportamento subserviente, que pode ser um fator desencadeante para o assédio moral (Peres, 2009).

Nesse sentido, a própria natureza da atividade torna a categoria profissional da enfermagem vulnerável ao assédio, visto que enfermeiros e assistentes trabalham

em equipes multidisciplinares com organização rígida e sob constante pressão, além de lidar diariamente com os conflitos oriundos das relações interpessoais com pacientes, familiares, colegas e demais profissionais. Tal entendimento é compartilhado por Fontes et al. (2011), que identificam que a aceitação e reprodução deste fato estão fortemente vinculadas à atuação desses profissionais.

Diante da invisibilidade do tema e de uma abordagem científica tímida na área da enfermagem são necessários mais desvelamentos acerca do assédio moral com a necessidade emergencial de pesquisas que identifiquem diversos fatores e correlações para que assim possa ser iniciada uma discussão consistente e colocadas propostas de políticas e ações que corroborem com sua prevenção para que a profissão seja exercida de modo saudável.

Vale ressaltar que o profissional da enfermagem cuida da vida, cuida do ser humano em sua dimensão biopsicossocial, em suas atividades humanas básicas e auxilia-o em suas reabilitações para o autocuidado. Neste aspecto é necessário que este profissional seja observado, muito provavelmente pela mesma categoria profissional, e que seja protegido para que sua prática profissional seja evidenciada em sua melhor forma.

Na dimensão ética, o assédio representa uma conduta antiética, que rompe com o equilíbrio no ambiente de trabalho e se mostra contrária aos bons costumes e à boa-fé que deve nortear as relações sociais e laborais (Alkimin, 2013).

Entende-se, desta forma, que o assédio moral é um ato que fere a dignidade humana e torna o trabalhador vulnerável, aspecto que o converte em tema crucial para a reflexão sobre a prática profissional da enfermagem.

1.1 REVISÃO DA LITERATURA E DELIMITAÇÃO DA TEMÁTICA

1.1.1 A violência laboral e o assédio moral

A violência em sentido amplo trata de um fato de diversas causas e com diversos significados e é inserida em um contexto sociocultural em que não há como estabelecer uma definição universal, cabendo a cada sociedade, diante de seus valores e critérios, estabelecer suas definições e limites. (Farrell, Shafiei, 2012)

Etimologicamente a palavra violência deriva do latim *violentia* que quer dizer veemência, impetuosidade e remete a caráter violento ou brávio no sentido de força, sendo assim, uma força desmedida contra coisas ou pessoas. Trata-se de um ato de abuso físico (agressões físicas, brutalidades por uso da força física) ou psicológico (intimidação, opressão) contra alguém. (Farrell, Shafiei, 2012)

A violência é utilizada como um meio de restabelecer o poder com o objetivo de alcançar o que se deseja, por vezes de forma impulsiva e em outras de forma estratégica para determinar o comportamento do outro, aniquilando suas forças e anulando o outro. (Bobbio, Matteucci, Pasquino, 2004)

Segundo Soraes (2006), a violência laboral se manifesta de diversas maneiras, e, assim, permite agrupá-la em agressões físicas, assédio sexual, assédio moral, discriminações religiosas, raciais, sexuais e por deficiência, e que pode ser ocasionada tanto por pessoas internas à organização, quanto por aquelas de fora.

Vasconcellos et al. (2012) definem a violência laboral como um comportamento ou ação negativa em uma relação entre duas ou mais pessoas, expressada por agressividade podendo ocorrer esporadicamente ou não e de forma inesperada, e os trabalhadores expostos a intimidações, humilhações e ameaças em circunstâncias relacionadas ao trabalho. Neste contexto, insere-se o assédio moral e sua conceituação representa, ainda, um desafio, uma vez que a variedade de expressões vigentes tem obedecido à diversidade cultural e à ênfase que se deseja colocar sobre algum dos múltiplos aspectos que levam à violência psicológica no ambiente de trabalho (Guimarães, Rimoli, 2006).

Na definição da Organização Mundial da Saúde (2004, pág. 11), o assédio moral no ambiente de trabalho é referido como:

“Um comportamento irracional, repetido, em relação a um determinado empregado ou a um grupo de empregados, que cria um risco para a saúde e para a segurança. Pode-se entender por 'comportamento' as ações de um indivíduo ou de um grupo. No caso, trata-se do uso de um sistema ou prática de trabalho como meio para humilhar, debilitar ou ameaçar. O assédio costuma ser um mau uso ou abuso de autoridade, situação na qual as vítimas podem ter dificuldades para se defender.”

Segundo Ferreira (2009, pág. 67), o termo assediar significa “perseguir com insistência”, acepção que inclui a noção de frequência e de repetitividade do ato presente no assédio moral. Já assédio, significa um ato repugnante, um desvio de comportamento que não se enquadra nas regras sociais. E o termo moral designa um conjunto de regras de comportamentos eleitos, adotados e utilizados pela sociedade.

De acordo com Barreto (2000), assédio moral:

“É a exposição dos trabalhadores e trabalhadoras a situações humilhantes e constrangedoras, repetitivas e prolongadas durante a jornada de trabalho e no exercício de suas funções, sendo mais comuns em relações hierárquicas autoritárias e assimétricas, em que predominam condutas negativas, relações desumanas e aéticas de longa duração, de um ou mais chefes dirigida a um ou mais subordinados, desestabilizando a relação da vítima com o ambiente de trabalho e a organização, forçando-o a desistir do emprego.”

Na esfera jurídica, a ministra Cristina Peduzzi, do Tribunal Superior do Trabalho, definiu assédio moral como: “Abuso emocional no local de trabalho, de forma maliciosa, não-sexual e não-racial, com o fim de afastar o empregado das relações profissionais, através de boatos, intimidações, humilhações, descrédito e isolamento”.

Hirigoyen (2014, pág.17) vê no assédio moral "uma espécie de violência perversa que se caracteriza por repetição ou sistematização contra a dignidade ou integridade psíquica ou física de uma pessoa, ameaçando seu emprego ou degradando o clima de trabalho".

Guimarães e Rimoli (2006) registraram as denominações para o assédio moral no cenário internacional seguintes:

- *harcèlement moral* (assedio moral), na França;
- *molestie psicologiche*, na Itália;
- *bullying, bossing, harassment* (tiranizar), na Inglaterra, Austrália e Irlanda;
- *mobbing* (molestar), nos EUA, países nórdicos, bálticos e Europa Central;
- *murahachibu, ijime* (ostracismo social), no Japão;

- *psicoterror laboral, acoso moral* (psicoterror laboral, assédio moral), na Espanha e países hispânicos;
- *coacção moral*, em Portugal.

No Brasil, 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 no ambiente laboral (Guimarães, Rimoli, 2006).

O termo *mobbing*, originário da palavra *mob*, que em inglês traduz a ideia de turba ou multidão, foi introduzido, em 1963, pelo biólogo Konrad Lorenz, que analisou o comportamento de determinados animais de pequeno porte e verificou que, quando confrontados com invasões de território por outros animais, especialmente por um animal maior, revelaram um comportamento agressivo, com intimidações do grupo para expulsar o invasor solitário (Alkimin, 2013).

Posteriormente, na década de 1970, o médico sueco Peter-Paul Heinemann registrou resultados muito parecidos com os de Lorenz em pesquisa realizada em ambiente escolar, no qual as crianças demonstraram a mesma tendência dos animais quando outra criança “invadia” seu espaço, e esta pesquisa é pioneira em detectar o assédio moral nas relações humanas (Ferreira, 2004, pág. 38).

Na década de 1980, o psicólogo alemão Heinz Leymann identificou o mesmo comportamento registrado nas pesquisas anteriores no ambiente de trabalho e popularizou o termo ‘assédio moral’ ao descrever um quadro geral com suas características epidemiológicas, os efeitos sobre a saúde e formas de prevenção (Ferreira, 2004).

Heinz Leymann (1996) categorizou 45 situações de violência que ocorrem com maior frequência nas relações laborais, estruturando um inventário das condições de trabalho ordenando-as em cinco grupos:

- 1 - Ações de assédio para reduzir as possibilidades de a vítima se comunicar adequadamente com outros, inclusive com o próprio assediador;
- 2 - Ações de assédio para evitar que a vítima tenha a possibilidade de manter contatos sociais;

- 3 - Ações de assédio dirigidas a desprestigiar ou impedir a pessoa assediada de manter sua reputação pessoal ou profissional;
- 4 - Ações de assédio moral mediante o descrédito profissional;
- 5 - Ações de assédio moral que afetam a saúde física e psíquica da vítima.

Leymann (1996) define, então, o assédio moral no trabalho como:

“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.”

Segundo Leymann (1996), o termo *mobbing* descreve uma forma de violência psicológica e deve ser aplicado a adultos no contexto ocupacional. Já o termo *bullying* designa, preferencialmente, uma forma de violência física e deve ser aplicado a crianças e adolescentes no contexto escolar.

No final da década de 1990, o tema adquire destaque mundial com a publicação do livro *Le harcèlement moral: la violence perverse au quotidien*, no qual a psicanalista francesa Marie-France Hirigoyen, constata que o assédio moral não se restringe a casos pontuais. Trata-se de um comportamento permanente, comum, destrutivo, distanciado de um fato isolado, discussão ou atrito que ocasionalmente ocorre entre os indivíduos em uma organização. Para a autora, o assédio moral consiste em:

“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”. (Hirigoyen, 2005, pág. 17)

A definição da Agência Europeia para a Segurança e Saúde do Trabalhador define (OSHA, 2002):

“Por assédio moral no local de trabalho entende-se um comportamento injustificado e continuado para com um trabalhador ou grupo de trabalhadores, susceptível de constituir um risco para a saúde e segurança. Nesta definição: “comportamento injustificado” significa o comportamento que, de acordo com o senso comum e as circunstâncias, seja suscetível de

vitimizar, humilhar, ameaçar ou comprometer a auto - estima e a auto confiança de uma pessoa.”

No presente estudo, em razão da abrangência e da adequação ao contexto brasileiro, é utilizada a definição da pesquisadora Margarida Barreto, que realizou amplas pesquisas sobre o tema em diversas regiões do país:

“Assédio é uma forma sutil de violência que envolve e abrange múltiplos danos, tanto de bens materiais como moral, no âmbito das relações laborais. O que se verifica no assédio é a repetição do ato que viola intencionalmente os direitos do outro, atingindo sua integridade biológica e causando transtornos a saúde psíquica e física. Compreende um conjunto de sinais em que se estabelece um cerco ao outro sem lhe dar tréguas. Sua intencionalidade é exercer o domínio, quebrar a vontade do outro, impondo término ao conflito quer pela via da demissão ou sujeição. É um processo, mediado por palavras, símbolos e sinais, que estabelecidos, impõem ao outro a obediência cega sem questionamentos ou explicações. Deve “aceitar” provocações, gozações, desqualificações e ridicularizações de formas constantes e repetitivas sem reclamar ou questionar.” (Barreto, 2005, págs. 49-50)

1.1.1.1 Diferenciação entre o assédio moral e conflito no ambiente laboral

O estresse profissional pode se confundir com assédio (Hirigoyen, 2014), pois entende-se que o estresse está presente no assédio, porém, não é a característica norteadora, isto é, para este o objetivo é uma intenção negativa.

O conflito também é facilmente interpretado como situação de assédio, porém Hirigoyen (2014) infere que o assédio ocorre por causa da ineficácia em se estabelecer conflito. Neste caso, os pontos de vista são expostos e um diálogo é iniciado; no assédio a atitude dialogal é vedada, oculta e implícita, por vezes suprimida.

Hirigoyen (2014) ressalta a relevância da diferenciação entre o assédio moral no ambiente de trabalho e o conflito normal. Em um conflito, as recriminações são ditas explicitamente. Nas situações de assédio não existe relação e nem conversa, o silêncio, junto com o desrespeito permeiam frente à vulnerabilidade da vítima. Em geral, no conflito existe uma singularidade na condução das informações, tornando-se este necessário, inevitável e até construtivo, se conduzido com adequação.

Por vezes, percebe-se certa banalização da ação de assédio moral, e não se leva em consideração aspectos importantes das relações interpessoais, com o próprio colega de trabalho; às vezes em uma mesma posição hierárquica ou em uma relação de subordinação hierárquica. As controvérsias sobre o que é ou não o assédio moral, manifestam-se em diversas situações do cotidiano, porém tais situações por vezes não são explicitadas no ambiente de trabalho.

Loper (2002) valoriza a necessidade de empenho, cuidado e seriedade entre distinguir assédio e conflito, para que se diminua a banalização e generalização do termo, o que desqualifica a verdadeira vertente do assédio.

Cassito et al. (2004), estabelecem a diferenciação de situações inseridas em um contexto de conflitos normais contrapondo-as com situações de exposição da vítima ao assédio, Tabela 1.

Tabela 1- Situações de conflitos normais *versus* assédio moral.

Situações de conflitos normais	Situações de assédio moral
Regras e tarefas claras	Ambiguidade 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 longas
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.

Diante da amplitude de definições que visam caracterizar o assédio moral é de suma importância a diferenciação do fato caracterizado como destrutivo com a

ocorrência de um conflito “normal” no ambiente laboral e é essencial que seja estabelecido o nexos causal de ambos.

Para Leymann (1996), o assédio moral é caracterizado somente se as ações que o identificam forem realizadas propositalmente, com frequência e por muito tempo e classifica as ações como manipulações de comunicação, reputação, trabalho e contrapartidas do trabalho.

A questão do tempo pode ser um problema a ser melhor identificado diante das leis. Não está clara a extensão desse tempo, que na dependência das interpretações e das normas de convivência no ambiente de trabalho. Leva-se em consideração o que é alegado pela vítima ou por seu advogado, que podem pleitear ação de indenização, por exemplo, contra a empresa onde o fato ocorreu ou ação penal, quando se exige a responsabilização pessoal e intransferível, do ponto de vista criminal. Observa-se que podem existir esses dois tipos de demanda, concomitantemente, por parte da vítima: ação cível (indenizatória) ou ação penal (punição; não indenizatória).

Independentemente da definição, porém, o importante é compreender que o assédio se caracteriza pelo abuso de poder exercido repetida e sistematicamente, a fim de evitar o risco de caracterizar qualquer insatisfação no trabalho como assédio moral.

Zanetti (2012) informa que o assédio moral pode ser confundido com o estresse, especialmente em situações em que a carência de profissionais no quadro da instituição implica em sobrecarga de trabalho no âmbito individual.

Em resumo, um ato isolado de humilhação não é assédio moral. Este pressupõe: repetição sistemática, intencionalidade, direcionalidade, temporalidade e degradação deliberada das condições de trabalho (Barreto, 2000).

O assédio moral diferencia-se dos conflitos normais do trabalho por comportar ações não éticas e ser danoso para todos, por conseguinte, para um enfrentamento adequado é essencial distinguir o assédio moral “genuíno” de um conflito normal.

Araújo (2006, pág. 84), em sua dissertação sobre o assédio moral organizacional, distingue cinco critérios para a configuração de assédio:

1 - *Critério biológico*: presença de sintoma de estresse ou doença como reação a ter sido submetido a uma situação hostil;

2 - *Critério temporal*: frequência, periodicidade;

3 - *Critério teleológico*: objetivo de afastamento da 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.

Para o Ministério do Trabalho e Emprego (2013), o assédio moral é uma relação triangular entre quem assedia, a vítima e os demais colegas de trabalho.

Guedes (2008, pág. 37) classifica o assédio moral no trabalho em quatro tipos:

1 - *Assédio horizontal ou simétrico*: ocorre quando os sujeitos são colegas de trabalho do mesmo nível hierárquico;

2 - *Assédio vertical ou assimétrico ascendente*: acontece quando o superior, geralmente inexperiente, não é bem aceito por seus subordinados; ressalta-se que na enfermagem esse tipo de assédio pode ocorrer mais comumente por causa da hierarquização da profissão (enfermeiros, técnicos e auxiliares).

3 - *Assédio vertical ou assimétrico descendente*: é a forma mais comum, em que o agressor é o superior hierárquico e as vítimas os subordinados;

4 - *Assédio misto*: caracteriza-se quando a vítima é atacada ao mesmo tempo por colegas do mesmo nível hierárquico e também por chefias, ou por seus subordinados.

Não obstante a variedade de conceitos, existe, na literatura acadêmica, um consenso sobre o fato de o assédio moral envolver, dentro do ambiente de trabalho, um tratamento desleal, que não tenha sido estimulado ou incentivado pela vítima, que seja recorrente e dure certo tempo.

Calvo (2004) pondera que, embora o tema seja atual, polêmico e desafiador, não basta somente discutir o conceito de assédio moral. É necessário estabelecer um novo conceito de ambiente de trabalho diante dos impactos econômicos, políticos e sociais advindos da introdução de tecnologias novas no cenário contemporâneo.

A Tabela 2 menciona ações de assédio moral definidas diante das classificações, o que remete à necessidade de ser distinguido do conflito que ocorre no cotidiano laboral.

Tabela 2 - Classificação das ações de assédio moral no trabalho.

Grupo de ações	Mecanismos
Manipulação da comunicação da vítima	<p>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.</p> <p>Comunicação hostil explícita, com críticas e ameaças públicas.</p> <p>Comunicação hostil implícita, como o não dirigir palavra, ou negar cumprimento.</p>
Manipulação da reputação da vítima	<p>Realização de comentários injuriosos, com ridicularizações públicas, relativas ao aspecto físico ou às ideias ou convicções políticas ou religiosas.</p> <p>Realização de críticas sobre o profissionalismo da vítima.</p> <p>Assédio sexual da vítima</p>
Manipulação do trabalho da vítima	<p>Aumento da sobrecarga de trabalho.</p> <p>Atribuição de trabalhos desnecessários, monótonos ou rotineiros.</p> <p>Atribuição de tarefas de qualificação inferior à da vítima</p> <p>Atribuição de demandas contraditórias ou excludentes.</p> <p>Atribuição de demandas contrárias aos padrões morais da vítima.</p> <p>Não atribuição de tarefas.</p> <p>Negação dos meios de trabalho.</p>
Manipulação das contrapartidas laborais	<p>Discriminação no salário, nos turnos, jornada ou em outros direitos.</p> <p>Discriminação quanto ao respeito, o tratamento ou no protocolo.</p>

Fonte: Leymann (1996)

1.1.2 A evolução do trabalho

Nos primórdios da vida em sociedade o trabalho era exercido com fins de sobrevivência humana por meio de atividades que utilizavam apenas o corpo físico para caçar e plantar, para os homens, e atividades femininas no lar, para as mulheres. Com o advento do feudalismo foram estabelecidas classes sociais de acordo com a estratificação do trabalho. (Oliveira, 2003)

As atividades, então, se diferenciavam em feudos, nobres e camponeses cujo trabalho era visto como uma punição. Com a Reforma Protestante, no término da Idade Média, o trabalho adquiriu outro sentido e levou o homem à salvação no sentido religioso. Figuras importantes desta época eram os artesãos que ofereciam seus serviços de forma independente. (Oliveira, 2003)

No fim do século XVIII, após grande processo de transformações nos paradigmas do trabalho, iniciou-se a substituição da forma manual de produzir pela força das máquinas e surgiu o sistema capitalista como uma forma nova de organizar e pensar sobre a produção no trabalho, o que culminou em alterações importantes para a sociedade. (Almeida, Rigolin, 2002)

Papel importante neste cenário teve a Primeira Revolução Industrial na qual a Inglaterra foi a precursora principal, por causa de seu respeitável poder econômico. Este fato alterou o modo de vida das pessoas, possibilitou a mecanização da agricultura, fez crescer as cidades, gerou processos de urbanização, e passou, assim, a representar as atividades que melhor caracterizavam o desenvolvimento social, político, econômico, científico e tecnológico alcançados por uma sociedade. (Almeida, Rigolin, 2002).

O fortalecimento da divisão de classes sociais dispostas entre burguesia e proletariado, a construção dos Estados Nações, a urbanização das cidades e a mecanização da agricultura ao deslocar o homem do campo para a cidade, provocaram um crescimento social maior da população urbana do que a das áreas rurais. Este fato foi uma consequência da Revolução Industrial e do desenvolvimento intenso do capitalismo que se reflete nos processos de trabalho atuais. (Coelho, Soares, 2002)

O trabalho do agricultor deixou de ser uma fonte de sobrevivência e os produtos do mercado urbano passaram a ser consumidos pela sociedade. Portanto, a agricultura ficou subordinada às duas pontas do processo produtivo: consumo produtivo e aumento da produção, ou seja, compra e venda. (Oliveira, 2003)

Com a intensificação das negociações comerciais, a nova economia exigiu ampliação dos meios de comunicação o que aumentou o crescimento das cidades e convergiu para o surgimento do sistema ferroviário, um novo modo de transporte que aqueceu, ainda mais, o mercado capitalista. (Vieira, 2015)

Em meados do século XIX, ocorreu a Segunda Revolução Industrial, com a participação de países como a França, Alemanha, Holanda, Bélgica, Itália, Estados Unidos, Canadá e Japão, e expandiu o capitalismo com a formação de grandes empresas. Concomitante com esta expansão o progresso técnico-científico possibilitou o desenvolvimento de máquinas novas, utilização do aço, petróleo e eletricidade, evolução dos meios de transportes e expansão dos meios de comunicação, desenvolvimento das indústrias siderúrgicas e metalúrgicas. (Motta, 2003)

O esgotamento da Segunda Revolução Industrial trouxe à tona a Terceira Revolução Industrial cuja denominação mais comumente utilizada é Revolução Técnico-Científica e é caracterizada pela utilização das tecnologias novas, a ascensão da eletrônica, dos transportes e a modernização das telecomunicações, de modo que as pessoas passaram a se comunicar umas com as outras com apenas um “click”. (Harvey, 2011)

Surgiram profissões novas e o setor terciário da economia atraiu a população economicamente ativa e esta sociedade passou a ser denominada como “pós-industrial”. Métodos que aceleraram a produção e “enxugaram” os processos foram estimulados nas empresas para a geração de lucro. (Harvey, 2011)

O Taylorismo foi inserido a partir desse contexto e divulgado no início do século XX no qual Frederick Winslow Taylor (1856–1915), engenheiro, foi considerado o “Pai da Administração Científica” porque propôs a utilização de métodos científicos cartesianos na administração de empresas com foco na eficiência e eficácia operacional. Sua característica principal é enfatizar as tarefas, aumentar o nível

operacional e não administrar mediante incentivos à iniciativa, ou seja, o operário tem a liberdade em sugerir ao patrão ideias que visem a melhoria dos processos e aumento do lucro em troca de gratificações. (Oliveira, 2003)

O princípio Taylorista fortaleceu a divisão do trabalho em intelectual e manual com o objetivo de sistematizar a produção, aumentar a produtividade, economizar tempo e suprir gastos desnecessários dar maior ênfase às políticas gerenciais e não valorizar o conhecimento do operário para elaborar um método de trabalho que lhe pareça mais rentável. (Vieira, 2015)

Em 1920, Henry Ford (1863–1947), engenheiro e empresário, adotou os princípios idealizados por Taylor e em sua fábrica de automóveis criou o Fordismo, que valorizou a especificação do trabalhador e deu menos atenção à intensidade do trabalho e mais destaque à produtividade com qualidade, para aumentar o consumo. (Vesentini, 2004)

No Fordismo, cujo auge ocorreu entre 1950 e 1960, período em que países como Alemanha e Japão competiam com os Estados Unidos para aumento de suas forças na economia mundial. As tarefas tornaram-se simples e os operários foram substituídos com facilidade, pois criou-se a “esteira de produção” e na linha de montagem os veículos passaram a chegar até a posição onde se encontravam os trabalhadores e estes não perdiam tempo para buscar ferramentas. O trabalho se tornou sistematizado e padronizado, sempre com foco no aumento da produtividade e, conseqüentemente, da lucratividade. (Oliveira, 2003)

A partir dos anos 1970, entretanto, em meio a uma crise financeira, surgiu e expandiu-se o Toyotismo, sistema inaugurado na fábrica de automóveis Toyota, pelo japonês Taiichi Ohno, também denominado Pós-Fordismo, com o objetivo de fortalecer o sistema capitalista em razão do esgotamento do Fordismo.

Essa nova concepção de trabalho modificou os paradigmas até então fortalecidos pela produção em massa, exigindo uma forma nova de produzir no trabalho cujas características se estabelecem a partir da flexibilização da produção ao realizar apenas o necessário e reduzir os estoques ao mínimo; a automatização permite que um mesmo operário manipule várias máquinas ao mesmo tempo, pois estas desligam-se automaticamente – diminuição de recursos humanos; no sistema *just in time* (na hora certa) a demanda ocorre após a venda do produto e para otimizar

o *just in time* existe um método para programação da produção (Kanban); o *team work* (trabalho em equipe) em que os operários passam a trabalhar diante de um líder em equipes para ganhar tempo; e, o controle de qualidade total, em que todos são responsáveis pela qualidade do trabalho e de seu produto, resultou o surgimento das certificações de qualidade. (Liker, 2011)

Uma impressão falsa, em que o modelo Toyotista de produção valoriza mais o operário do que os modelos Fordista e Taylorista, é formulada, porém, com o decorrer do tempo e observa-se neste modelo o aumento da competitividade entre os trabalhadores que passam a estabelecer uma “guerra interna” para alcançar índices de produtividade mais elevados. Desta forma, tanto o modelo Toyotista quanto no Fordista e o Taylorista baseiam-se em maior exploração da mais-valia do trabalhador (criada por Karl Marx), e, entre eles, existe somente o meio de se chegar a tal efeito. (Vieira et al., 2015)

Nesse cenário insere-se o trabalhador e suas diversas relações de trabalho que, com o decorrer do tempo, entre os vários sistemas de trabalho e o fortalecimento de um mercado intensamente capitalista, também se transformam. Em um processo no qual o trabalhador deve se qualificar com uma velocidade além do normal, requalificar, criar e aumentar sua participação nos processos de trabalho, o caminho no qual permeiam suas relações dentro do ambiente laboral podem tomar rumos que interferem em sua saúde, qualidade de vida e suas relações laborais e pessoais.

1.1.2.1 A organização do trabalho na enfermagem

Para entender a organização do trabalho na enfermagem é necessário entender a sua história. Segundo Freitas (2014):

“... à medida que se conhece a história de uma profissão, como no caso da enfermagem, percebe-se quanto e como esta não é inseparável de outras atividades da vida, do mundo da saúde e de seus compromissos sociais”.

O desenvolvimento histórico das práticas de saúde e do cuidado remonta aos povos e civilizações antigos. Assim, a ação de cuidar cabia às mulheres que eram responsáveis por tarefas relacionadas ao cuidado com crianças, doentes, moribundos e no parto. Já ao homem, por causa de seu porte físico, cabia cuidar de ferimentos de

guerra, traumatismos e fraturas. A partir da época em que o homem deixa de ser nômade e passa a cultivar terras e domesticar animais, inicia-se o primeiro movimento relacionado com normas de saneamento e proteção contra doenças, e nesta época os pajés, feiticeiros ou sacerdotes se responsabilizavam pelo saber “médico”, ou seja, o que era o certo e o errado. (Oguisso, 2014; Geovanini et al., 2010)

Com o advento das Cruzadas, expedições militares organizadas para libertar a Terra Santa dos muçulmanos, surgiram ordens de cuidadores, especialmente para cuidar dos feridos. Os Cruzados eram homens religiosos e militares, cuja disciplina¹ era bem desenvolvida, além da obediência (à Igreja). Com as reformas sociais e religiosas, principalmente ocasionadas por Martinho Lutero, que promoveu a reforma protestante e a divisão da igreja católica, muitos religiosos foram expulsos e o cuidado dado aos pobres e doentes, restrita aos que ficavam abrigados em mosteiros, ficou ao desamparo. (Oguisso, 2014).

Para Silva (1986), a partir do século XIII inicia-se o processo de secularização dos hospitais, intensificado após a reforma protestante. A partir do século XVII:

“... o hospital tornou-se instrumento terapêutico, ou seja, a medicina passou a utilizá-lo como espaço da cura e de formação (médica), impondo-se a figura do médico (e não mais do cuidador religioso, como vinha sendo ao largo de toda o Medievo) como o ator central da organização hospitalar.” (Gastaldo, Meyer, 1989, pág. 8)

Nessa direção, ainda, Michel Foucault (1988, págs. 109-10) assinala que “... o médico é anunciado por uma sineta e esperado pela enfermeira na porta da enfermaria com um caderno nas mãos, para segui-lo quando entrar.” Ora, torna-se possível o entendimento de que as relações entre médico e enfermeira demandam certo jogo de dependência e subordinação de um ator em relação ao outro, pois enquanto a enfermeira “segue” o médico, este depende da presença, quase senão ininterrupta da primeira para garantir a continuidade da assistência e da cura. Desta maneira, à medida que o hospital se torna cada vez mais um espaço da cura, o médico depende da enfermeira para organizar este ambiente, ao controlar e disciplinar, pois já não interessava mais a “ação salvífica” da alma dos doentes. O intuito da medicina moderna era a dimensão corpórea da cura. Em face disso, vê-se que a enfermagem

¹ Disciplina significa obediência às regras, aos superiores e aos regulamentos; disciplinarização é o ato ou efeito de disciplinarizar. Houaiss A. Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. Editora Objetiva (2001)

moderna já nasceu vinculada ao hospital, o que talvez possa explicar, em parte, seu enfoque predominantemente curativo, que persiste até os dias atuais (Gastaldo, Meyer, 1989, pág. 8). Do mesmo modo, a enfermagem se profissionalizou no contexto capitalista, reproduzindo a divisão social e técnica do trabalho entre o ‘fazer’ intelectual e o manual, entre enfermeiras e suas auxiliares.

Segundo Gastaldo e Meyer (1989, pág. 9), a disciplina mudou a percepção do trabalho com o doente pois “... a concepção religiosa que dominou a enfermagem foi o aspecto caritativo e de auto sacrifício.”

Com a laicização da enfermagem e medicalização, graças à técnica disciplinar, e posterior profissionalização da enfermagem (no século XIX, na Europa; e no fim do século XIX, no Brasil), o modelo religioso não foi mais capaz de garantir a adesão de novos profissionais. (Oguisso, 2014).

A ênfase acentuada nos aspectos morais e de caráter, e a técnica disciplinar que sustentam o modelo vocacional, preconizado por Florence Nightingale, buscavam assegurar a realização da imagem pública da mulher que executava o trabalho de cuidar dos doentes.

“... o treinamento que constituía a formação do futuro profissional, baseava-se, segundo Florence, na capacidade de executar fielmente ordens médicas e de autoridades. Esta subordinação da enfermeira ao médico aparece reiteradas vezes em textos de Florence. Portanto, a enfermagem profissional foi concebida como dependente e subordinada à prática médica” (Gastaldo, Meyer, 1989, pág. 9).

Michel Foucault explica que a disciplina (praticada da antiguidade até a Idade Média, nos mosteiros e nos exércitos), é transportada ao ambiente do hospital médico, voltado à cura e não mais à salvação das almas, pois ela (a disciplina) “... exerce seu controle, não sobre o resultado de uma ação, mas sobre seu desenvolvimento; além do mais tal técnica de poder implica em uma vigilância constante dos indivíduos e em registros contínuos” (Foucault, 1986, pág. 106). Logo, a enfermeira, como parte da disciplina médica que se impõe no ambiente controlado do hospital, subordina-se ao médico, no contexto da hierarquia do trabalho em saúde, como bem destaca Foucault:

“[...] O grande médico de hospital, aquele que será mais sábio quanto maior for sua experiência hospitalar, é uma invenção do final do século XVIII. Tenon, por exemplo, foi um médico de hospital e Pinel pôde fazer o que fez

em Bicêtre graças a sua situação de detentor do poder no hospital. Essa inversão das relações hierárquicas no hospital, a tomada de poder pelo médico, a se manifestar no ritual da visita, desfile quase religioso em que o médico, na frente, vai ao leito de cada doente seguido de toda a hierarquia do hospital: assistentes, alunos, enfermeiras, etc. Essa codificação ritual da visita, que marca o advento do poder médico, é encontrada nos regulamentos de hospitais do século XVIII, em que se diz onde cada pessoa deve estar colocada, [...]” (Foucault, 1986, pág. 110).

Vale apontar que essa “inversão das relações hierárquicas”, mencionada por Foucault (1986), refere-se às mudanças no campo das relações no hospital: dantes, no hospital, marcado pela forte presença religiosa, o médico era “chamado”, às vezes; no hospital novo (moderno), a presença médica é constante, quando não pessoal ou diretamente, por meio de todo um *staff* de subordinados (assistentes, alunos, enfermeiras, etc.).

Nessa perspectiva panóptica do controle absoluto sobre os corpos (doentes) e sobre as relações interpessoais e interprofissionais, delimita-se os espaços de ação, marcados por hierarquização intensa dos saberes e das práticas. É nesse contexto, mormente no século XIX, com o advento da enfermagem moderna ou profissional, que se observa desbordar o movimento da institucionalização da enfermagem na Inglaterra, pela criação da Escola de Enfermeiras do Hospital Saint Thomas, sob a liderança de Florence Nightingale. Nesta Escola delimita-se um novo espaço de autonomia da enfermeira, em que ela assume a direção da Escola de Enfermagem e não mais o médico, insurgindo-se contra modelos anteriores de escolas de enfermagem, marcadas pelo domínio médico, como na França, em que Désiré-Magloire Bourneville, médico e político, (1840-1909), criou várias escolas de enfermagem em Paris, tendo como um dos escopos a laicização da prática da enfermagem naquele país, libertando-a das mãos das religiosas (Filhas da Caridade de São Vicente de Paulo), que demarcaram forte presença nos hospitais franceses e na condução dos serviços de enfermagem (na lógica hierárquica eclesiástica, tais religiosas subordinavam-se à Igreja e não aos médicos). Nas escolas bournevilleanas, a direção da escola de enfermagem estava nas mãos do médico, garantindo, desse modo, a subordinação direta ao mesmo. Sem as religiosas, os médicos franceses quiseram garantir a subordinação hierárquica da enfermeira ao poder médico (Oguisso, 2014).

Outro aspecto histórico fundamental do desenvolvimento das práticas do cuidar refere-se às concepções sobre o cuidado em culturas e povos diferentes. Por exemplo, na Grécia antiga, à época de Hipócrates (considerado o “pai da medicina”, e também da enfermagem), vislumbrava-se a necessidade de prover pessoas preparadas para o acompanhamento dos doentes. Outra contribuição da chamada Escola Hipocrática ocorreu com o distanciamento da medicina dos templos e do misticismo e, por isso, começaram a ser realizados estudos sobre os indivíduos e as doenças (Levine, Levine, 1965).

Em Roma, além das obras de saneamento de água, banhos públicos, redes de esgotos e sepultamento de mortos, as matronas e diaconisas, apoiadas no cristianismo, retiraram o papel dos escravos e passam a cuidar dos guerreiros, feridos e atletas em casas especiais para esta finalidade. Nesta época, séculos IV e V, muitas mulheres e homens desfizeram-se de seus bens e palácios para cuidar dos pobres e necessitados como ato de caridade. (Oguisso, 2014)

Destacam-se, nessa fase como precursores da enfermagem: Santa Catarina, em Siena, Itália; São João de Deus, em Granada, Espanha, que foi o primeiro a dispor de uma cama para cada paciente e dividi-los por tipos de doenças; São Vicente de Paulo, que criou em Paris, França, as Filhas da Caridade; Theodor Fliedner, fundou a Ordem das Diaconisas na Alemanha, que ensinava a arte do cuidar ou a arte da enfermagem; A Cruz Vermelha, instituição criada para alívio dos feridos de guerra e que posteriormente deu impulso para a criação das escolas de enfermagem. (Oguisso, 2014; González, 2011; González, 1999; Silva, 1986)

No Brasil a dedicação do ‘cuidar de pessoas’ antes do surgimento da profissionalização da enfermagem, também existiram personalidades como Padre José de Anchieta, Francisca de Sande, Frei Fabiano de Cristo, Ana Justina Ferreira Nery, Maria José Barroso e Procópio José Gomes Valongo que devem ser carinhosamente lembrados por causa de seus votos de devoção para com os pobres, doentes, crianças, idosos e mais necessitados. (Freitas et al., 2016; Oguisso, 2014)

Ocorre, desta forma, uma vinculação entre o modelo francês de escolas de enfermagem, inaugurado por Bourneville e a criação da Escola de Enfermeiros e Enfermeiras no Hospício Nacional de Alienados (atual Escola de Enfermagem Alfredo

Pinto, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro), em 1890, nos primórdios desta formação no Brasil. (Espírito Santo, 2012)

Por outro lado, na Inglaterra, do final do século XIX, existiu a figura de Florence Nightingale como precursora da enfermagem moderna. Considerada como primeira teórica da enfermagem moderna, os ensinamentos de Florence foram transportados para outros continentes, cujos princípios priorizavam características de controle, disciplina e hierarquia, com forte ênfase moral na formação técnico-científica da enfermeira (Gastaldo, Meyer, 1989). Esse modelo teve grande influência, difundindo-se, inicialmente, na Inglaterra, Estados Unidos e outros países de língua inglesa e, seguramente, pode-se dizer que esse modelo teve maior influência na formação da enfermagem moderna. (Oguisso, 2014)

Florence Nightingale, após grande luta, porque sua posição social não condizia com sua vocação de cuidar de doentes, feridos, pobres e necessitados alcançou mérito ao participar com sua equipe de mulheres, recrutadas para Guerra da Crimeia, e com sua influência e conhecimentos, que a mortalidade dos doentes fosse reduzida de 40% a 2%, em um período de seis meses. (Oguisso, 2014) Prestigiada por fazer rondas noturnas com sua lâmpada, o que se tornou o símbolo da enfermagem após a Guerra, e promover a criação do Fundo Nightingale para o treinamento de enfermeiras, inspirou o nascimento da primeira escola de enfermagem no modelo Nightingaleano, em 1860, no Hospital Saint Thomaz, Inglaterra. Concomitante com o cenário mundial de transformações políticas e econômicas que influenciaram toda a modificação no conceito de trabalho e a divisão do trabalho na enfermagem, cultivava a organização capitalista e classificava as enfermeiras em (Oguisso, 2014, pág. 76):

- 1 – *Nurses*: mulheres de classes sociais de baixa renda que realizavam trabalhos de cuidado direto com os pacientes;
- 2 - *Ladies Nurses*: mulheres de classes sociais mais elevadas preparadas técnica e cientificamente a quem era concedida a responsabilidade de organizar os hospitais.

No Brasil, o sistema Nightingaleano americano foi instalado a partir da criação da Escola de Enfermeiras e do Departamento Nacional de Saúde Pública, instituição criada no âmago do poder da República, com o apoio de médicos famosos como Carlos Chagas, na década de 1920. O serviço de enfermagem daquele Departamento

e da Escola de Enfermeiras estavam sob a liderança da enfermeira americana, Ethel Parsons, como coordenadora de um grupo de mulheres, enfermeiras, vindas por meio de acordo entre o Governo Brasileiro e a Fundação Rockefeller, como expressão de política da boa vizinhança entre o Brasil e os Estados Unidos. (Oguisso, 2014; Barreira, 1997).

A partir da trajetória histórica e diante de várias lutas políticas para que a enfermagem se firmasse como profissão, ela se desenvolveu e foi regulamentada. Hoje, os processos de trabalho se estabelecem apoiados na Lei do Exercício Profissional de Enfermagem n. 7.498/86, que regula e redefine o exercício da enfermagem em todo o território nacional, formalizando direitos e competências de cada categoria da enfermagem divididos em enfermeiro, técnico e auxiliares de enfermagem. Esta lei estabelece as competências inerentes ao enfermeiro, inclusive no tocante à consulta e à prescrição da assistência de enfermagem, e aos cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica que exijam conhecimentos científicos e capacidade de tomar decisões imediatas, o que era inexistente nas normas anteriores. (Oguisso, 2015)

Aos técnicos e auxiliares de enfermagem cabe realizar atividades sob a supervisão e acompanhamento do enfermeiro, atividades caracterizadas por ações de fácil execução e entendimento após treinamento. São ações de rotina e repetição que contribuem efetivamente para uma assistência apropriada de enfermagem e que são diferenciadas pelo art.10 e art.11 do Decreto n. 94.406/87 nas atividades mais complexas dos técnicos e menos complexas dos auxiliares.

Segundo Freitas (2015), as características do trabalho em enfermagem são estabelecidas majoritariamente pela competência técnica dos profissionais para execução de procedimentos específicos, valendo-se da autonomia e responsabilidade do enfermeiro para com todos os membros da equipe, incluindo conhecimentos técnico-científicos no atendimento das necessidades da população nos âmbitos da atenção primária, secundária e terciária.

Desde os primórdios da profissão houve insistência para que fosse feita uma divisão entre trabalho intelectual para os enfermeiros e trabalho manual para os demais trabalhadores de enfermagem. Desta maneira, estabelece-se uma hierarquia forte e rígida, e o enfermeiro exerce uma função centralizadora por causa de seu

conhecimento, que envolve o processo de trabalho, e delega as demais atividades para seus inferiores hierárquicos.

No intuito de fortalecer a enfermagem, várias coletividades foram criadas com fins de organizar socialmente a profissão para avançar nas atividades que atualizem a formação acadêmica da enfermagem e promovam práticas aperfeiçoadas.

Destaca-se a federação de organizações nacionais de enfermagem que apresenta como valores principais: liderança entre essas coletividades, o Conselho Internacional de Enfermeiras (CIE), criado em 1º julho de 1899, em Londres que é uma inclusão, flexibilidade, parceria e conquista; a Federação Pan Americana de Profissionais de Enfermagem (FEPPEN); a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN), criada em 12 de agosto de 1926, com objetivo de congregar enfermeiros, obstetrizes, técnicos e auxiliares de enfermagem para o desenvolvimento técnico-científico, cultural e político da categoria; e, a Academia Brasileira de História da Enfermagem (ABRADHENF), criada em 13 de agosto de 2010. (Oguisso, 2015)

Além dessas coletividades, para o exercício profissional da enfermagem no Brasil foi criado, em julho de 1973, o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Enfermagem (COFEn e CORENs) por meio da lei n. 5.905 que são órgãos responsáveis pela fiscalização do exercício profissional da enfermagem, pelo zelo da imagem profissional e pelo monitoramento de situações conflituosas, constrangedoras ou que exponham, de maneira pejorativa, a profissão (COFEn, 2013). Também, de acordo com a Resolução n. 172/94 ficou instituída a criação das comissões de ética de enfermagem com propostas educativas além de consultas e fiscalização da prática profissional.

No modelo hospitalar de assistência, a enfermagem, em geral, tem grande predomínio na organização do trabalho de acordo com o modelo Taylorista-Fordista no qual prevalece uma hierarquia rígida e o trabalho, como já exposto acima, é dividido em tarefas descritas em manuais de procedimentos, rotinas, normas e protocolos, e ocorre fragmentação das tarefas referentes à ação do cuidado aos usuários do sistema de saúde. Porém, o serviço de enfermagem não trata apenas do cuidado aos pacientes. Inclui, também, a gestão do ambiente terapêutico (uso de tecnologias e otimização de recursos, materiais) e a gestão dos trabalhadores de enfermagem contém o dimensionamento dos mesmos. (Matos, Pires, 2006)

O dimensionamento de pessoal na área da enfermagem é subsidiado legalmente pela Resolução 293/2004 do Conselho Federal de Enfermagem em que a previsão e provisão adequada do Conselho tem relação direta com a atividade segura da profissão e a qualidade da assistência. Estudos que identificam variáveis como: *carga média de trabalho* em enfermagem; *Sistemas de Classificação de Pacientes* (SCPs); *Índice de segurança técnica*; e *tempo efetivo de trabalho*, são realizados para comprovar a necessidade adequada do quadro de enfermagem. (Gaidzinski, Fugulin, Castilho, 2005)

Na perspectiva do controle gerencial das ações de enfermagem, constituiu-se como grande desafio para a enfermagem brasileira, na atualidade, o atendimento ao dimensionamento adequado do quadro profissional desta categoria e a disponibilização de mais tempo para a realização de atividades profissionais específicas que, por muitas vezes, ficam despendidas em atividades fora do contexto da categoria. Nessa direção, a carga média de trabalho da unidade de assistência de enfermagem é definida como o produto da quantidade média diária de pacientes assistidos, segundo o grau de dependência dos cuidados de enfermagem, pelo tempo médio de assistência de enfermagem utilizado por paciente, de acordo com o grau de dependência apresentado, levantado por meio de um Sistema de Classificação de Pacientes (SCP). (Fugulin, 2010)

O Sistema de Classificação de Pacientes é definido como a forma de determinar o grau de dependência de um paciente em relação à equipe de enfermagem, com o objetivo de estabelecer o tempo despendido no cuidado direto e indireto, bem como a quantidade de pessoal, para atender as necessidades bio-psico-sócio-espirituais do paciente. (Fugulin, 2010) A partir do SCPs são definidos cuidados mínimos, intermediários, semi-intensivos e intensivos e é calculada a quantidade, e a partir desta a quantidade ideal de profissionais enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

O Índice de Segurança Técnica (IST) refere-se ao adicional de profissionais de enfermagem para cobertura de ausências imprevistas no trabalho, por benefício ou por absenteísmo. Recomenda-se o uso do coeficiente empírico de 15% que permite estimar a necessidade de acréscimo de 8,33% de trabalhadores de enfermagem para

a cobertura de ausências por benefícios e 6,67% para a cobertura de absenteísmo, quando não se conhece o IST da instituição. (COFEn, 2013)

A variável de tempo efetivo de trabalho considera o tempo diário de trabalho da equipe de enfermagem e a necessidade de redução da jornada de trabalho para a realização das atividades não relacionadas às tarefas profissionais (trocas de informações não ligadas ao trabalho, comemorações, atendimento das necessidades fisiológicas, alimentação e períodos de repouso) (COFEn, 2013).

A enfermagem diante do modelo em que o trabalho médico é centralizado absorve todas as influências desta característica de administração e seu processo assistencial deve se moldar diante das relações de poder e interesse que permeiam esta “Instituição Hospitalar”. Este tipo de gestão dificulta a manifestação da criatividade dos trabalhadores e fica restrita às necessidades gerais da organização.

Segundo Oguisso e Freitas (2014), o Brasil possui atualmente muitos profissionais de enfermagem capacitados para trabalhar nos mais diversos cenários da área da saúde nacional e internacional, e apresenta expansão paulatina de reconhecimento social e autonomia profissional.

Por outro lado, à frente desta valorização vale ressaltar que o trabalho da enfermagem é influenciado por fenômenos sociais, como o da precarização e o da flexibilização das leis que regulam atividades profissionais no mercado, determinando as condições de trabalho nas instituições assistenciais, em que os profissionais de enfermagem atuam em virtude da globalização e do neoliberalismo de acordo com Freitas et al. (2015). Os autores citam que a enfermagem é exposta a um forte movimento político para que a precarização perdure, por meio da flexibilização dos vínculos dos trabalhadores, com relação às jornadas de trabalho, ao duplo vínculo e ao trabalho em cooperativas, que ao invés de diminuir ou adequar, o trabalhador sente-se “obrigado” a atender demandas não isoladas da instituição para dobrar jornadas de atividades.

As consequências da flexibilização representam, em geral, redução dos direitos sociais e das garantias do trabalhador, ou seja, traz consigo a precarização dos vínculos trabalhistas. (Moreto da Silva, 2013).

Pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEn), divulgado em 2014, em parceria com pesquisadores da Fundação Osvaldo Cruz (FioCruz) sobre o perfil da enfermagem brasileira, estampa: os “subsálarios” e a situação de desgaste dos profissionais as quais tornam mais difíceis o trabalho e a segurança do próprio trabalhador de enfermagem contrariando as normas estabelecidas pela resolução do próprio COFEn sobre o dimensionamento de pessoal.

Diante deste cenário a formação tecnicista dos profissionais enfermeiros para atender a demanda do mercado neoliberal prevalece sob questões que aprofundem a sua identidade profissional, participação e mobilização representativa em movimentos políticos da classe com fins de salários e condições de trabalho melhores mantendo esse trabalhador cuja luta, historicamente, deve ser enaltecida, acomodado e afastado de seu reconhecimento e de sua verdadeira arte.

1.1.2.2 O interesse oculto na banalização da violência

O mercado de trabalho atual propicia o aumento da competição por espaço e visibilidade na tentativa de os trabalhadores manterem-se seguros nos seus cargos e empregos, garantindo sua estabilidade pessoal e profissional. Este fato potencializado pelo mundo capitalista resulta em consequências como a precariedade do trabalho, a flexibilização das relações, a aceleração da economia com interesse na otimização de recursos mediante a diminuição de custos. O aumento do desemprego, a terceirização, o crescimento do setor informal, tornam-se, assim, a ponta do *iceberg* de uma sociedade que se mobiliza para o avanço da competição profissional e as relações interprofissionais modulam-se no critério da organização como instituição maior e são muito prejudicadas.

De antemão o trabalho fica subordinado ao capital e percebe-se o acúmulo de funções e de novas tarefas para um mesmo trabalhador na justificativa de reestruturação do ambiente de trabalho. Surge a figura do *workaholic* (trabalhador compulsivo), no passado entendido como patológico hoje é considerado como competência ideal no trabalho, alguém muito dedicado. (Hashizume, 2014)

Explica-se, brevemente, neste ponto, o significado de capital. Aqui não se trata de um conceito economico-político mas aquele inserido na categoria social relevante

no controle do metabolismo social² explicado pela imensa obra de Karl Marx “O Capital”, uma crítica à economia política, pois como paradigma da ciência social burguesa, oculta as relações sociais de poder, caracterizadas pela exploração, opressão, dominação social e espoliação que representa o modo de produção capitalista. (Gediel, 2015)

Nas sociedades pré-capitalistas, o capital também já existia, mas como modo de dominação social por meio da propriedade privada e divisão hierárquica do trabalho como escravidão e trabalho servil. As relações de poder eram, por sua vez, envolvidas de modo transparente e o poder do capital era legitimado de forma efetiva pela classe dominante. Com o passar dos tempos o poder do capital adquiriu grandes proporções como modo de civilização, expandindo-se incontrolavelmente por meio da produção capitalista para que a sociedade humana se tornasse cada vez mais social. (Marx, 2003a)

O poder do capital configura-se, por sua vez, por meio de um tripé: mercado, trabalho e Estado Político. O mercado atua como meio regulador do metabolismo social; o trabalho assalariado predomina como meio exclusivo de sustentação; e o Estado Político atua como *locus* de legitimação da dominação e controle social de classe. (Marx, 2003b)

Segundo Alves (2014), com a ascensão do Toyotismo como ideologia de produção nos moldes capitalistas:

“... a captura da subjetividade adquiriu uma dimensão radical no sentido de ir à própria raiz do homem, desmontando-o como pessoa humana. A manipulação do capital tornou-se manipulação reflexiva, envolvendo-o omnilateralmente, e degradando os pilares de constituição da pessoa humana”.

O poder do capital desenvolve-se de forma perversa e polimórfica e integra a opressão de classe, gênero, categorias profissionais; a exploração da força de trabalho; e, a dominação social de classe como indissociáveis deste fenômeno. Torna-se, assim, o assédio moral, cenário deste estudo, viabilizado diante de outra

² Explica-se como metabolismo social a troca orgânica entre homem e natureza, entre homens e entre homin e si próprio. (Marx, 2003a).

angulação que é o poder do capital como controle do metabolismo social nas organizações alienadas do mercado, trabalho assalariado e Estado Político.

A partir do momento em que o modo da relação de produção do trabalho atingiu novos paradigmas por meio da capital-trabalho as relações humanas converteram-se em relações sociais-instrumentais facilmente expostas aos meios de opressão, espoliação, exploração e dominação social e o assédio moral, neste ponto de vista, é instrumento indissociável deste poder. (Gediel, 2014)

Neste sentido, segundo Marx (2003b), diz-se que o homem “escolhe” ser assediado na relação de trabalho profissional é que se pode inferir que o Ocidente, como civilização da liberdade, mantém todos os homens e mulheres possuidores de suas liberdades. Porém, este mesmo Ocidente é a civilização da liberdade tanto quanto é a civilização do capital, tornando-se o homem livre para ser oprimido, espoliado, explorado e dominado socialmente e exposto a situações que convergem para o assédio moral dentro do ambiente de trabalho.

O mundo pós-moderno rompe com a organização estável e insere valores como o risco, a flexibilidade, a ilegitimidade, deixando o trabalhador à mercê das condições que lhe são impostas, oprimindo a sua criatividade espontânea e desvirtuando seus valores, pois priorizará a subserviência às constantes instabilidades do mercado de trabalho. (Hashizume, 2014)

Encobertos em meio a tantas demandas, não é incomum que os dirigentes responsáveis por setores da organização que hierarquicamente possuem grande quantidade de subordinados recusam-se a considerar as pessoas que trabalham, o ser humano, e sua gestão passa a ser permeada por medo, mentiras, assédios e comportamentos não éticos. Segundo Hirigoyen (2001), “... os procedimentos perversos de um indivíduo podem ser utilizados deliberadamente por uma empresa que espere deles tirar seu melhor rendimento”, ou seja, a empresa estrutura um líder com critérios perversos e utiliza-se desse perfil insidiosamente para “acometer” o medo nos subordinados e conseguir uma produção desejada sem mais manifestações. A empresa, por sua vez, se exime da responsabilidade por essa violência embutida no líder, considerando *a posteriori* que se trata de um perfil pessoal.

Para Hashizume (2014) a violência institucionalizada contextualiza-se na compreensão de que novas relações de trabalho se estabelecem no ambiente capitalista financeiro que vislumbra somente o lucro. Essa violência implícita nas relações de trabalho degrada e controla os comportamentos, os modos de pensar e as decisões de outro trabalhador.

Segundo Pagès et al. (2005), por meio de um fato denominado “domínio ideológico”, as práticas das empresas estabelecem as convicções e valores os quais os trabalhadores devem assimilar e apropriar-se das mesmas, muitas vezes, tornando-as seus projetos pessoais. O trabalhador, por vezes, não é reprimido, porém cria-se um modelo gerencialista e narcisista, e o desejo pela onipotência torna o trabalhador inteiramente mobilizado, aderindo às políticas internas da instituição. Neste sentido, os que mais se destacarem serão mais valorizados, porém, essa valorização é sazonal. Ora se está em evidência ora não, ou seja, para ter sempre a valorização da empresa é necessário dispensar muita energia, qualificação e submissão às regras estabelecidas, mesmo que essas impliquem em piora do comportamento dentro das relações profissionais.

Manter os trabalhadores disciplinados e padronizados adequando seus comportamentos aos interesses da empresa, facilita o controle dos mesmos e a vigilância deixa de ser um controle objetivo e passa a ser um controle subjetivo. O próprio trabalhador se controla e esta sensação pode culminar em estresse intermitente, pois o trabalho se sente controlado de modo ilimitado. Por ocasião de um erro, um projeto fora do prazo, uma criatividade que não surgiu, o trabalhador sente-se culpado, frustrado e impotente para questionar. Esta situação interfere em sua saúde física e psicológica, e em seus relacionamentos pessoais e profissionais. (D'Aubeterre, 2009)

O estabelecimento de metas que cobram produção no mundo corporativo ocasiona uma mudança no perfil dos trabalhadores e estes são selecionados de acordo com o perfil de maior competitividade em relação às tarefas estipuladas e individualizadas, e não por sua experiência, conhecimento ou boas relações. O perfil do trabalhador assemelha-se, como refere Ehrenberg (2010), a um jogo esportivo no qual é cultuado um desempenho elevado.

A castração da autonomia e a massificação do trabalhador como cumpridor de metas cujos objetivos são a prioridade financeira da instituição leva a uma situação na qual o sentido íntegro do trabalho se perca e surjam sensações de violência intensa, caracterizadas por sintomas já explicitados em tópicos anteriores.

Dejours (2007), define como banalização da injustiça social o desenvolvimento da tolerância à injustiça que promove o aumento do sofrimento no trabalho. Muitos trabalhadores passaram, com o decorrer do tempo a utilizar medicações psicotrópicas para se adaptar à nova rotina, para contornar transtornos mentais e depressivos, diminuir a ansiedade e regular o sono por ora prejudicado.

Para Dejours (2007) o sofrimento no trabalho divide-se em dois grupos: o sofrimento dos que não têm trabalho e o sofrimentos dos que trabalham. Neste último o trabalhador passa por sofrimento por temer não satisfazer as imposições das organizações do trabalho como a imposições de horário, ritmo, formação, informação, aprendizagem, nível de instrução, experiência, rapidez de aquisição de conhecimentos, adaptação à cultura e valores da empresa, exigências do mercado de trabalho e relações interprofissionais.

Dejours (2007) também refere sobre a solução medicamentosa para os trabalhadores expostos a essa violência insidiosa nas empresas por causa de questões econômicas que vem aumentando e traduz um sintoma de intolerância social pautada no imediatismo.

Segundo Hashizume (2014), na sociedade atual a pressão imposta aos trabalhadores vem ao encontro das gestões pós-modernas instituídas de forma agressiva, para o cumprimento de metas que gerem mais e mais lucros. Sendo assim, o interesse oculto nessa violência emerge não de uma postura individual e sim de um comportamento corporativo incentivado, como meio para justificar os fins.

Alves (2015) infere a violência como um velho diabo, que representa o cerne essencial da relação capital-poder em que a divisão hierárquica do trabalho compõem um quadro de opressões nas dominações sociais de classe. Define este autor como “a violência do capital” a qual caracteriza-se, atualmente, pelo silêncio e perversidade institucional.

Para Alves (2015), o sujeito aceita essa violência, definindo como escolha moral, porque seu *status* é ser livre. Tal sujeito aceita as regras impostas a ele, permitindo, assim, sua exposição à violência, que se torna como um metabolismo das novas relações no campo de trabalho.

Ao sintetizar o pensamento sobre esse assunto, aparentemente inacabável, pode-se destacar que a violência institucional ocultada por interesses financeiros traz sérios prejuízos à organização com a destruição do clima de trabalho, o aumento geral do sentimento de insegurança e o consequente bloqueio da criatividade. O trabalhador sente-se desamparado e em meio a uma infinidade de cobranças, pressões e estresses exacerbados. Muitos trabalhadores vêm perdendo os seus critérios éticos de relacionamentos (Castel, 2005), fato que deve ser cuidadosamente revisto pelos responsáveis de desenvolvimento institucional, pelos dirigentes das empresas e também deve ser reivindicado pelos profissionais acometidos por tais estratégias.

É de suma importância a formação de profissionais que pensem criticamente e reflitam nas formas de transformação e não se tornem robôs do sistema. Oriundos do sistema de educação, livres de preconceitos e padronizações estabelecidas tornam-se fortes aliados a novas gestões a serem criadas no futuro das organizações.

1.2 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO E O PROBLEMA ESTUDADO

A motivação para a propositura sobre o assédio moral, como tema do estudo aqui desenvolvido, advém, inicialmente, do interesse pessoal da pesquisadora pela vivência na área assistencial e de coordenação de enfermagem em um hospital do Município de São Paulo. Nele atua como enfermeira desde sua formação e tem somado observações sobre o mundo via diversas relações interpessoais que por vezes têm acrescentado em si o fato, objeto deste estudo, ou seja, como os profissionais enfermeiros percebem o assédio moral no seu cotidiano de trabalho. Além do mais, a vivência profissional da pesquisadora na área assistencial a tem levado a defrontar-se frequentemente com controvérsias a respeito do que seja ou não o assédio, sobretudo no ambiente de trabalho da equipe de enfermagem.

Por vezes, percebe-se certa banalização dessa questão, não se levando em consideração aspectos importantes das relações interpessoais, com o próprio colega

de trabalho, às vezes em uma mesma posição hierárquica ou em uma relação de subordinação. As controvérsias sobre o que é ou não o assédio moral por vezes, manifestam-se em diversas situações do cotidiano, mas que são negligenciadas, pouco debatidas ou explicitadas no ambiente de trabalho.

Esvaziam-se, desta forma, as possibilidades de discussão e de trocas de experiências entre os trabalhadores de enfermagem, e, de certa forma, perde-se a oportunidade de aprofundar e reconhecer a ocorrência do assédio no trabalho, bem como identificar situações que envolvam a sua prática.

É possível que isso ocorra motivado por medos ou temores de represálias entre os profissionais, envolvendo, não só chefes e subordinados, mas os colegas do mesmo nível hierárquico. Acredita-se que, ao discutir a questão do assédio moral no ambiente de trabalho, é possível contribuir para entender tais vivências, explicitando medos ou temores de prejuízo, de perseguição ou de punição.

Segundo Barreto (2013b), o assédio moral ocorre da forma seguinte:

“Caracteriza-se pela degradação deliberada das condições de trabalho em que prevalecem atitudes e condutas negativas dos chefes em relação a seus subordinados, constituindo uma experiência subjetiva que acarreta prejuízos práticos e emocionais para o trabalhador e a organização. A vítima escolhida é isolada do grupo sem explicações, passando a ser hostilizada, ridicularizada, inferiorizada, culpabilizada e desacreditada diante dos pares.”

O assédio moral, embora seja um tema de relevância elevada no contexto das relações de trabalho na atualidade, trata-se de uma prática ainda insuficientemente discutida no campo da saúde, particularmente na enfermagem. (Souza, Venâncio, Espíndula, 2010)

Nesse sentido, entende-se que a reflexão acerca do assédio moral no ambiente de trabalho e suas implicações para o profissional de enfermagem - individualmente e como equipe - merece aprofundamento, dado que a problemática que envolve o fato é potencialmente algo que desestrutura e incide não somente sobre o desempenho no trabalho, mas também sobre a saúde física e psíquica do profissional, bem como nas relações interpessoais, e põe em risco sua integridade.

Barreto (2013b) aponta que, na maioria das vezes, os profissionais que presenciam o assédio, por medo de perder o emprego ou serem também humilhados, rompem os laços afetivos com a vítima e, com frequência, reproduzem as ações do agressor no ambiente de trabalho, instaurando um "pacto de tolerância e silêncio", enquanto a vítima, gradativamente, se desestabiliza e fragiliza "perdendo sua autoestima".

A própria natureza da atividade torna a categoria profissional da enfermagem vulnerável ao assédio, visto que enfermeiros e assistentes trabalham em equipes multidisciplinares com organização rígida e sob constante pressão, além de lidarem diariamente com conflitos oriundos das relações interpessoais com pacientes, familiares, colegas e demais profissionais. Tal entendimento é compartilhado por Fontes, Pelloso e Carvalho (2011), que identificam que a aceitação e reprodução do assédio estão fortemente vinculadas à atuação destes profissionais.

O assédio moral nas relações de trabalho em enfermagem pode ser visto e enfrentado pelo profissional de diversas maneiras e, inclusive, pode não ser nem sequer detectado. O profissional pode tanto achar que está sendo assediado, e tratar-se apenas de um desajuste nos processos de trabalho, que requer medidas simples para sua resolução, como pode estar sendo assediado e não saber identificar o fenômeno. Em todos os casos, a dificuldade de configurar precisamente o assédio torna difícil seu enfrentamento, o que demonstra a importância de estudar a vivência dos profissionais acerca de sua ocorrência e formas de manifestação para fortalecer o enfermeiro e sua atuação em equipe.

A estrutura rígida do ambiente hospitalar, na qual predominam relações horizontais de hierarquia, também favorece o assédio moral. E, aliada à precariedade dos recursos humanos e materiais, ao ritmo desgastante do trabalho por turnos e às múltiplas exigências cognitivas e emocionais, entre outros fatores, aumenta a vulnerabilidade do profissional ao fenômeno.

Os estudos sobre o tema que abordam a equipe de enfermagem no contexto institucional são ainda incipientes. Entretanto, para que se construa uma cultura de responsabilidade nas relações é necessário, primordialmente, conhecer o significado que estes profissionais atribuem a este fenômeno.

Entende-se, destarte, que o trabalho aqui proposto, além de contribuir para a elucidação do fato de assediar, irá incrementar a prática profissional da pesquisadora e demais profissionais da área, na medida em que almeja conhecer, de forma integral e com base na equipe de enfermagem de um hospital privado, quais são as vivências sob a óptica das percepções acerca do assédio moral entre os profissionais enfermeiros, bem como os possíveis enfrentamentos.

Por fim, além de promover este encontro de informações, subsiste o desejo de contribuir para o entendimento de como idealizar uma política na qual a cultura seja baseada no respeito e existam estratégias claras para enfrentar o que não é devidamente ético nas relações deste corpo de profissionais, primordial no processo de cuidar.

As perguntas da presente investigação são as seguintes: Quais são as vivências dos profissionais enfermeiros de uma dada instituição hospitalar privada do Município de São Paulo, a respeito do assédio moral? Como essas vivências influenciam as estratégias possíveis de enfrentamento dessa ocorrência por parte dos sujeitos do estudo?

1.3 OBJETIVO

Compreender os significados atribuídos pelos enfermeiros ao assédio moral no trabalho.

2 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

2 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

2.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa realizada mediante metodologia qualitativa sob a vertente teórico-filosófica da Teoria Fenomenológica da Ação Social de Alfred Schütz o que viabiliza o acesso à consciência dos atores sociais pesquisados para a compreensão da vivência dos enfermeiros sob a ocorrência do assédio moral no ambiente laboral hospitalar a fim de caracterizar por meio dos achados dos *motivos para e motivos porque* do tipo vivido.

2.2 OS ASPECTOS ÉTICOS DO ESTUDO

Por se tratar de um estudo com seres humanos, o mesmo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP) e aprovado sob o número 1.105.439 (Apêndice A), o que atende à Resolução 446/12 do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisadora comprometeu-se formalmente mediante o Termo de Compromisso para Realização de Pesquisa Científica.

No início da coleta de dados, foram fornecidos aos profissionais entrevistados informações sobre o propósito do estudo e foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, elaborado conforme as normas da Resolução 446/12, que versa sobre os aspectos éticos em pesquisas que envolvem seres humanos (Conselho Nacional de Saúde, 2012).

Os TCLEs estão sob guarda e responsabilidade da pesquisadora e não são expostos no presente trabalho de pesquisa para resguardar o nome da Instituição e para proteger a integridade e anonimato dos pesquisados. Cada profissional recebeu uma cópia do TCLE após sua assinatura.

Ressalta-se que foi garantido aos profissionais o sigilo das informações, bem como a voluntariedade na participação e a possibilidade de interrompê-la a qualquer momento, se assim julgassem conveniente, sem qualquer tipo de prejuízos. Foi, também, assegurado pela pesquisadora que os dados serão utilizados

exclusivamente para fins científicos e que os resultados serão publicados em periódicos especializados e divulgados em eventos científicos.

2.3 REGIÃO DE INQUÉRITO E CENÁRIO DA PESQUISA

A região de inquérito é definida como a região de perplexidade em que estão o local das preocupações do pesquisador não se caracterizando por um determinado espaço físico e sim como um conceito em dado contexto onde as pessoas agem. Schütz define como região de inquérito não um lugar físico, mas o assunto sobre o qual se trata com pessoas analisadas (Merighi, Praça, 2003) A região de inquérito, portanto, é composta por nove enfermeiros de um hospital privado do Município de São Paulo que vivenciaram o assédio moral no ambiente laboral nos últimos três anos.

O referencial teórico apoia-se na pesquisa da ação social de Alfred Schütz, uma ciência descritiva. Os depoimentos foram obtidos a partir de depoimentos sobre as experiências dos enfermeiros em suas vivências acerca do assédio moral no ambiente de trabalho.

A região de inquérito, portanto, é o mundo-vida de cada enfermeiro que vivencia o assédio moral. O pressuposto do estudo é compreender esse mundo-vida por meio das experiências de relacionamentos e interações, e seu conhecimento sobre o assédio e porque ele ocorre.

2.4 SUJEITOS DA PESQUISA

Como critérios de inclusão dos profissionais pesquisados foi delimitado que: (1) ser enfermeiro atuante no Hospital durante a realização da coleta de dados, ou seja, não estar na vigência de licença médica, férias ou outros afastamentos; (2) possuir, no mínimo, três anos de serviços prestados no hospital; e, (3) ter vivenciado o assédio moral no ambiente de trabalho nos últimos três anos.

Vivenciar o assédio moral no ambiente de trabalho e estabelecer um vínculo de confiança para com um pesquisador, expondo suas dificuldades, anseios e sofrimentos não é uma tarefa simples e, ao mesmo tempo, ser o pesquisador de um assunto encoberto por interesses e que apresenta várias facetas, também cria a

necessidade de uma percepção que vai além da sistematização em se fazer pesquisa e captar depoimentos. Não se pode esquecer que a pesquisa fenomenológica deve ser despida de pré-formações conceituais para melhor interpretar as experiências vividas e não se pode, em momento algum, inferir nos depoimentos dos participantes.

Neste sentido, os sujeitos foram “achados” ou, pode-se dizer, indicados entre as entrevistas de colegas que não vivenciaram o assédio, mas visualizaram seus pares sofrerem. Por vezes, alguns enfermeiros procuraram o pesquisador ao saber por outros colegas sobre a pesquisa em desenvolvimento e, espontaneamente, se dispuseram a participar, o que vislumbra a necessidade de expor os fatos e o anseio de falar.

Atenta aos critérios éticos da pesquisa científica, e aos critérios de inclusão no estudo, a pesquisadora obteve a participação voluntária de nove sujeitos de pesquisa, que contribuíram substancialmente para a compreensão de suas ações, expectativas, preocupações, medos e anseios, sofrimentos e projetos futuros em suas inserções cotidianas, em face do fenômeno estudado.

2.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DOS DEPOIMENTOS

O procedimento para a coleta dos depoimentos foi posterior à aprovação do CEP da EEUSP e do parecer positivo do Hospital. Foi feito um contato formal com a profissional com hierarquia superior e responsável pela gestão da enfermagem e foram-lhe explicados os objetivos e objetos do estudo em andamento, garantindo-lhe anonimato e resguardo da imagem institucional.

Após este contato e validação formal, iniciou-se as entrevistas aleatórias com enfermeiros e inicialmente já foram indicados enfermeiros que possivelmente tenham vivenciado e vivenciam o assédio moral no ambiente de trabalho, além de alguns enfermeiros que procuraram o pesquisador espontaneamente.

Por se tratar de uma pesquisa qualitativa não se definiu *a priori* a quantidade de entrevistados o que foi estabelecido no decorrer do percurso em que os dados revelados respondiam ao objetivo proposto pelo estudo que desvelou o fenômeno.

As entrevistas foram agendadas conforme disponibilidade do entrevistado em local reservado e consentido por ele, com tempo suficiente para que não houvesse interrupções. Ao entrevistado foram explicados os objetivos e objetos do estudo, e entregue o TCLE para sua assinatura. Antes do início da entrevista foi-lhe solicitada permissão para gravá-la assim como reforçado sobre o sigilo das informações e o direito em não participar ou de desistir da participação, independente do momento decorrido da pesquisa no caso de arrependimento. Também lhes foi informado que os dados obtidos seriam única e exclusivamente para fins científicos.

A técnica utilizada, aplicada nas entrevistas, foi a entrevista semiestruturada com questões norteadoras para alcance do objetivo. Esta técnica correlaciona-se com o referencial teórico-filosófico escolhido.

A coleta dos dados foi realizada no período de julho/2015 a janeiro/2016.

As entrevistas foram gravadas permitindo maior liberdade de expressão e maior fidelidade no processo de captação das ideias. Após cada entrevista os discursos foram transcritos, respeitando sua sequência, a linguagem, as pausas e as repetições. Sempre que solicitado pelo entrevistado a entrevista era pausada e retomada, com seu consentimento, a partir da pausa efetuada. Quando ocorreu algum discurso fora do tempo de gravação, este não foi transcrito a pedido do entrevistado para resguardar sua integridade.

Na tentativa de alcançar o objetivo proposto e como resposta às inquietações observadas nesta pesquisa, as entrevistas eram apoiadas em três questões norteadoras:

- Como você vivência o assédio moral no trabalho?
- Por que você acha que ocorre o assédio moral no trabalho?
- Como você gostaria que fossem encaminhados os casos de assédio moral no trabalho? Quais suas expectativas?

A escolha destas questões aconteceu em confluência com o referencial teórico-filosófico escolhido, norteando os motivos do para e porquê do fenômeno a ser desvelado a fim de se construir um tipo vivido, entendendo qual a realidade e a possibilidade de mudança para esta categoria profissional.

Cabe destacar que, como solicitação do CEP em seu parecer de número 1.071.683 (Apêndice B) foi excluída da pesquisa a caracterização da amostra não sendo, então, colhidos e nem divulgados dados sócio demográficos dos participantes coibindo qualquer tipo de identificação do participante, a fim de proteger sua integridade e anonimato.

A relação *face a face* entre pesquisador e pesquisado foi estabelecida de forma espontânea permitindo que o pesquisador captasse o significado subjetivo da ação dos enfermeiros que vivenciam o assédio moral no trabalho por meio de suas motivações.

2.6 MOMENTO DA ANÁLISE COMPREENSIVA DOS DISCURSOS

Para a análise dos discursos obtidos foi utilizada a metodologia de análise proposta por estudiosos de Fenomenologia Social entre eles: Jesus et al. (2013), que propõem um percurso para análise compreensiva de forma gradativa em seis passos esquematizados no Esquema I.

Esquema I – Percurso metodológica representativo a partir do referencial teórico filosófico de Alfred Schütz

Fonte: Jesus et al. (2013)

Além do referencial teórico Schütziano, para nortear o objeto da investigação e dar mais clareza à análise dos dados, o presente estudo busca subsídios teóricos sobre o assédio moral em diferentes áreas do conhecimento como Psicologia, Direito e Sociologia, dentre outros.

Os Esquemas II e III permitem visualizar a trajetória da pesquisa quanto ao percurso metodológico aqui desenvolvido.

Esquema II – Inquietações e Questões Norteadoras**O DESPERTAR PARA O ESTUDO**

Conhecer e compreender as vivências dos enfermeiros no seu cotidiano com relação ao assédio moral em suas relações interpessoais de trabalho.

Esquema III – Trajetória Metodológica

PESQUISA DE NATUREZA QUALITATIVA
REFERENCIAL METODOLÓGICO: FENOMENOLOGIA
REFERENCIAL FILOSÓFICO: ALFRED SCHÜTZ
REFERENCIAL DE ANÁLISE: FENOMENOLOGIA SOCIOLÓGICA

OBJETO

Discursos dos enfermeiros que vivenciam o fenômeno assédio moral no ambiente de trabalho em enfermagem

REGIÃO DE INQUÉRITO

Enfermeiros que vivenciam no ambiente de trabalho através das relações interpessoais o fenômeno assédio moral como membros da equipe de um hospital privado do município de São Paulo

SUJEITOS

Enfermeiros

OBJETIVO

Compreender os significados atribuídos pelos enfermeiros ao assédio moral no trabalho.

MOMENTO DA ANÁLISE COMPRENSIVA

Leitura completa de todos os discursos
Discriminação das unidades de significado
Construção das categorias concretas do vivido

3 REFERENCIAL TEÓRICO FILOSÓFICO:
A TEORIA DA AÇÃO SOCIAL DE
ALFRED SCHÜLTZ

3 REFERENCIAL TEÓRICO FILOSÓFICO: A TEORIA DA AÇÃO SOCIAL DE ALFRED SCHÜTZ

3.1 A FENOMENOLOGIA NA PERSPECTIVA DE ALFRED SCHÜTZ

Segundo Barros (2008, pág. 79), o quadro teórico de um estudo:

“... remete a uma maneira de ver o mundo ou de compreender o campo de fenômenos que estão sendo examinados. Remete aos conceitos e categorias que serão empregados para encaminhar uma determinada leitura da realidade, à rede de elaborações mentais já fixadas por outros autores (e com os quais o pesquisador irá dialogar para elaborar o seu próprio quadro teórico)”.

Para o presente estudo, a pesquisadora optou pelo referencial teórico filosófico da Teoria da Ação Social de Alfred Schütz, e esta é uma das diversas modalidades das abordagens compreensivas de um dado fato social. A ação social insere-se no arcabouço da construção teórica da sociologia fenomenológica, e influencia várias vertentes teórico-metodológicas como a etnometodologia, a etnossemiótica, a antropologia cognitiva, a história social, a história do imaginário, a psicologia genética, a psicologia das representações sociais e a teoria da comunicação e justifica-se, assim, sua significância. (Castro, 2012)

Alfred Schütz nasceu na Áustria, em 1899, formou-se em filosofia e sociologia, estudou direito em Viena, serviu na Primeira Guerra Mundial no exército austro-húngaro, mudou-se para os Estados Unidos, em 1939, e faleceu com 60 anos, em 1959. Durante sua jornada foi professor do Departamento de Estudos Superiores de Ciências Políticas e Sociais da *New School of Social Research*, de Nova York; fundou a Sociedade Internacional de Fenomenologia e participou do Conselho Editorial da Revista *Philosophy and Phenomenological Research* e deixou várias obras de referência na área da fenomenologia. (Walsh, 1972)

As contribuições essenciais de Schütz foram formuladas em uma confluência da fenomenologia de Edmund Husserl (1859-1938), matemático e filósofo alemão que fundou a escola de fenomenologia rompendo, na época, com o pensamento fortemente positivista da ciência e da filosofia. Schütz conheceu e se encontrou muitas vezes com Husserl. Conheceu também Karl Emil Maximilian Weber (1864-

1920), intelectual alemão considerado o fundador da sociologia moderna, que influenciou de forma consolidada o pensamento de Schütz. (Castro, 2012)

A fenomenologia sociológica é considerada em Ciências Sociais, a Sociologia da Vida Cotidiana argumentada por Max Weber e Husserl em que os atos sociais envolvem uma propriedade que não está presente nos outros setores do universo, alavancados pelas ciências naturais que são a base da pesquisa qualitativa que dá valor ao significado das coisas. (Husserl, 1976)

Alfred Schütz torna-se o representante mais destacado em ciências sociais quando se fala em pensamento fenomenológico, pois ele dá consistência à sociologia de Husserl ao sistematizar métodos para análises e abordagens das realidades sociais.

É importante entender, de forma breve, o ponto de partida da fenomenologia social criada por Husserl e Max Weber para compreender, mais adiante, a obra de Alfred Schütz. Para Husserl a criação de uma filosofia sem pressuposições é o resultado final de sua fundamentação. Suas articulações se estabelecem a partir dos conceitos das *experiências* do ser humano consciente em um *mundo* percebido e interpretado por esse ser humano que utiliza sua *intencionalidade* espontânea em lidar com as situações expostas a ele diariamente. A partir deste contexto, Husserl estabelece algumas prioridades para enxergar uma realidade social de como eliminar todas as noções preconcebidas determinadas pela sociedade, colocando-a num estado de redução fenomenológica que revelará os fenômenos da experiência real interior. (Wagner, 2012)

Weber definiu a sociologia como “uma ciência que tenta compreender de modo interpretativo a ação social” e através disso explicá-la causalmente em termos de causas e efeitos, ou seja, estabelece que o relacionamento social se define como a conduta de diversas pessoas que, conforme um dado contexto de significado, se dirigem e orientam umas em relações às outras. (Wagner, 2012)

Após estudar profundamente as obras de Husserl e Weber, Schütz, com algumas indagações a respeito, concluiu que Husserl não estava inteiramente a par dos problemas concretos das Ciências Sociais, e era fato que, ao lidar com as relações sociais, prejudicava-se. Weber não se aprofundou nos problemas de método

articulando-se, assim, com suposições sem muitas vezes, analisar as suas aplicações em diferentes níveis de raciocínio sociológico. (Wagner, 2012)

Essas indagações levaram Schütz a aprimorar e desenvolver conceitos que contribuíram para a sociologia interpretativa após longos anos de análise, seleção, adaptação e modificação de componentes relevantes das teorias de Husserl e Weber, recolocando-os com forte influência na presença sociológica de Schütz e, desta forma, nasceu a Teoria da Ação Social de Alfred Schütz. Esta teoria apresenta uma crítica radical ao objetivismo da ciência e propõe a subjetividade como fundante do sentido; dá relevância à subjetividade como constitutiva do social e inerente ao âmbito da autocompreensão objetiva; constitui a descrição fenomenológica como tarefa principal da sociologia. Vale ressaltar que Schütz difere de Husserl e outros filósofos porque explicita uma ação de forma sociológica e não filosófica. (Castro, 2012)

A teoria da ação social de Alfred Schütz fundamenta-se na compreensão do mundo-vida, por meio das metodologias das ciências sociais, como contrapartida às explicações das ciências naturais. Explica-se que a fenomenologia da vida cotidiana permeia o fato de que as angústias e preocupações vivenciadas pelas pessoas estão interligadas entre seus pares, ou seja, companheiros, predecessores, sucessores e contemporâneos inferindo a relação de intersubjetividade e este fato constitui a existência social e a vida presente e a relação interpessoal são aspectos essenciais na análise fenomenológica. (Wagner, 2012)

Para Alfred Schütz, o sujeito que vivencia uma experiência em seu mundo de vida cotidiana torna-se o ponto de partida para a fenomenologia social e o mundo de vida somente pode ser compreendido a partir do mundo real. Divide os conhecimentos construídos em três categorias a partir da compreensão da realidade social que são: o vivido e o experimentado no cotidiano; a epistemologia que investiga o mundo vivido; o método científico para proceder a investigação. (Schütz, 1979)

Para Schütz o propósito do cientista social é revelar os significados subjetivos que estão implícitos no universo dos atores sociais cabendo ao pesquisador criar um saber diferenciado a partir do conhecimento diferenciando-se este do senso comum por ter consistência lógica possibilitando o descrever do vivido colocando significado no ator; possuindo possibilidade de interpretação e pela sua adequação a realidade social. (Minayo, 2014)

A preocupação central de Schütz, em *Der sinnhafte Aufbau der sozialen Welt* (A construção significativa do mundo social), sua segunda obra inusitada publicada, em 1932, sob a forma de livro. Durante a sua vida o autor descreve os processos sociais que ele compreende como: a passagem da duração ao mundo espaço temporal que corresponde à conformação da experiência individual essencialmente social, pois participa ativamente deste (experiência); e, a constituição dos contextos de experiência e de ação que constitui o que Schütz compreende como a base da ação social, ou seja, o espaço intersubjetivo propriamente dito, por meio do qual as condutas são reguladas (ação). (Castro, 2012)

Neste sentido pode-se concluir que a dimensão da experiência e a dimensão da ação são os pontos chaves da reflexão da fenomenologia de Alfred Schütz que articulam a questão essencial que é explicada de como se forma a experiência social.

Na dimensão da experiência Schütz viabiliza três noções que são: (1) as reservas de experiência referindo-se à sedimentação dos saberes herdados pelo indivíduo, tanto por meio de suas experiências, quanto de seus educadores; (2) a tipicidade da vida cotidiana ao articular a maneira pela qual as diversas experiências se conformam fundamentadas em algo já estabelecido previamente; (3) as estruturas de pertinência que se remetem às formas individuais de controle no meio social podendo-se sistematizar, de acordo com sua reprodução, em motivacionais, interpretativas ou temáticas. (Schütz, 1987)

Essas três noções, reserva de experiência, tipicidade da vida cotidiana e estruturas de pertinência, segundo Schütz, resultariam na Cultura que em síntese, responderia ao questionamento proposto pela ocorrência da intersubjetividade.

Na dimensão da ação, a articulação de Schütz decorre do pensamento weberiano o qual, define a ação como “um comportamento relativo ao objeto” e transporta para a fenomenologia de Schütz como um comportamento motivado por uma intenção, relacionado com uma dimensão subjetiva do indivíduo. (Schütz, 1987)

Para Schütz a ação pode-se apresentar por meio da projectibilidade: capacidade de previsão; tipicidade: reserva de experiência capaz de conferir à ação uma igualdade de ações já vivenciadas anteriormente que recorrem cotidianamente; e, socialidade: o poder de interação e articulação entre mentes que ocorre no presente. (Wagner, 2012)

Diante do exposto resumidamente sobre a bibliografia de Schütz e seus conceitos na definição da Teoria da Ação Social visualiza-se que a fenomenologia social de Alfred Schütz define uma possibilidade de se pensar, fundamentar e desenvolver a ação de investigação nas relações interpessoais que são o eixo norteador do pesquisador em fenomenologia, estabelecidas no mundo da vida. Para tal, alguns conceitos são expostos de forma sistematizada com intuito de facilitar sua compreensão.

3.2 CONCEITOS DA TEORIA DA AÇÃO SOCIAL DE ALFRED SCHÜTZ

Os conceitos desenvolvidos e utilizados por Schütz e seus seguidores são descritos em tópicos a seguir, com o intuito de sistematizar seu entendimento, não inferindo que suas ligações, para Schütz, é que faziam o sentido da fenomenologia social e oportuna às respostas para as diversas realidades sociais estudadas.

Mundo vida cotidiana, mundo social, mundo de senso comum

O mundo vida cotidiana é compreendido a partir do mundo real, da prática. Significa o mundo intersubjetivo que existia muito antes do nosso nascimento, vivenciado e interpretado por outros, nossos predecessores, como um mundo pré-organizado e pré-constituído. Esse mundo é físico e sociocultural. Assim, este mundo entra à nossa experiência e interpretação por meio de um estoque de experiências anteriores dele, as nossas próprias experiências e aquelas que foram transmitidas por nossos pais e professores no formato de conhecimento referenciado. (Wagner, 2012)

O mundo de vida engloba todas as experiências cotidianas, direções e ações por meio das quais os indivíduos lidam com suas intenções e estes atuam dentro deste mundo guiados por instruções e interpretações recebidas por outras pessoas de seu convívio que fazem parte deste do mundo social. (Capalbo, 1979)

O mundo social é o meio em que o indivíduo se encontra no tempo e espaço determinado, histórico e cultural. Grupos de gênero, idade, divisões do trabalho/categoria profissional, parentesco, hierarquia e subordinações, líderes e

seguidores elaboram o mundo social em aspectos de proximidades com maior ou menor vínculo. (Schütz, 1972)

Cerimônias transportadas pelas tradições em marcos da vida do indivíduo como no nascimento, casamento, morte, formação profissional e/ou no ritmo da natureza como plantio e colheita, estações do ano, entre outros, caracterizam o mundo social no qual o homem nasce e trilha o seu caminho interligado por uma rede de relacionamentos sociais, de simbologias, de formas institucionalizadas de organização social por *status* e prestígio ou não. (Wagner, 2012)

Estas características são as condições pré-organizadas em que vivem os seres humanos e os costumes dos grupos internos são socialmente aceitos como boas maneiras de comportamentos, fato que dispensa justificativas para sua aprovação por ser tratado como herança social transmitida a cada geração e fortalecida dentro dos grupos. Não há questionamento e a este fato é denominada a atitude natural. (Wanger, 2012)

Atitude natural

Atitude natural é caracterizada como uma postura “natural” na qual o ser humano faz a leitura da realidade que ele vive, estabelecida no agir de modo natural partindo do contexto do que lhe é apresentado como realidade social. Na atitude natural as pessoas não costumam questionar as coisas e os acontecimentos, simplesmente vivem-nas como estruturas significativas que atribuem sentido à sua existência. (Minayo, 2014)

A atitude natural auxilia o homem a operar o mundo da vida reconhecendo os fatos objetivos e as condições para as ações, de acordo com os objetos à sua volta. Também pode ser entendida como as intenções de outros indivíduos com quem é necessário cooperar ou lidar e as imposições dos costumes e proibições da lei. É uma postura pragmática, utilitária e realista. (Wagner, 2012)

Situação biográfica determinada

A situação biográfica determinada é o momento de vida de um ser humano no seu aspecto físico e sócio- cultural e para essa situação contribui a sua posição, quanto ao espaço físico, seu *status* e papel no sistema social, sua posição moral e ideológica. (Schütz, 1974)

Schütz (1974) afirma que pela situação biográfica determinada um momento da vida de um homem não se esgota em uma situação específica e uma situação pontual é apenas um episódio na trajetória de sua vida. Assim, duas pessoas não podem vivenciar a mesma situação da mesma forma, pois cada um perpassa por situações com propósitos e objetivos diversos os quais interligam-se com seu passado por meio do seu estoque de conhecimento.

Estoque de conhecimento, acervo de conhecimento

O estoque de conhecimentos é entendido como um código de interpretações das experiências passadas e presentes e determina a antecipação do futuro. Foi formulado a partir de atividades anteriores de experiências de nossa consciência e torna-se habitual quando passa a fazer parte da experiência atual. Com o estoque de conhecimento o indivíduo interpreta suas experiências de vida e define suas intenções. (Schütz, 1972)

O estoque de conhecimentos, por sua vez, é dinâmico e encontra-se em um fluxo contínuo de aquisições e mudanças estruturais e quantitativas, e não está absolutamente livre de incoerências e contradições, e o indivíduo, por vezes, pode permanecer temporariamente inerte em relação a determinadas contradições. Por ora, o indivíduo utiliza seu estoque de conhecimento para interpretar suas experiências, definir a situação em que se encontra e realizar planos. (Capalbo, 1979)

Experiência biográfica de conhecimento

Experiência biográfica de conhecimento é entendida como a sedimentação das experiências e situações vivenciadas e armazenadas.

Schütz (1979) traça uma distinção entre experiência e conhecimento contentando que duas pessoas podem ter, ao mesmo tempo, experiências semelhantes, porém o conhecimento fruto desta experiência é assimilado de forma diversa de acordo com a bagagem biográfica de cada ator social. (Schutz, 1972)

A importância metodológica desta distinção é vivenciada em pesquisas em que uma diversidade de detalhes nas narrativas são expostas, referentes ao mesmo fato, ou seja, na mesma realidade, na mesma situação diferentes pessoas desenvolvem reações diferentes por causa de seu estoque de conhecimento. (Minayo, 2014)

Intersubjetividade

A intersubjetividade é vivida em situação de “familiaridade” sob a forma do “nós” o que permite a compreensão do outro como único em sua individualidade. A intersubjetividade existe porque vivemos como homens e entre homens com quem nos vinculamos em diferentes relações sociais, compreendendo e sendo compreendidos por meio destas relações. (Wagner, 2012)

O mundo é intersubjetivo porque vivemos como homens e entre homens com quem estabelecemos vínculos entre diferentes relações em que temos que compreender e sermos compreendidos. (Schütz, 2008)

Ação humana

A ação humana significa a execução de um ato projetado e intencionado de forma consciente a um projeto almejado pelo ser humano, podendo se desenvolver de forma interna como o pensamento ou externa por meio de movimentos corporais. Esta pode se manifestar positiva ou negativamente.

Ação se diferencia da conduta e é a primeira de um ato que não está isolado e é caracterizado por sua intencionalidade voltada à realidade social e convivência prévia. Já as condutas são atividades rotineiras, habituais, tradicionais e automáticas, não necessariamente compostas por intencionalidade. (Wagner, 2012)

A ação tem seus horizontes de racionalidade com a realidade social e propõe uma tipificação, ou seja, o sujeito atua de modo típico em uma dada situação para produzir uma situação tipicamente similar. (Wagner, 2012)

Tipificação

A tipificação se refere a um tipo pessoal que está inserido em um mundo social real e que realiza um ato típico. Por ato típico pode-se contextualizar tudo que é vivenciado desde o início, como típico e que já se conhece, por exemplo, os objetos são vivenciados como árvores, animais, cães, ou seja, algo reconhecível, pois já foi intitulado uma vez, quanto sua tipicidade. Este ato de tipificar algo cria um horizonte de experiências possíveis, com referências correspondentes à sua familiaridade, isto é, uma série de características típicas que nem sempre foram vivenciadas, mas que se imagina que podem ser acionadas. (Wagner, 2012)

Neste sentido, a linguagem está intimamente atrelada à tipificação, pois a linguagem nomeia objetos e eventos. Ao se dar um nome a um objeto ou experiência vivenciada o mesmo é interligado por meio de sua tipicidade ao que já foi vivenciado, de estrutura típica semelhante que pode ou não ser mais refinadamente especificado, mantendo sua generalidade. Exemplo: um cachorro é nomeado como cachorro, porém há diversas raças de cachorro, estabelece aí a tipicidade do ser cachorro e a especificidade da raça do cachorro. (Schütz, 2008)

A pessoa de tipo ideal não será idêntica a uma outra pessoa ou grupo, porém proporciona a compreensão do homem nas suas relações sociais. A tipologia compreensiva para Schütz é formada pela organização teórica das características da existência concreta dos sujeitos típicos inseridos em um determinado mundo social, o que constituirá o que se chama de tipo vivido. (Wagner, 2012)

A tipificação, nada mais é, do que uma relação uniforme e homogênea de determinações e condicionantes sociais e é sedimentada em experiências provenientes do senso comum tanto para objetos, pessoas como para situações. Para entender a tipificação é necessário articular com as intenções e expectativas do indivíduo. (Jesus et al., 2013)

A tipificação transforma as ações individuais de seres humanos singulares em papéis sociais típicos, que se originam em motivos típicos vislumbrando uma realização típica. Os papéis sociais impostos são, assim, desenvolvidos também de maneira típica de acordo com a realidade de cada cenário e o indivíduo age conforme o já definido anteriormente como ideal. (Schütz, 2008)

Essas tipificações abrangem o universal e o estável, o específico e o mutável e tanto o ator social como o pesquisador tipificam o mundo para possibilitar sua melhor compreensão e criar oportunidades de comunicação sistematizada pelo típico ideal. (Minayo, 2014)

Na dimensão humana, a tipificação em Schütz faz referência a um tipo pessoal que vive em um mundo social real e que realiza um ato típico por meio da compreensão do homem em suas relações sociais. Assim, as características da existência concreta de sujeitos típicos, inseridos no mundo social, constituem o tipo vivido o qual, não obrigatoriamente é uma pessoa em particular, pois trata-se de uma idealização em que uma característica típica de determinado grupo social é vivenciada em dada situação. (Wagner, 2012)

O tipo vivido é a expressão do vivido no ambiente social e para chegar ao tipo vivido é necessário interpretar as relações sociais, pois para Schütz o tipo vivido se define em esquemas interpretativos do mundo social que fazem parte da bagagem de conhecimento acerca do mundo, e têm valor de significação e elementos das relações interpessoais. (Wagner, 2012)

As tipificações linguísticas, as normas culturais e as definições são determinantes importantes da imagem que o indivíduo transporta para o mundo social subsidiando a construção de sua formação e interação. (Wagner, 2012)

O mundo cotidiano apresenta-se por meio de tipificações explicadas acima, que são construídas pelos sujeitos de acordo com suas relevâncias.

Relevâncias

Schütz (1971) desenvolve duas noções fundamentais em sua teoria que são o de relevância e de estrutura de relevâncias que impõem aos objetos e contextos a importância embutida pelo sujeito. Este critério de relevância é relacionado com o estoque de conhecimentos, seus desejos e projetos e sua situação biográfica no momento.

As relevâncias podem ser caracterizadas de diversas formas, por exemplo: relevâncias impostas quando as situações que ocorrem não estão ligadas à escolha

do indivíduo e seus interesses devem ser aceitos sem poder para transformação; relevâncias volitivas que são pressupostos isolados e considerados pelo indivíduo; relevâncias motivacionais em que os interesses do indivíduo prevalecem e governam dadas situações; relevâncias temáticas que são caracterizadas quando um problema gerado em uma situação impede a formação desejada. (Schütz, 1971)

Wagner (2012) divide em quatro regiões o entendimento das relevâncias e em uma primeira instância a relevância dominada pela pessoa, que está ao seu alcance e pode ser modificada e reorganizada mediante suas ações. Este nível de entendimento requer clareza e nitidez exigindo da pessoa técnica e talento (*know-how*); outra zona de relevância pode ser chamada de relevância menor em que alguns campos estão restritos ao domínio do ser humano, porém, conhecendo-se os riscos, possibilidades e chances, e familiarizando-se com estas questões consegue-se aproximar dos interesses da pessoa; em terceiro lugar as zonas relativamente irrelevantes, ou seja, no momento são zonas nas quais não se tem interesse e são vistas como pressupostos; por último, as absolutamente irrelevantes, que são zonas em que as mudanças não inferem na transformação do objetivo.

Os sistemas sociais de relevâncias fazem parte da herança social e cultural de cada grupo social, o qual, determina seus domínios de relevância e o indivíduo deste grupo age conforme essa determinação.

Motivos para e Motivos porque

Por meio do sistema de relevâncias o sujeito realizará sua ação e a interpretação do ato realizado se formará a partir de motivos existenciais. Na fenomenologia tem-se os motivos *para* e os motivos *porque*.

Os *motivos para*, também denominados de *motivos a fim*, podem ser definidos como a antecipação do ato futuro, por meio da imaginação motivada pela intenção de desenvolver a ação projetada, e referem-se a projetos futuros. Torna-se uma orientação para ação futura subsidiada por critérios que determinam a melhor escolha para dada situação, levando em consideração o estoque de conhecimento e a situação biográfica determinada pelo ator social. Este motivo somente pode ser estabelecido pela subjetividade do ator que definirá o seu projeto de ação, sua intenção e seu desempenho social. (Schütz, 2008)

Os *motivos porque* remetem a experiências passadas que determinam o modo do por que o indivíduo agiu como o fez. Portanto, somente quando a ação é realizada, tornando-se um ato é que se pode estabelecer os motivos do porque, pois o mesmo retrocede à sua ação como observador de si próprio e estabelece os seus motivos. É uma retrospectiva da ação, objetiva e acessível ao observador que tem que reconstruir o ato realizado a partir do que se enxerga no mundo exterior e desvelar o que para ele significam os motivos do porque. (Schütz, 1972)

O conjunto de *motivos para* e *motivos porque* desencadeiam no fluxo da ação, derivados da subjetividade da pessoa e constituem-se no norte condutor da ação do sujeito no mundo social. (Wagner, 2012)

Relação nós

A *relação nós* é considerada como uma afinidade unilateral fornecida ao indivíduo no seu estado natural a qual é vivenciada diretamente em sua realidade social e interpretada em suas experiências individuais e com as de seus semelhantes. Quando este relacionamento só é percebido por uma pessoa diz-se que é unilateral, quando é percebido por ambos, diz-se que é recíproco. (Wagner, 2012)

Wagner (2012) designa como a *relação nós* a ação que um indivíduo provoca no outro e sua reação diante de uma situação específica.

Interações face a face

As interações *face a face* ou relações *face a face* são estabelecidas a partir da estrutura das relações e interações sociais que ocorrem em um mesmo tempo e espaço, havendo simultaneidade de experiências diretas entre duas ou mais pessoas em que ocorre, reciprocamente, uma intencionalidade em se conhecer o outro como ser humano, vivo, consciente e livre. (Schütz, 2008)

Pode-se dizer que a relação *face a face* se estabelece quando duas pessoas compartilham o mesmo tempo e espaço, estão umas com as outras, presentes pessoalmente e conscientes, e uma pode captar o pensamento da outra, pois estes existem de forma conexa. (Wagner, 2012)

3.3 APROXIMAÇÕES TEÓRICAS DO REFERENCIAL DE SCHÜTZ COM A TEMÁTICA DO ESTUDO

Para compreender ***o assédio moral na vivência dos enfermeiros***, é indeclinável entender como um profissional enfermeiro, como um ser de relação, interage com o universo social ao seu redor. O enfermeiro é um profissional designado para tarefas em distintas áreas do cuidar como a assistência em unidades de terapia intensiva (UTI), centro cirúrgico (CC), centros de diagnósticos por imagem, unidades de internação (UI), ambulatórios específicos, unidades básicas de saúde, entre outros. Nestes cenários este profissional interage de forma ampliada com toda a equipe interdisciplinar como com os próprios enfermeiros colegas de trabalho, técnicos e auxiliares de enfermagem, assistentes administrativos, médicos, fisioterapeutas, nutricionistas, farmacêuticos, fonoaudiólogos, entre outros, além do paciente e familiar ou acompanhante e deve, a partir de um olhar abrangente, interagir e interligar estas diversas relações com o objetivo principal do cuidado, ato que se pode entender que o seu cerne encontra-se na relação entre seres humanos, independente do uso de recurso tecnológico.

O cuidado em saúde prestado pelos profissionais enfermeiros e sua equipe, por sua vez, é rodeado por situações conflitantes ora emergentes que exigem autonomia e segurança do profissional, destacando-se o grau elevado de responsabilidade a ele designado.

Neste entendimento, conforme a proposta de estudo sobre como o enfermeiro vivencia o assédio moral em seu ambiente de trabalho, foi desenhada gradativamente a escolha do referencial fenomenológico da pesquisa em confluência com a ligação do objetivo e o objeto a partir do momento que estes tornavam-se melhor delineados.

Essa opção apareceu como uma possibilidade de desvelar o fato que envolve o assédio moral diante da perspectiva que para a teoria da ação social de Alfred Schütz o mundo social torna-se parâmetro essencial por meio da

intersubjetividade para entender-se as relações interpessoais e, tratando-se de assédio moral, não ser um ato isolado e sim algo que ocorre em determinado espaço e tempo, entre seres humanos relacionais que vivem em situações biográficas determinadas. Enxergou-se, assim, a fenomenologia como referencial teórico adequado para o estudo.

O assédio moral é um tema complexo, descrito por um conceito polissêmico, o que já bastaria para dificultar sua identificação (Barreto, 2013a), a fenomenologia por trazer imparcialidade, pois o pesquisador deve se despir de suas crenças e apresentar-se como um referencial que consegue captar a essência da experiência vivida por parte dos atores sociais envolvidos. Ademais, o assédio moral faz parte de um fato mais amplo – a violência genérica – revelando-se como uma de suas faces mais complexas e desafiadoras: "um risco não visível que gera mal-estar e reação social, causa danos psíquicos, desencadeia doenças e pode levar à morte por suicídio." (Barreto, 2013a)

No entendimento de que o assédio moral é ocasionado em dada circunstância, a precisão em se entender a relação de intencionalidade dos motivos, em se estabelecer uma relação de assédio, torna-se fundamento norteador para constituir a tipificação do vivido por enfermeiros assistenciais de um determinado hospital privado da cidade de São Paulo.

A partir do aparecimento do concreto é permitido realizar propostas reais e possíveis de serem implementadas na área da enfermagem bem como entender como o processo de formação profissional pode ser incluído em processos que visem a interferência precoce de relações não éticas em um futuro profissional.

A opção pela fenomenologia social de Alfred Schütz justifica-se, também, pela necessidade em fundamentar a trajetória metodológica do estudo vigente, por acreditar que esse referencial representa um método de investigação sistemática, um caminho para se compreender os aspectos sociais do fato investigado.

Ao buscar a compreensão da experiência de cada ator social envolvido no teor da pesquisa sobre o assédio moral na vivência dos enfermeiros, com embasamento teórico-filosófico na teoria da ação social de Alfred Schütz, acredita-se ser cabível demonstrar a intensidade das relações interprofissionais na enfermagem, bem como as consequências sequelantes do fato que envolve o assédio moral que pode desencadear na vida de um profissional do cuidado. Além do mais, pretende-se, desta forma, motivar o surgimento de discussões acerca do assédio moral para fortalecer os que temem revelar o problema e situar os que assediam para subsidiar formas de melhoria no processo de “denúncias” nos locais de trabalho e assegurar o relato das vítimas.

4 RESULTADOS

4 RESULTADOS

4.1 AS CATEGORIAS CONCRETAS DO VIVIDO

O conteúdo das entrevistas contribuiu para a organização e análise das categorias concretas do vivido que emergiu da elucidação ***da compreensão da vivência dos enfermeiros com relação à prática do assédio moral (motivos porque)*** e ***das expectativas por parte dos enfermeiros para um processo que interfira na prática do assédio moral (motivos para)***.

Nos próximos tópicos é apresentado o conteúdo expressado nas categorias concretas decorrentes dos discursos dos enfermeiros (E1 – entrevistado 1; E2 – entrevistado 2, ..., E9 – entrevistado 9), contextualizadas em suas experiências do mundo vida por meio de seu estoque de conhecimento e é possível estabelecer o tipo vivido a partir dos *motivos porque* e dos *motivos para* inseridos em suas relações interpessoais distintas.

4.1.1 Compreensão da vivência dos enfermeiros com relação à prática do assédio moral *Motivos porque*

A partir da leitura atenta dos discursos e releitura das transcrições com intuito em convergir as unidades de significados semelhantes percebeu-se que o assédio moral é vivenciado pelos enfermeiros de uma forma muito parecida, mas com diferenças particulares ao cotidiano de cada um.

A partir das questões norteadoras: *Como você vivencia o assédio moral no trabalho?* e *Por que você acha que ocorre o assédio moral no trabalho?* Encontrou-se os *motivos porque* inseridos nos discursos dos enfermeiros entrevistados os quais mostraram os motivos pelos os quais os enfermeiros acreditavam que ocorre o assédio moral e condições que propiciam esta prática na profissão da enfermagem.

Os motivos destacados permeiam entre perfis individuais, como algo comum da profissão e também como resposta ao estresse organizacional.

Destaca-se a seguir as categorias emergentes dos *motivos porque*.

4.1.1.1 Categoria 1 - O assédio moral como prática cotidiana inerente à vivência da enfermagem

Segundo Holanda (2008), resiliência é “a propriedade pela qual a energia armazenada em um corpo deformado é devolvida quando cessa a tensão causadora desta deformação”. Neste sentido a resiliência consiste na relação entre tensão e a habilidade de lutar (Rutter, 1993; Werner, 1984), ou seja, ao trazer para o campo das relações, a resiliência tem como característica principal a readaptação dinâmica frente às situações adversas encontradas no cotidiano profissional.

A aceitação do assédio moral como uma prática admissível no cotidiano da categoria profissional da enfermagem está inserida nos discursos como fato inerente, que lhes foi ensinada e deve ser transmitida às novas gerações de enfermeiros, pois como não são vislumbrados interesses para modificar esta cultura profissional, deve-se entendê-la como parte da mesma.

Acostumar-se com tipos de pessoas que promovem o assédio moral sem nenhum constrangimento ou repressão é uma das formas de aceitar esta prática. Os profissionais se articulam para disseminar como se deve lidar com tal pessoa, chefe, etc.

[...]É muito fácil e simples falar “ah, essa pessoa é assim né” e não mexer e as vezes o que a gente vê muito na enfermagem que quando existe esse tipo de problema a gente tira a pessoa de um lugar põe no outro e vai fazendo remanejamento e não é esse o caminho que irá resolver. E1

Depois as pessoas vinham me chamar e falar “não vê, ela é assim, tenha paciência” então todo mundo pisava com ovos e eu tinha medo de falar. A passagem de plantão para mim era um suplício porque você tinha que saber tudo e se você esquecesse alguma coisa você era chamada a atenção em público então foi muito difícil eu trabalhar com ela por conta disso. A forma de falar e sempre você nunca tinha razão, sempre você estava errada então as vezes era mais fácil você ficar calada e aceitar, então eu trabalhei muito tempo a tarde e tudo que acontecia de errado era a tarde, “ai, foi a tarde que sumiu isso, não foi a tarde que fez isso” porque eu era da tarde e eu era um problema né.... E5

[...] Agora é muito ruim quando se fala “vamos aceitar” tem muito a cultura de “a ela é assim” e por mais que você tiver uma explicação plausível, que você estiver certa eu preciso me calar para não aumentar a discussão por exemplo

“ah...essa explicação” e vinha o retruque. Em momento nenhum a pessoa que está acima ela conclui que errou...E5

Elas geralmente pedem para que nós deixemos de lado e relevam a situação e isso só faz com que nós nos tornemos mais assediados porque muitas vezes se alguém maior, da chefia chegar na pessoa que assediou, tomar uma atitude ela vai, da próxima vez pensar duas vezes antes de fazer a mesma coisa. E8

A adaptação da exposição às situações de relacionamentos estabelecidos sem respeito, que infrinjam os limites da normalidade, aparecem nas entrevistas como simplesmente normais, são parte comum do cotidiano profissional da enfermagem.

Nós como “enfermeiras” (risos) estamos acostumadas com essas situações... E4

Acho que é uma tendência da enfermagem. E6

Então, infelizmente na área da enfermagem a gente tem muito disso né...E8

Eu já vivenciei muitas vezes o assédio moral, mas eu não guardei mágoas, o assédio moral é o cotidiano da profissão. E8

Abarcar uma situação desagradável, por mais que a pessoa já apresente sintomas em sua saúde física, é visto como uma tentativa de não perder o que se conquistou até o momento, ou no desejo de não perder oportunidades futuras, por entender que está em um local bom, que gosta do que faz e onde trabalha e acaba se sujeitando a determinadas exposições e tratamentos sem procurar auxílio.

Ela tinha uma rigidez de cobrança muito forte e muitas vezes quando ela ia me cobrar[...]a minha reação era ruim, então eu me fechava, não que eu respondia, eu ficava triste por aquela situação. [...] Só que aí isso começou a ficar muito recorrente, as cobranças começaram a ficar muito fortes, muitas vezes ela cobrava coisas impossíveis e não ficava muito claro o que ela queria e no momento que eu ia entregar nunca tava bom é uma pessoa que nunca gostava do que eu entregava [...] e aí chegou um determinado momento que eu comecei a somatizar totalmente, eu tinha taquicardia, suava frio e só de pensar aqui na entrevista já começo com esses sintomas, então eu não era mais eu, eu dominava o que eu sabia porém com ela parecia uma pata que eu não sabia de nada que eu não tinha entendido e aí eu comecei então a ter muita dificuldade de relacionamento principalmente em mostrar meu serviço. E7

Eu aguentei muito, as meninas que saíram foram muito corajosas em sair rapidamente quando viam a situação, mas eu não queria sair do hospital, da

assistência por causa de uma pessoa daí eu aguentei um pouco mais. Eu tive uma tolerância maior. E7

O assediador, quando em posição de chefia em que pode optar por escolher o seu time de trabalho, elegerá subordinados que tenham um perfil semelhante, não questionadores e submissos, a tal ponto de não contestarem o tratamento recebido.

E o que eu comecei a entender também é que a gente tinha um perfil muito parecido como equipe então, ela admitida para a área dela as pessoas com o mesmo perfil, que não batiam muito de frente, não sabem discutir, mais submissas, até se anulando em algumas situações para não ter que ficar enfrentando. E7

4.1.1.2 Categoria 2 - O assédio moral como prática proveniente do poder para imposição do modo de trabalho

Proveniente do latim *possum* “ser capaz de”, a conceituação de poder pode ser entendida como o direito de deliberar, agir e mandar ao exercer sua autoridade, soberania, influência para com uma pessoa ou grupo. (Holanda, 2008) Aqui não serão abordadas as conceituações de poder social, econômico, político, militar, entre outros, aprofundados por estudiosos como Max Weber³, Michel Foucault⁴, Pierre Bourdieu⁵, etc.

Diante de uma ascensão profissional, muitos profissionais que assumem cargos de chefia estabelecem formas de gestão que corroboram com a prática do assédio moral e utilizam sua posição para favorecimentos na produção do trabalho. É denominado como assédio vertical, ou assimétrico descendente, a situação na qual o agressor é o superior hierárquico e as vítimas, os subordinados. (Guedes, 2008)

Imposições sobre como trabalhar de maneira exata de acordo com o desejo do chefe, muitas vezes são obedecidas por medo da posição exercida pelo superior e não por conquista ou merecimento de um profissional experiente que transmita segurança em seus ensinamentos. Por vezes, esta prática resulta no embotamento

³ Max Weber: intelectual, economista alemão considerado o fundador da sociologia (1864-1920)

⁴ Michel Foucault: filósofo, crítico literário e teórico social francês (1926-1984)

⁵ Pierre Bourdieu: sociólogo francês (1930-2002)

da criatividade espontânea de muitos funcionários que poderia ser construtiva no ambiente de trabalho.

O assédio moral é uma forma de você acuar o funcionário e fazer de uma forma que ele faça tudo o que você quer sem que ele tenha escolhas. [...] é infringir a liberdade de trabalho. E2

[...] a questão é eu “eu sou superior a você então você tem que fazer o que eu quero do jeito que eu quero” são pessoas que não têm respeito e fazem porque são chefes. E4

[...] uma coisa é você ser chefe e outra bem diferente é você ser líder tem uma diferença muito grande que as pessoas não entendem então, a liderança para mim é uma caminhada que você adquirir meios para você colocar a sua forma de trabalho o seu respeito só que a maior parte das pessoas que eu tenho trabalhado até hoje elas querem a liderança por imposição, sei lá por medo, por achar que pela detenção de informação achar que tem poder pois o que parece é que as pessoas parecem que tem medo em dividir as informações porque aquela informação quando ela tem somente para ela quer dizer que ela é a chefe e a informação é só dela então hoje em dia existem várias formas mas o motivo que elas fazem isso é para adquirir respeito uma forma errônea ao meu ver de adquirir respeito e poder é isso. E5

É o poder, eu tenho o poder então eu vou usar o meu poder de maneira errada e para com quem hierarquicamente é menor se sinta realmente coagido é uma hierarquia que ao invés ser do bem é do mal. E6

A minha chefia anterior tinha uma gestão muito antiga, não media muito as palavras e era muito problemático. E8

Profissionais que possuem uma posição hierárquica mais elevada como chefes, coordenadores ou supervisores praticam o assédio moral por meio da perseguição a um mesmo funcionário ou a um grupo deles, ou pode-se dizer até a um perfil de funcionário específico que não lhe agrade ou ameaça. Dessa forma, situações recorrentes de constrangimentos e reclamações estarão sempre envolvidas com a mesma pessoa.

Ah, eu acho que é quando você de alguma forma está tendo algum tipo de perseguição ou algumas coisas que começam a acontecer continuamente né, não é uma coisa esporádica, é uma coisa contínua que todos os dias tem alguma reclamação alguma queixa sempre da mesma pessoa. Então normalmente, pelo menos na minha vivência aqui os chefes é quem ocasionam o assédio moral pois eles utilizam a questão de ter uma autoridade maior por nós sermos subordinados a eles, e acharem assim que tem o direito de assediar. E3

É meio complicado acho que todo dia a gente acaba enfrentando uma situação como essa, tanto da parte dos médicos principalmente lá dentro do setor onde eu trabalho que é o centro cirúrgico que eles querem tudo, eles são muito imediatistas agente até entende que são situações extremas que necessita, né mas assim acho que tudo com educação e com jeito a gente consegue melhor e não, é tudo aos gritos o tempo inteiro e mesmo em relação a chefia enfim e eu acho que todo os dias nós passamos por situações como essa. A gente tenta contornar mas são situações que constroem pois é na frente de todo o mundo né. E4

Vivencio o assédio moral constantemente. Percebo um isolamento no trabalho, pois minha coordenadora raramente dirige a palavra a mim. Recebo orientações de diversas formas indiretas. (...) o assunto não é tratado de forma direta e pontual. Vejo que a fofoca distorcida vira “a verdade universal”. E9

4.1.1.3 Categoria 3 – A prática do assédio moral como resposta à cobrança institucional e precariedade do trabalho na enfermagem

De acordo com o exposto no tópico 2.2 sobre a evolução do trabalho e a organização do trabalho em enfermagem, as transformações no modo de se trabalhar tornaram os ambientes laborais mais competitivos e a produção no trabalho ganha um espaço indiscutível nas instituições hospitalares, nas quais o cuidar da saúde, independentemente de qualquer instância humana, liga-se a uma questão de mercado financeiro e o lucro torna-se parte de uma das metas principais dos grandes hospitais. A pressão imposta às lideranças para o cumprimento de tais metas, além de garantirem as adequações de seus postos e equipe de trabalho às exigências das credenciações hospitalares, remete à prática de assédio moral que incide como resposta à essa pressão e não é um motivo exclusivamente individual.

Os hospitais deixam de ter um perfil exclusivamente de cura e passam a ser grandes instituições empresariais “hospitalares” envoltas na competitividade e representatividade alta no mercado, influenciando o mercado farmacêutico, laboratórios das mais distintas especialidades, representantes, entre outros. Afim de se manterem sem derivas, as relações profissionais também se modificam e se refletem muito no estresse e nas relações que excedem o conflito.

Para Dubar (2005), a identidade profissional faz parte de um grupo em que se agregam indivíduos que interagem nesse meio e que representam o papel profissional de acordo com as características historicamente construídas que envolvem uma

multiplicidade de identidades e que englobam características coletivas, organizacionais, individuais e sociais. Nessa perspectiva, pode-se dizer que diante do cenário de tantas transformações no modo de se trabalhar e de se relacionar no campo da enfermagem e da saúde, é possível que se possa colocar em jogo a autoestima do profissional, o qual vê-se exposto a uma gama de questionamentos por parte dos próprios colegas sobre as questões que envolvem a falta de valorização e reconhecimento social e a invisibilidade do trabalho dessa categoria.

Os relatos a seguir mostram a percepção que os enfermeiros têm da pressão exercida pela instituição hospitalar diante de seus chefes, coordenadores e colegas de trabalho, e assimilam a esta situação como motivo, pelos quais os profissionais estabelecem posturas não adequadas de relacionamentos.

É você de alguma forma instruir ou você pressionar ou fazer algum, não comentário, mas você querer mudar a outra pessoa. Digo mais assim, de comportamento e até de competência técnica da pessoa e torna-se agressivo pois você quer mudar alguma coisa que não te agrada ou não agrada a instituição independente de ser certo ou não e você não age pela melhor forma. E1

[...]quando você sai do seu próprio controle você acaba agredindo a outra pessoa de uma forma e você pode fazer com que se torne um assédio ou não, a maioria das vezes eu acho que os motivos são esses: algo que saiu fora do seu controle você até não queria que fosse daquela forma, mas você acaba agredindo a outra pessoa. Nos últimos anos eu vejo muito as pessoas saindo de seus controles emocionais diante de tanto estresse e pressão do hospital. Acho que no fundo eles também tem medo de perder o emprego e fazem o que fazem. E1

[...] hoje dentro da área da saúde, principalmente, eu acho que está ocorrendo muito assédio moral porque o perfil dos funcionários está mudando, o perfil dos pacientes está mudando e as instituições estão mudando. A forma de pensar e a forma de gerenciar tanto a parte hospitalar com seus problemas quanto gerenciar os conflitos entre as pessoas é muito diferente de antes então o assédio está muito presente. E2

Nos relatos a seguir fica expressa a angústia do enfermeiro do modo atual em que estão sendo submetidos ao trabalho, por meio de ameaças e cobranças.

O assédio hoje dentro da área da saúde está muito presente ele sempre foi presente mas, na minha experiência ele está mais por conta das creditações, por conta da competição da escala de trabalho precário, pouco funcionário um volume muito grande de serviço e exigência e as pessoas esquecem que elas tem direitos trabalhistas, tem direito como um profissional de faltar ao serviço quando está doente, de faltar no serviço quando o filho está doente de não ter que fazer as coisas que todo mundo manda ele fazer.

Porque esta cobrança tão grande? Porque esta ameaça? Porque estamos trabalhando hoje a base de ameaças, acuados? E2

Já iniciei vários plantões com uma escala humanamente cruel devido ao número de pacientes e complexidade e a colega “puxa-saco” fala para eu agradecer à Deus que tenho um emprego.... isso desmotiva qualquer um. A escala cruel perdura porque a gente dá conta do plantão e ainda temos que agradecer à Deus por termos um emprego. E9

Nestes relatos os enfermeiros constatarem que os profissionais são profissionais educados e eles acreditam que não gostariam de estabelecer relações assediosas, porém por conta da pressão e estresse provenientes das cobranças institucionais a estes profissionais, descontam nos outros mediante relacionamentos turbulentos em que ele (o chefe) deve, a qualquer custo, cumprir o estabelecido. A precariedade do trabalho da enfermagem também aparece nos discursos.

Eu acho que tem pessoas que nem sabem o que realmente estão fazendo né, na hora ficam nervosas ansiosas com a situação que estão lhe cobrando então tem pessoas que fazem e nem percebe, você até sabe que são pessoas muito educadas e por causa de situações de estresse da instituição acabam praticando o assédio moral. E4

[...]a pessoa fica tão preocupada com as questões administrativas, as questões do hospital e acaba levando para si um problema que nem é pessoal é problema administrativo que dá para solucionar de outra forma só que é como se fosse em casa. Daí a pessoa acaba em uma discussão falando mal, expondo mal a pessoa e praticando o assédio com ela. As vezes nem é por maldade, não é intencional, são as circunstâncias. E8

[...]a chefia não acredita no que aconteceu e ela começa a coagir, e a impressão que me passa é que ela quer que a gente inverta para ela ouvir o que é conveniente para ela para ela passar para a Instituição, então assédio moral no trabalho, e não é só comigo não, é com muitos colegas, é quando não se quer saber realmente a verdade, se quer inverter a situação para ouvir o que quer e aí quando a pessoa não cede aí é uma coação assim não digo de mandar embora mas é uma coação de maltratar, de ser ríspida com a pessoa, maltrata ao ponto de a pessoa realmente pedir a conta. E6

[...] o assédio moral começa porque as pessoas não querem ouvir, enxergar então eu finjo que está tudo bem, você (chefe) finge que está tudo bem, eu sou cobrada e se acontece alguma coisa eu (chefe) não quero saber se você está errada ou não, eu vou praticar o assédio moral e na minha cabeça (chefe) está tudo resolvido pois eu (chefe) irei passar para a minha hierarquia superior que está tudo resolvido, mas a outra pessoa que a chefe assedia está sofrendo muito lá. E6

Na enfermagem muitos profissionais trabalham mais de uma jornada e acabam ficando muito estressadas por conta disso né...E8

4.1.1.4 Categoria 4 - A prática do assédio moral como resposta à insegurança profissional

O trabalho é tido como um meio de interação social em que o indivíduo compartilha experiências, sente-se útil e de valor apropriado o que resulta em prazer. Em contrapartida, existe o sofrimento no trabalho que se caracteriza por um conflito entre trabalhador e desafios do trabalho, que põem em questionamento os seus valores. (Dejours, 2000)

A insegurança profissional ocasiona medo de instabilidade na vida profissional e pessoal, e mediante crescimento elevado das qualificações profissionais, em conjunto com o aumento da competitividade causada pela precariedade do trabalho em enfermagem para o qual se contrata um profissional com menos experiência com remuneração bem menor, a insegurança pode ser o motivo que desencadeia o assédio aos colegas de trabalho, na mesma ou em diferentes posições hierárquicas, por pleno medo de perder a posição atual.

[...] o superior começa a assediar o funcionário porque primeiro, as vezes falta de experiência não sabendo lidar como uma situação de conflito (o chefe) então ele assedia o funcionário, o chefe não consegue resolver os problemas diante de uma situação. E2

Eu acho que as vezes até mesmo por problemas pessoais por achar que nós tenhamos uma postura que talvez acabe deixando ele com certo medo, porque nós temos de achar que podemos tomar o cargo deles. Eles querem mostrar que “eu quem manda aqui” e não de uma forma amigável, mas te assediando querem mostrar que nós somos subordinados a eles. Ah, eu passo por isso direto, eu sou uma vítima, pois eu rodo muito e não sou fixa então um mês eu estou em um andar e outro mês eu estou em outro então já tem aquela coisa de você chegar em um lugar e a pessoa achar que você tá querendo pegar o lugar dela. Eles me olham com preconceito, pois eu não sou fixa no andar.... então a pessoa já acha “a mais ela tá querendo passar por cima ou ela tá respondendo” então a forma de cobrança é diferente comigo. E3

[...] eu tenho mais uma outra vertente que é a questão da insegurança, então agente percebia que quando a gente se destacava como profissional, as outras pessoas nos elogiavam, ao invés dela achar bom porque é a equipe dela, ela se incomodava então diversas situações, elogios, etc., ela guardava para ela e ponto. A gente nem ficava sabendo. Então ela não é agregadora como gestora para desenvolver pessoas parece que sempre afastando fazendo como que você se sinta super mal no dia a dia parecendo que você não é competente para ficar ali. E7

[...] as vezes a pessoa começa a se desenvolver melhor ter um bom relacionamento e a outra por não ter esse mesmo relacionamento não conseguindo se destacar como a outra acha que provocando o outro a situações de diminuição e expor de maneira inadequada conseguirá aparecer. E8

[...] e vejo favoritismo dos pares considerados “puxa-saco”. Essas pessoas podem fazer os erros e as intercorrências mais bizarras, falar muita coisa errada e mesmo assim, são impecáveis e prestativas. Acho que isso ocorre porque essas pessoas não são consideradas uma ameaça para cargo de ninguém. E9

No discurso a seguir, o enfermeiro refere sobre o perfil do assediado como alguém que questiona, ou seja, desafia o superior colocando-o em evidência o que pode expor sua insegurança.

O assediado tem um perfil, ele tem um perfil de ser questionador o assediado sempre vai ser o funcionário que desafia o chefe que nem sempre é seguro. O cordeirinho sempre aceita tudo que mandam ele fazer ele é sempre submisso, mas aquele que é questionador que é contra as regras do jogo que estão erradas contra a má administração sempre vai ser assediado porque contra esse a chefia, o seu superior imediato e até mesmo o enfermeiro em relação ao técnico ele tem que ter argumentos sólidos para não convencê-lo mas para mostrar que ele está errado e que você precisa da ajuda deles. E2

Eu acho que o assédio moral ocorre por competitividade e também por falta de compatibilidade. (risos) mas é verdade. E9

4.1.2 As expectativas por parte dos enfermeiros para um processo que interfira na prática do assédio moral *Motivos para*

Com a questão norteadora: *Como você gostaria que fossem encaminhados os casos de assédio moral no trabalho? Quais suas expectativas?* foi possível encontrar os *motivos para* e a partir dos discursos dos entrevistados, diante de suas vivências em relações interpessoais estabelecidas em situações da prática manifestada pelo assédio moral, vislumbra-se a necessidade de olhar para o futuro com a expectativa de um novo ambiente de trabalho que seja estimulador do respeito e criatividade dos profissionais, e que mantenha-os focados em sua prática assistencial e não imersos em sofrimentos provenientes do desgaste em sofrer o assédio.

A necessidade de falar abertamente sobre a existência do assédio moral nas relações de trabalho e não disfarçá-la é destacada em quase todas as entrevistas como um primeiro passo a ser dado para a criação de uma cultura institucional que abomine este tipo de relação, ao passo que, enquanto se foge da evidência da existência do assédio, muitos profissionais se veem desamparados profissional e pessoalmente e têm sua saúde prejudicada, sua autoestima abalada e chegam a questionar sua competência profissional por acreditar na manipulação efetuada pelo agressor.

Por ora, as expectativas por parte dos enfermeiros para um processo que interfira na prática do assédio moral são idealizadas em um cenário pouco acreditado por eles, pois o medo de se expor, o medo de falar está inserido como forma de bloqueio pessoal exposto nos discursos que são destacados a seguir.

4.1.2.1 Categoria 1 – Espera-se que não haja escamoteamento da verdade

Aceitar que existe a prática de assédio moral ao evitar que a mesma seja escamoteada e que ocasione consequências que têm custos onerosos, tanto para a empresa quanto para a vítima, é relatado nos discursos dos enfermeiros como algo difícil de ser vislumbrado, mas que se torna o primeiro passo para começar a entender o processo e buscar interferências concretas.

Acho que o primeiro passo é sempre ter uma conversa sincera com a pessoa que está fazendo ou que aconteceu de repente o assédio então tentar ter uma conversa com quem assediou. O assediado tem uma primeira oportunidade de ele tentar entender se é aquilo mesmo então é perguntar “poxa porque essa atitude?”, “porque esse pensamento?” daí se continuar com certeza é avisar o seu superior e hoje aqui no hospital nós temos um canal de comunicação e tem também o comitê de ética para algo como maior sigilo. E1

É muito difícil agente assumir, a gente está muito atrás disso, a gente precisa entender o ambiente hospitalar (eu não conheço outras empresas) como um lugar onde se tem muito risco de se acontecer o assédio pois se tem vários envolvimento entre a equipe e não só entre a equipe, mas os clientes, é o tempo todo então nós precisamos não se blindar mas conversar mais sobre isso. A gente precisa deixar claro que ele existe, ele acontece os dias o tempo todo e precisa falar sobre isso pois a partir do momento que se fala, como por exemplo o erro, hoje a gente aceita melhor o erro do que aceitava antes porque fala-se sobre o erro então se você errar a atitude é sentar e vamos

conversar todo mundo e com o assédio deveria ser assim, não é não falar então acho que é isso. E1

Não tenho muita expectativa em relação de como melhorar ou minimizar o assédio moral no trabalho. Quando ocorre um problema, isso tem que ser abordado, esclarecido e encerrado e não colocado embaixo do tapete. Não deixar sem resolução e virar fofoca. Acho que cada um tem que fazer a sua parte, sem olhar o outro como ameaça. E9

4.1.2.2 Categoria 2 – Desejo que, institucionalmente, sejam providas orientações acerca do assédio moral

Esclarecimentos sobre denominações e limiares do que é o assédio moral e de condutas a serem tomadas diante de situações conflitantes foi sugerido no discurso abaixo, como uma possibilidade de orientação proveniente da área de recursos humanos do hospital. Seria, após a aceitação de que o assédio existe, um embasamento teórico para os profissionais ao sugerir orientações dadas pela própria empresa.

[...] então se nós pudéssemos ter por parte dos recursos humanos um direcionamento que não temos o que é um assédio moral? o que eu devo e não devo fazer? Até que ponto eu posso ir, até que ponto eu devo aguentar, aceitar? O que é normal o que não é? Esse limiar é importante pois nós não sabemos, a gente não aprendeu na verdade a gente aprende é na experiência, no sofrimento, ninguém te ensina. E8

4.1.2.3 Categoria 3 – Expectativa com relação à construção de um fluxo de diálogo concreto para os trabalhadores que se sentem imersos em situações desgastantes no ambiente de trabalho

Não escamotear e prover orientações (categorias anteriores) são meios de ampliar a comunicação entre a instituição e o profissional sobre um tema que hoje em dia está encoberto. Estes profissionais podem ter condição de seguir na ação contra o assédio de forma autônoma ou não. Dialogar com estes trabalhadores, provenientes das diversas áreas de um grande hospital trata-se de uma ação trabalhosa e delicada quando se fala em assédio moral, porque os fatos devem ser apurados e averiguada

a veracidade das informações, incluir testemunhas, entre outros fatores envolvidos, sem expor a vítima e, até, a pessoa “denunciada”.

Nesta categoria a pesquisadora sentiu necessidade de incluir duas subcategorias muito presentes nos relatos que fazem menção às consequências do assédio moral na vida pessoal do profissional enfermeiro e quanto ao medo, isto é, receio que o profissional tem em falar o que acontece. Ambas serão expostas na sequência.

Nos relatos abaixo constata-se as opções dadas pelos enfermeiros sobre as maneiras de se tentar solucionar estes problemas de forma pessoal e não apenas discursiva.

Tem algumas situações que a gente leva adiante, mas vê que não é direcionado. Hoje aqui na instituição a gente tem essa parte de relacionamento médico então fazemos relatórios, mas tem muita coisa que não vai para frente. Então não tem apoio da chefia porque são interesses diferentes né. E4

Eu acho que já se tem algumas coisas aqui que é o canal confidencial que as pessoas se questionam será que realmente é confidencial, ficam meio na dúvida receoso e de repente você conversar direto com seu chefe, sei lá, isso dependendo da pessoa, para um técnico pode ter a impressão que vai ficar marcado é difícil achar a solução mas a pessoa que está chegando na instituição a pouco tempo ela confiar em outra pessoa para poder expor e aquela outra pessoa por exemplo, se o hospital designasse por exemplo, a enfermeira X a partir de hoje será a ouvidoria dos colaboradores, ela é uma pessoa ética e tal. Eu não sei se esse canal que existe hoje é a forma correta porque esse canal fica muito impessoal. De repente se fazer esse trabalho (encaminhar os casos) através de uma comissão de ética dentro da instituição que possa escutar o colaborador não as vezes só reclamação mas as vezes a gente vê que passa no CASC (Centro de Atenção a Saúde do Colaborador) e dali fosse encaminhado para psicóloga e poderia desabafar então se tivesse um canal do colaborador com mais profissionais e um ambiente físico não impessoal, ter um canal palpável que ela vá e sabe que ali ela possa confiar tanto do que ela irá falar quanto da pessoa que vai ouvir como ela irá tratar encaminhar aquele assunto. De repente esse canal consiga concentrar casos recidivos de problemas com a mesma pessoa só que tem que ser profissionais de muita confiança né, muita ética mesmo para não expor a pessoa que trouxe o problema. Seria uma comissão. E5

Eu acho que deveria chamar ambas as partes com um mediador para que a pessoa ouvisse o que ela fez então assim teria que ter um mediador que seria totalmente isento para ver realmente a situação nua e crua o que aconteceu e teria que ser uma coisa pessoalmente porque papel aceita tudo. Investigar sem ouvir as partes é estranho, é para inglês ver como esse canal que colocaram recentemente. E6

[...], mas é muito angustiante pois a gente fica pensando será que as pessoas sabem o que estamos passando aqui, o que chega no ouvido dos outros? Até porque nós tínhamos uma convicção que éramos uma equipe boa, a gente sempre se comprometia a despeito de qualquer tratamento que ela nos submetia e isso é muito revoltante. O legal seria poder falar com alguém confiável, sem medo e expor o que vem ocorrendo. Me senti muito desamparada. E7

4.1.2.3.1 Subcategoria 1 - Para compreender as consequências da exposição ao assédio moral

As consequências que o assédio moral ocasionou na vida dos enfermeiros estão relatadas abaixo. Vale ressaltar que parte significativa dos enfermeiros, além de relatarem suas vivências, indicam suas observações frente a colegas de profissão que tiveram suas saúdes abaladas diante do sofrimento ocasionado pelo assédio moral.

Com certeza o assédio moral pode causar problemas de saúde física e mental pois eu já passei e fiquei muito doente por isso e assim eu entendi esse lado. Você acha que está aguentando e depois de um tempo você percebe que esta situação está afetando a sua vida pessoal, social, sua saúde e eu acredito que realmente isso pode afetar a sua saúde. E1

[...] tem aquele outro tipo de assédio que é devagarzinho, é silencioso que acontece todo o dia, é aquele que te faz sair todo o dia do trabalho se sentindo incompetente e que tudo a culpa é sua. Se a culpa realmente for sua é papel sempre do outro te informar pois não é culpa é ajuste, graças a Deus eu superei mas tive que mudar de setor. E1

O assédio moral pode causar problemas de saúde, eu já tive e tenho amigos e colegas de trabalho que já saíram da Instituição, não estão mais e até hoje eles sofrem por conta do assédio que sofreram então as pessoas entram em depressão, tem problemas físicos e isto traz uma má qualidade de vida dele fora do hospital. Ele adoece por conta do assédio como se fosse um acidente de trabalho, uma síndrome de *burnout* e hoje muitas empresas grandes estão trabalhando o *burnout* e não estão trabalhando o assédio porque o assédio e o *burnout* estão juntos. E2

Eu fiquei tão desconcertada, tão entristecida com aquilo que eu fui no banheiro e chorei, chorei tanto voltei com os olhos cheios de lágrimas. Então o problema foi a forma como ela falou a entonação da voz e no meio de todo mundo, na frente e aquilo me constrangeu muito me fez passar uma vergonha que eu fiquei extremamente desconcertada. E por um bom tempo foi assim. E5

[...] quando se fala em uma determinada coordenadora você nem dormia se você tinha que trabalhar com ela...E5

Isso interferiu em meu resultado, na minha motivação em continuar trabalhando naquele setor embora as atividades nunca me eram um problema eu gostava do que eu fazia, mas estava difícil eu organizar isso, um ambiente que quando ela não estava parecia que eu era uma outra pessoa e quando ela estava eu travava e não conseguia nem olhar para o lado, não conseguia interagir com minhas colegas de trabalho pois ela estava ali naquele ambiente. Isso mexia muito com meu psicológico e até hoje quando eu lembro das situações vividas é muito ruim, trata-se de uma pessoa que me bloqueou profissionalmente e pessoalmente também. Eu ainda tenho muita revolta. E7

Eu fiquei desacreditada da minha competência, minada por fofocas maldosas dos pares. Sinto-me estigmatizada, desacreditada eternamente pelas ocorrências e vejo favoritismo dos pares considerados “puxa-saco”. E9

4.1.2.3.2 Subcategoria 2 – Para desvelar os desdobramentos acerca do como lidar com os que têm medo de falar

Quando se pensou na categoria “expectativa de construção de um fluxo de diálogo para os trabalhadores que se sentem imersos em situações desgastantes no ambiente de trabalho” provenientes de relatos de enfermeiros que assumam que estão sendo submetidos a uma relação “assediosa”, a pesquisadora ficou intrigada com os que têm medo de falar, pois o grito é “silencioso” e de como captar essa informação. Este seria um trabalho minucioso que deve ser realizado com muita delicadeza por meio de relatos, observações diante do aumento de absenteísmo ou aumento de demissões, queda da produtividade e da pesquisa de satisfação em determinado setor, até encontrar o sofrimento nivelado a um profissional enfermeiro.

Nos próximos relatos vê-se que o medo em falar e o descrédito no que possa ser realizado se sobrepõe à coragem, pois os profissionais querem proteger seus empregos e diante do receio suportam situações que infringem sua dignidade.

Se for meu superior que está assediando eu acho muito complicado passar por cima do superior imediato então de repente existe uma pessoa acima que você pode de uma forma bem delicada explicar a situação, mas é uma forma de exposição então eu entendo que quem está sendo assediado é um problema procurar alguém acima do chefe pois ele pode ser prejudicado. E1

Dentro da instituição é complicado abordar pois partindo de onde vem o assédio por exemplo, se o seu assédio vem do superior do superintendente

não tem para onde você correr então você vai ter que correr para o órgão necessário. E2

[...] acham que vão ser expostos, acham que a Instituição irá mandar embora. Existe ainda um tabu tanto que é se a gente for no COREN fazer um levantamento sobre assédio não vai ter uma porcentagem grande de pessoas que denunciam o assédio, não condizente com o real. E2

[...] eu acho que devia ser sim notificado mas acho que justamente pelo assédio moral agente não notifica por medo de sei lá, ter alguma represália. E4

[...] eu sinceramente tinha muita vontade de trazer isso para uma instância maior, mas como a gente tem uma orientação entre o intermédio entre a gente e uma instância maior passar no caso, por ela, eu não tinha total noção do quanto essa instância maior sabia da nossa realidade e isso é muito angustiante pois a medida que as pessoas foram saindo do setor elas não voltavam atrás para expor as situações por medo....você pensa “eu não quero me prejudicar” porque falar com toda a clareza a realidade pode vir contra mim até porque eu sei que a relação dela com a chefe dela é boa, é forte. Eu ouvi dizer algumas vezes que pessoas saíram do hospital e como não tinham nada a perder foram se expor com a chefe dela e nada foi feito. Então assim, por mais que eu tinha muita vontade de falar por eu ser a assediada não se também se iria trazer resultado pela pessoa que ia receber essa informação, como ela passaria a me enxergar? E7

[...] ninguém vai ficar do seu lado ou na sua defesa, pois todos têm medo de perder o emprego, mesmo presenciando a injustiça. E9

[...] mesmo tendo um serviço terceirizado para tratar desses assuntos, não me sinto segura para expor o assédio moral, pois isso envolve citar nomes e como diz o ditado “a corda sempre arrebenta para o lado mais frágil”. Acho que por isso o assédio é escondido pois reunir provas do assédio é complicado, porque todos, ou a maioria, teme perder o emprego, e principalmente por causa dos outros. Imagina, se você não perde o emprego, mas defendeu fulana, você acaba sendo estigmatizada também. E9

4.1.2.4 Categoria 4 – Aspira-se que os conselhos de fiscalização do exercício da enfermagem ajudem a trabalhar a questão do assédio

O COREn é uma autarquia federal que tem como missão fiscalizar e disciplinar por meio de princípios éticos e legais o exercício profissional da Enfermagem. Valores como ética, eficiência, transparência, acessibilidade, modernidade, comprometimento, responsabilidade, profissionalismo, credibilidade, inovação e celeridade são destacados como princípios atribuídos a esta missão.

Acionar o COREn é discursado no relato a seguir, em que o enfermeiro defende a formalização concreta do ocorrido mediante provas e acredita na ação do COREn frente à investigação e encaminhamento dos casos.

Eu acho que hoje temos os órgãos competentes para fazer esta investigação que é o COREn pois tem um departamento que cuida do assédio só que para você provar este assédio já que é complicado, então acho que o funcionário hoje que é assediado ou até mesmo o chefe que é assediado eles tem que ter uma prova em mãos ou uma gravação ou colocar uma situação que prove realmente que ele foi assediado e levar isso para os órgãos competentes [...] eu espero que este órgão faça um levantamento se realmente ocorreu assédio ou não e que ele dê uma orientação para o profissional que está procurando o órgão e que abra uma sindicância para ver se realmente o assédio aconteceu e que haja um plano educativo porque se não houver esse plano educativo vai passar a ser um plano jurídico. E2

[...] eu como profissional como enfermeiro acho que o assédio tem que ser registrado, ele tem que ir lá no COREn, independentemente de qualquer tipo de assédio se foi do superintendente, se foi do técnico se foi do enfermeiro do supervisor porque se você não fizer um registro deste assédio é como se nunca existisse e o assédio ele existe, ele é presente e ele precisa ser registrado e indo lá você garante o anonimato pois o COREn não irá te expor ele simplesmente irá abrir uma sindicância para saber o que aconteceu, para ver se realmente o fato que aconteceu é assédio moral mesmo ou não e tomar as devidas providência a partir disso. E2

5 A CONSTRUÇÃO DO TIPO VIVIDO

5 A CONSTRUÇÃO DO TIPO VIVIDO

O *tipo vivido*, como já mencionado anteriormente, é a expressão do que foi vivido no ambiente social que pode ser analisado por meio da interpretação das relações sociais. Relembrando que para Schütz o tipo vivido se define em esquemas interpretativos do mundo social que fazem parte da bagagem de conhecimento acerca do mundo, que tem valor de significação e elementos das relações interpessoais. (Wagner, 2012)

O *tipo vivido*, desta forma, não corresponde individualmente a uma pessoa e sim a uma reflexão criada a partir da vivência de um grupo social em determinado contexto social, ou seja, para Schütz, compreendendo as condutas dos indivíduos que permeiam em um processo de tipificação é possível extrair o significado do que fazem no presente, fizeram no passado e/ou farão no futuro. Esse tipo vivido tem papel consideravelmente importante na compreensão do outro, presente em sua interação social.

A partir do exposto acima e dos construtos de Schütz, nesta pesquisa não se considera como tipificação um enfermeiro e sim um grupo de enfermeiros que vivencia uma situação que lhes é semelhante e, a partir desta situação, desenvolvem comportamentos típicos e projetam expectativas para a transformação da realidade atual, a fim de encontrar maneiras melhores de se relacionar no ambiente de trabalho.

Estabelecidos os *motivos para* e os *motivos porque*, conforme o que foi construído por Schütz e ao serem determinadas as categorias concretas, emergidas nos discursos dos enfermeiros, tem-se como *tipo vivido* desta pesquisa que:

Os enfermeiros que vivenciam no seu cotidiano de trabalho o assédio moral, e ao vivenciá-lo, revelam que reconhecem essa prática como uma situação inerente à profissão da enfermagem costumeiramente aceita/ aceita pela categoria, vinculam o assédio moral aos profissionais hierarquicamente superiores os quais estão expostos à pressão, estresse e cobrança institucional atrelada à insegurança profissional. Neste contexto, os enfermeiros apresentam-se com sentimento de revolta e desacreditam das transformações.

Frente à possibilidade de mudanças, as expectativas por parte dos enfermeiros convergem para o desejo de que a verdade não seja escamoteada por parte da instituição e, assim, sejam providas orientações por parte da área de recursos humanos sobre o assédio moral. O anseio pela construção de um fluxo de diálogo concreto para os trabalhadores que se sentem imersos em situações desgastantes no ambiente de trabalho é exposto como uma ação que deve ser cuidadosamente implementada, para resguardar a seriedade e responsabilidade de não expor as vítimas. Deve prevalecer o caráter ético na apuração dos dados e mediação de interesses. A aspiração de que o órgão responsável pela fiscalização da profissão ampare esta luta contra o assédio moral no trabalho é vista como uma possibilidade de anonimato e formalização sem possibilidade de a instituição não averiguar a situação, tornando-se uma maneira justa e viável de denúncia e respaldo.

Neste cenário são relatadas as consequências que o assédio moral causou nas vidas pessoais e profissionais, dentre sintomas físicos e psicológicos, e que os enfermeiros encontraram meios de contornar a situação, mas não ficaram livres de lembranças constantes sobre o ocorrido. O medo de falar da situação está inserido na vida cotidiana dos enfermeiros que têm como pressuposto maior preservar o seu emprego e ter oportunidades de ascensão ao acreditar que a exposição possa lhes prejudicar.

A reflexão sobre o assunto faz surgir no enfermeiro um sentimento de transformação e possibilidade de “desacobertar” a prática do assédio moral a qual não deve ser incluída como atributo da categoria da enfermagem, nem aceita sem derivas por meios institucionalizados de poder profissional, ou pressão institucional na intenção de trabalhar em um ambiente favorável ao desenvolvimento do cuidado, da assistência atrelada sob as melhores práticas, por meio de relacionamentos cultivados pelo respeito profissional e pessoal, para tornar-se um ambiente favorável a todos envolvidos: chefes, subordinados, pares, pacientes, familiares e instituição.

O Esquema IV mostra a construção do *tipo vivido* no presente trabalho de pesquisa.

Esquema IV – Construção do *tipo vivido*

6 ANÁLISE COMPREENSIVA DA AÇÃO SOCIAL

6 ANÁLISE COMPREENSIVA DA AÇÃO SOCIAL

O presente estudo sob fundamento teórico-filosófico da teoria fenomenológica de Alfred Schütz, cuja motivação existencial oriunda das experiências individuais pautadas no mundo vida do cotidiano é o alicerce principal. Permitiu abranger, por meio dos *motivos para* e *motivos porque*, o típico da ação social dos enfermeiros que vivenciam o assédio moral em suas relações profissionais e, mediante reflexões, prosperar em ambiente de trabalho salutar acompanhado por relações de respeito e igualdade.

Ao descortinar o fato assédio moral na vivência dos enfermeiros, foi possível identificar em seu mundo cotidiano o que para Schütz se traduz em um mundo em que as prioridades do dia a dia prevalecem sob a existencialidade (Souza, 2012). E, neste ponto de partida, o mundo vida cotidiano dos enfermeiros entrevistados mostrava-se cheio de sofrimentos, medos, receios, angústias, revoltas e conformismo contrapondo com o apreço pela profissão, o desejo de oportunidades melhores e a expectativa silenciosa por um ambiente de trabalho que esteja envolto de justiça e respeito.

Na fala dos enfermeiros entrevistados foi possível captar o estoque de conhecimento uma vez que este, para Schütz, é concebido como um código de interpretações das experiências passadas e presentes determinando a antecipação do futuro, ou seja, com o estoque de conhecimento o indivíduo interpreta suas experiências de vida e define suas intenções. (Wagner, 2012) Neste cenário o enfermeiro, ao vivenciar o assédio moral, tem como experiência única o sofrimento ocasionado no ambiente de trabalho diante da prática do assédio moral e a partir desta experiência, desenvolve o desejo de como gostaria que fosse o ideal para tais situações.

De acordo com o estoque de conhecimento, os valores, as crenças, as motivações e as expectativas que fazem parte do mundo cotidiano permitem que o assédio moral seja percebido no dia a dia profissional do enfermeiro que o vivencia, interpreta e a ele atribui significado, referenciando, deste modo, a sua situação biográfica que corrobora com o modo de agir dos profissionais.

Nos discursos dos enfermeiros entrevistados foram reveladas experiências que remetem a pensar algo que ultrapassa o senso comum, visualizando que, o assédio moral não é causado unicamente por um determinado perfil profissional/pessoal em que as características individuais prevalecem, mas sim, um olhar sob outros pontos de partida como propulsor da prática deste fato como exposto nas categorias que envolvem o assédio moral, inerente à categoria profissional estudada, o uso do poder, a cobrança institucional devastadora e a insegurança profissional.

A primeira categoria constituída pelo assédio moral como prática cotidiana inerente à categoria da enfermagem parece a mais temerosa, pois a partir de um determinado ponto em que certa prática é integrada ao dia a dia de uma profissão as oportunidades de transformações estreitam-se e o desgaste relacional torna o sofrimento árduo, de tal forma que muitos profissionais se deparem com situações degradantes e desistam, mesmo após o percurso de sua formação. “Aceitar como parte integrante de” é fazer calar, silenciar algo que oprime a caracterização da categoria e coloca em risco a auto estima profissional.

Segundo Barreto (2013b), assédio moral é um tema complexo, descrito por um conceito polissêmico, o que já bastaria para dificultar sua identificação. Ademais, faz parte de um episódio mais amplo – a violência genérica –, revelando-se como uma de suas faces mais complexas e desafiadoras: “... um risco não visível que gera mal-estar e reação social, causa danos psíquicos, desencadeia doenças e pode levar à morte por suicídio.”

O entendimento do Ministério do Trabalho e Emprego (2013) corrobora essa visão, ao afirmar que o assédio moral constitui um risco “invisível”, porém concreto, nas relações de trabalho que: “... ocasiona desordens emocionais, atinge a dignidade e identidade da pessoa humana, altera valores, causa danos psíquicos (mentais), interfere negativamente na saúde, na qualidade de vida e pode até levar à morte”.

Conforme Schütz, a atitude natural é a maneira pela qual o homem experimenta o mundo intersubjetivo tratando-se primordialmente da cena e do cenário de nossas ações e interações e no mundo do senso comum, a intersubjetividade é a categoria fundamental da existência humana. Para o enfermeiro que vivencia o assédio moral no ambiente de trabalho, seu cotidiano laboral pressupõe a diversidade de inter-relações com a equipe multiprofissional composta por: médicos, enfermeiros,

técnicos, auxiliares, farmacêuticos, nutricionistas, entre outros. A intensidade das relações, tramitam, ora por meio de estresse diante de situações de emergência ora por situações cautelosas como abordagem de órgãos ou abordagens a familiares de pacientes em cuidados paliativos, dentre outras tantas situações. A atitude natural de cada um se estabelece perante esta diversidade e o assédio moral é designado como algo comum e cotidiano inserido nas atitudes naturais dos profissionais enfermeiros.

Em estudo realizado por Lima et al. (2015) na rede hospitalar pública de Caxias, no Estado do Maranhão, em que os autores objetivaram investigar e caracterizar práticas de violência psicológica da equipe nas relações entre pacientes e acompanhantes, um dos resultados chama atenção e que é relatado pelos autores. Ao sofrer uma agressão verbal, os enfermeiros tentam fingir que nada aconteceu ou ficam inertes diante da violência e os empregadores pouco fazem, remetendo à necessidade de estratégias para tal bloqueio. Esse estudo corrobora com o exposto no presente trabalho de pesquisa na primeira categoria em que a conformação diante de um ato de violência é fator comum para o profissional enfermeiro.

Ao resgatar os primórdios da profissionalização da enfermagem, no século XIX, é possível encontrar características do perfil subserviente desta categoria com reflexos até os dias atuais. A conduta moral supervalorizada e a fidelidade ao espírito de obediência sobressaíam o aspecto científico do desenvolvimento da profissão. Vale ressaltar, que essas características eram fortemente repassadas na formação profissional com bastante autoridade sob normas rígidas que não podiam ser questionadas. (Gastado, Meyer, 1989) Esses aspectos ressonam fortemente até os dias atuais no que tange as relações interpessoais da equipe de enfermagem, e favorece a tendência e a prática do assédio moral como algo cotidiano na profissão.

Conforme Luongo, Freitas e Fernandes (2011), o assunto assédio moral tem alguns adjetivos que o tornam uma prioridade e é assustador pela frequência com que acontece e deve haver estratégias para evitá-lo. Segundo os autores: "... devemos ser vigilantes para não banalizar o assunto e torná-lo mais um tema-moda que morre na irrelevância e na esterilidade prática... Aceitar a violência como normal é torná-la ainda mais violenta".

Na segunda e quarta categorias dos *motivos porque*, o assédio moral como prática proveniente do poder, para imposição do modo de trabalho e como resposta à

insegurança profissional, congregam a imposição sobre a maneira de como fazer, como trabalhar por *status* e por insegurança por parte dos superiores hierárquicos.

A aproximação com o mundo vida dos enfermeiros foi possível, diante da vivência do assédio moral no trabalho e de suas infindas consequências, perceber a partir de suas experiências biográficas que o enfermeiro organiza sua dinâmica de trabalho por meio de várias *relações face a face* concebidas durante sua trajetória. Este fato exemplifica como exposto nos discursos que o enfermeiro sabe que tal dia irá trabalhar com determinada pessoa então ele fica ansioso porque por experiência biográfica própria sabe, entre outros aspectos, que não será bem tratado.

Em suas *relações face a face*, o enfermeiro conhece a sua situação biográfica e reconhece no chefe alguém cujo poder lhe é transmitido e mal utilizado, ocasionando práticas de assédio nas relações profissionais.

A questão dos relacionamentos interpessoais, e de sua dimensão emocional inerente, é crucial para os indivíduos e para as organizações, porquanto são esses processos interativos que formam a base da vida em sociedade. Portanto, as deteriorações nas relações interpessoais resultam na deterioração das relações sociais, das relações inter e intraorganizacionais. (Leitão, Fortunato, Freitas, 2006)

Alguns estudos que tratam do assédio moral trazem como referência a grande caracterização do poder incumbido aos cargos de chefia, supervisores e/ou coordenadores, como mostra uma pesquisa realizada Rodwell et al. (2014) com 250 enfermeiros em cinco hospitais australianos, com o objetivo de investigar formas de supervisão abusiva. Foram identificadas entre as formas: ataques pessoais, tarefas excessivas e isolamento. Os enfermeiros relataram que estas formas causam tensão psicológica no trabalho e na vida pessoal, ocasionando estresse. Como sugestão, os autores indicam que devem ser elaborados programas de educação, treinamento e supervisão com política de *tolerância zero* para comportamentos antissociais e incentivo de relatórios de denúncias.

Um outro estudo foi realizado por Xavier et al. (2008), para analisar a magnitude das características do assédio moral no trabalho no setor de saúde do Rio de Janeiro, como parte do programa “violência no trabalho no setor saúde”. Em um inquérito anônimo dos resultados que apontavam o tipo de agressor, que correspondia à maior

parte da amostra, os trabalhadores relataram ter sofrido o assédio por parte dos superiores hierárquicos.

Segundo Barreto (2015), a vulnerabilidade do trabalhador se expressa nas situações em que o profissional hierarquicamente superior lhe dá ordens de forma a ultrapassar as fronteiras inerentes ao poder diretivo do empregador, invadindo o espaço pessoal, a autoestima e a dignidade do subordinado.

Nos discursos aqui colhidos foram relatados, de acordo com a vivência dos enfermeiros, ao comparar um líder com um chefe, é que um líder não necessariamente tem um cargo formalizado de chefia e algumas vezes o profissional designado como chefe não consegue desenvolver o papel essencial de liderança. Neste contexto, é necessário discorrer sobre o papel importante que o enfermeiro exerce como líder dentro de uma instituição hospitalar, e dentre outras funções a de promoção da saúde do trabalhador.

No decorrer dos tempos, o enfermeiro passou de um papel de cuidado assistencial e de quem assiste, para uma função de escala mais ampla desenvolvendo diversas atividades, além do cuidado, inclusas no campo pedagógico e administrativo, exigindo-lhe, deste modo, qualificação maior para administrar os serviços de enfermagem (Silva, Pavan, 2015). Deve-se incluir, portanto, a liderança como competência fundamental da gestão em enfermagem, apropriando a esta incumbência a complexidade das relações intersubjetivas articuladas pelo líder da equipe, no caso, o enfermeiro.

O enfermeiro líder tem um papel importante na motivação da equipe e torna o seu grupo fortalecido ao potencializar o cuidado, construir um ambiente laboral agradável por meio de vínculos respeitosos, manter comunicação efetiva, conciliar as necessidades da equipe com as metas organizacionais e multiplicar saberes. (Silva, Pavan, 2015)

No contexto das relações interpessoais estabelecidas no ambiente de trabalho de enfermagem, em que a estrutura organizacional é verticalizada e as relações são construídas de maneiras autoritárias e hierarquizadas, a geração de carga de trabalho aos trabalhadores é potencializada e cabe ao enfermeiro “chefe” reconhecer as necessidades desses trabalhadores, possibilitando a modificação dos processos de trabalho desorganizados. (Felli, 2002) Além deste reconhecimento por parte do

enfermeiro “chefe”, a atribuição de autonomia e liberdade na tomada de decisões por parte dos trabalhadores, de forma responsável pressupondo a descentralização do poder e desalienação por parte da equipe, fará com que estes trabalhadores se sintam sujeitos de seus trabalhos e contribuam para a modificação e melhorias nos processos de trabalho que ocasionam o desgaste de sua saúde. (Felli, Pavan, 2015)

A terceira categoria inserida no cenário dos *motivos porque* refere-se ao assédio moral como resposta à cobrança institucional e à precariedade do serviço da enfermagem.

A importância da categoria profissional da enfermagem assim o como a relevância de sua função como o maior contingente em quantidade de recursos humanos dentro de um ambiente hospitalar, chama a atenção no caráter complexo em que um profissional enfermeiro é exposto à prática de assédio moral. Este profissional tem como posse toda a organização da assistência, detém informações primordiais sobre a saúde do paciente e é o único profissional requisitado nas vinte e quatro horas do ciclo diário. Este trabalhador, ao vivenciar um sofrimento proveniente do assédio moral, pode negligenciar a sua própria profissão e pôr em risco a saúde de outrem sem que jamais ninguém saiba. O assédio é uma ocorrência invisível pressuposta pelos interesses da organização como um todo que não enxerga esta prática como ponta de um *iceberg*. Já o cuidado, produto da relação humana pautada na tecnologia e melhores práticas desenvolvidas, torna-se prejudicado quando no “beira leito” o profissional que deveria estar física e psiquicamente cuidando, não consegue fazê-lo integralmente.

Na atualidade, o aprimoramento da tecnologia na área da saúde é indiscutível e por meio deste desenvolvimento muitas vidas foram prolongadas, salvas e readaptadas para uma qualidade de vida melhor em seu contexto. Sem contraposições a este fato, o envolvimento interpessoal fica prejudicado mediante as transformações no modo de se trabalhar mediante o aumento da competitividade, precarização e flexibilização do trabalho. Porém, deve-se fortalecer o entendimento de que o envolvimento humano não é substituído por um *chip* e, neste ponto, as relações interprofissionais sadias fazem toda a diferença na articulação de uma assistência adequada.

Neste contexto, as exigências cada vez maiores recaem sobre os trabalhadores, desafiando-os para novas capacidades e desafios. Este advento comunica-se com o aumento de lucro que é o objetivo primordial do sistema capitalista e propulsiona os profissionais a estreitar seus laços com o compromisso vinculado à instituição (“vestir a camisa”, colaborar, etc.) e estimular estados de competição, o que se reflete na decadência das relações.

Para Schütz, as situações descritas em experiências diretas do mundo social são denominadas *relações face a face*, isto é, a relação entre o eu e o outro, impossível de ser mecanizada. Por meio destas articulações o outro agirá sobre mim e vice e versa, por motivos que ocasionaram a ação. (Capalbo, 1998)

Na presente pesquisa foi observado que, na *relação face a face*, os enfermeiros reconhecem que o assédio moral existente na profissão é ocasionado com mais frequência por chefes que pactuam com atitudes não éticas para mostrar suas posições. Esta atitude é ocasionada por delimitação empresarial, ou seja, uma cobrança intensa, pressão e estresse provenientes da organização institucional que modifica o posicionamento de muitos profissionais frente às situações cotidianas e estes passam a estabelecer relações pautadas na intimidação, exposição, cobranças exacerbadas, isolamento do funcionário por rebaixamento de suas características profissionais, etc.

A tecnologia substituiu em grande parte o trabalho manual, o papel foi substituído por arquivos digitais que são, em um piscar de olhos, transmitidos sem limites de fronteiras. Os trabalhadores obedecem às diretrizes do trabalho cuja razão muitas vezes lhes escapa (Barreto et al., 2015). Neste ínterim, os valores foram liquefeitos, a individualidade sublimada e a competição integrada ao trabalho parece uma maratona esportiva. (Ehrenberg, 2010)

Neste mundo cotidiano são inseridas situações biográficas de cada enfermeiro que seja entrevistado para manter-se empregado, atualizado e não ser desclassificado, e estas transpassam os limites que antes não eram concebidos a respeito da dignidade pessoal. Às vezes, ficam conformados em sujeitar-se a situações que transgridam sua saúde física, psíquica, social e profissional.

No tocante à noção da dignidade da pessoa humana pode-se discorrer que está pautada no Artigo 1 do Inciso III da Constituição da República Federal do Brasil

com fundamento primordial quanto aos Direitos Humanos que, pela referida Declaração Universal, formula: “Os direitos humanos são a expressão direta da dignidade da pessoa humana, a obrigação dos Estados de assegurarem o respeito que decorre do próprio reconhecimento dessa dignidade” (UNESCO, 1948). O princípio da dignidade da pessoa humana que consta no rol dos direitos fundamentais da Constituição Brasileira é descrita como: um valor moral e espiritual inerente à pessoa, ou seja, todo ser humano é dotado desse preceito, e este constitui o princípio máximo do estado democrático de direito.

Ao sintetizar a diferença entre o assédio moral e a dignidade humana, pode-se discorrer que esta prática no ambiente de trabalho afronta a dignidade humana quanto à degradação dos valores humanos inerentes ao trabalhador, e impossibilita a este conduzir-se e manter-se estável no seu cotidiano.

Para Marie France Hirigoyen (2014), o assédio moral atinge de maneira difusa toda a equipe de trabalhadores em empresas cujo método de “estímulo à produtividade” assume papel primordial, não diferenciando, deste modo, o assediador do assediado por causa de tensão contumaz que circunda o ambiente de trabalho. Pressão indeterminada, constante e crescente, desconfiança geral e elos de cooperação desequilibrados são respostas ao temor exacerbado em conjunto com o adoecimento dos profissionais a depender de suas resistências psicológicas.

Em se tratando de assédio moral organizacional, deve-se ressaltar o risco que existe entre o limiar do trabalho e do não trabalho, do tempo laboral e do tempo pessoal, do espaço empresarial e do espaço familiar. (Barreto et al., 2015) Este assédio é observado mediante exposição em que o colaborador é disponibilizado como “à disposição da empresa”, mesmo em seus momentos de lazer e descanso. Essa prática vem sendo estimulada com o advento dos *smartphones* e da Internet, que permitem encontrar o trabalhador mesmo longe de seu ambiente físico de trabalho. Portanto, o subordinado deve “colaborar”, conectar-se virtualmente com a instituição que o emprega, para permitir a otimização das prioridades em prol da convivência organizacional.

Segundo a Agência Europeia de Segurança e Saúde no Trabalho (2015), os riscos psicossociais são percepções subjetivas que o trabalhador tem da organização do trabalho, expressadas por meio de estressores emocionais, interpessoais e

aqueles ligados à organização do trabalho, por exemplo, a competitividade, a falta de reconhecimento, a insegurança, o medo de não saber e ser ridicularizado, as novas exigências associadas à falta de autonomia, a ausência de diálogo respeitoso e transparente entre pares, a avaliação individual e a consequente geração de conflitos, a falta de confiança que favorece a manutenção de medos e desconfianças, entre outras.

Em estudo realizado por meio de revisão integrativa de literatura sobre os aspectos da organização do trabalho hospitalar da enfermagem e suas articulações com a assistência foi identificada a complexidade da temática da organização do trabalho na enfermagem que envolve não somente a assistência ao paciente, mas aspectos teóricos e conceituais, gestão de pessoas, gestão das tecnologias, acreditação hospitalar, planejamento e gestão de materiais. A pesquisa aponta a necessidade de repensar esta situação na organização do trabalho de enfermagem, para construir alternativas de trabalho menos desgastantes e garantir, além da segurança do paciente, a do trabalhador. (Lorenzetti et al., 2014)

Outro estudo, resultado da reflexão sobre a organização do trabalho da enfermagem no contexto da saúde, apoiado em seis pesquisas de campo que deram origem a três dissertações de mestrado e três de doutorado, ressalta que, apesar das transformações ocorridas no mundo do trabalho, o modelo em saúde continua amparado nos moldes do taylorismo havendo necessidade emergente de se repensar e recriar formas novas de organização do trabalho em enfermagem as quais possibilitem a participação mais ativa dos profissionais. Esse modo de gerir o trabalho é possível, segundo os autores diante de uma ação coletiva dos profissionais juntamente com outros setores organizacionais. (Matos et al., 2004)

Não obstante a produção do trabalho em enfermagem não resultar em matéria prima comercializável no mercado e sim em prestação de serviço, a lógica em que está inserida sintoniza-se com a óptica capitalista de geração de lucros. A partir deste pressuposto, o processo de trabalho em saúde e na enfermagem entra em conflito por causa da precarização e flexibilização do trabalho, da exploração do sofrimento, do papel social da profissão, da dominação e alienação do profissional ao capital e, dentre outros, das tensões estabelecidas nas relações interpessoais no ambiente profissional. (Souza et al., 2015)

Para Souza et al. (2015), as condições de trabalho nas quais estão expostos os profissionais de enfermagem tendem à deterioração abarcada pela forte influência das políticas neoliberais instituídas dentro dos hospitais em que a contenção de recursos humanos e salários aviltantes dos trabalhadores de enfermagem e competitividade alta, expõe de forma insidiosa os profissionais desta categoria à violência no ambiente de trabalho. Torna-se indispensável, para melhor organização dos processos de trabalho e combate à violência causadora de consequências temerosas na saúde do trabalhador, que a classe da enfermagem, de forma unida, se insira em lutas sociais e políticas em causa de sua profissão.

Segundo Alkimin (2013), a instituição que estabelece medidas rígidas de organização colabora com gestões perversas, a fim de que o trabalhador tenha dedicação intensa que é interessante para a instituição. Neste interim, posturas autoritárias e manipuladoras desembocam em uma relação de dominação, transformam o ambiente de trabalho em um local inseguro e no trabalhador reflete-se a insatisfação, o esgotamento (estresse, fadiga) e sofrimento, muitas vezes “invisíveis” aos olhos dos que não querem enxergar.

Para Schütz a vida humana não é imersa na neutralidade. O mundo da vida cotidiana não tem como ser um mundo privado e sim é um mundo intersubjetivo, compartilhado com semelhantes e cada um tem uma sintonia originária de suas experiências conscientes sobre suas transformações. (Wagner, 2012)

Os seres humanos são também passíveis ao receber tarefas que fogem ao seu alcance e deixam sua espontaneidade de lado em momentos que devem aceitar situações que se impõem, mesmo que não tenham sido escolhidas. (Wagner, 2012) Os enfermeiros relataram que até entendiam o estresse organizacional em que os assediadores eram expostos, pois compreendiam as cobranças oriundas das mais diversificadas demandas, porém, acreditavam que os que sofrem essa pressão poderiam tentar resolvê-la por outros meios e não assediar o profissional que está na ponta do processo operacional.

Ao analisar os discursos dos enfermeiros aqui entrevistados, foi possível captar as expectativas destes profissionais para a construção de um fluxo organizacional que permita a aceitação desta prática de assédio moral, não escamoteando a verdade frente aos trabalhadores (Categoria 1) e a partir desta receptividade para que sejam

estabelecidas sustentações para apoio às vítimas, em vista de relacionamentos interpessoais atrelados ao respeito, independentemente da posição hierárquica.

Segundo Fontes e Carvalho (2012), em estudo realizado sobre as variáveis envolvidas no assédio moral no ambiente laboral da enfermagem os autores mostram a importância da abertura de espaços de discussão sobre a violência no trabalho, para possibilitar, por parte dos gestores das áreas a criação de fluxos internos, que previnam e contenham essa prática. Além da discussão na área operacional é citada a necessidade de inclusão deste assunto na formação profissional como ponto de destaque para o tema “ganhar visibilidade” aos futuros profissionais, para que estes tenham uma condição melhor na luta contra o assédio moral.

Os enfermeiros desejam que a instituição hospitalar forneça orientações acerca da prática do assédio moral (Categoria 2) ao definir conceitos e estabelecer o limite entre conflito normal que favorece a construção e aquilo que ultrapassa a fronteira desta normalidade.

Em estudo realizado por Cahú et al. (2014), com enfermeiros que atuam nas unidades básicas de saúde em João Pessoa, com o objetivo de investigar as situações de assédio moral vivenciadas por enfermeiros em seu ambiente de trabalho, foi relatado pelos profissionais que a prática existe na vivência profissional e é fator influenciador no desempenho tanto laboral, quanto das condições de saúde física e mental. Neste estudo foi notificada a importância da informação ao profissional enfermeiro sobre a existência do assédio moral e seus aspectos relacionados às formas de assédio, consequências sofridas pela vítima e sobre a organização. A partir destas informações, segundo os autores, fica mais fácil a discussão de como fazer a implementação de ações preventivas a favor da saúde do trabalhador. Os entrevistados relataram que o hospital em que trabalham possui um fluxo informal (via telefone ou Internet) em que o trabalhador pode relatar situações diversas que considerem não éticas como negligência de trabalhadores das diversas áreas, violências ocasionadas no ambiente de trabalho, incluindo o assédio moral. O fluxo seria uma denúncia anônima ou não, em que os fatos seriam apurados para análise de sua veracidade. O descrédito com relação a uma denúncia “anônima” é relatado porque os enfermeiros acreditam que, por causa dos interesses maiores da organização, esta não seria levada adiante, dependendo da hierarquia profissional e

mais, que o trabalhador acredita que, ao fazê-la, fica exposto às consequências que prejudicariam seu emprego.

Além do exposto na situação acima a questão de denunciar uma situação de violência laboral durante a vigência do trabalho do profissional expõe o mesmo à ação do próprio agressor que, ao ser abordado, pode, de forma mais perversa àquela já realizada, assediar a vítima impondo-lhe medo e degradando-o de forma mais acentuada.

Nessa perspectiva, a formulação de um fluxo concreto em que o trabalhador possa expor *face a face* suas dificuldades relacionais e entender se o processo estabelecido na relação se trata de um ato de assédio moral, além de expor as consequências dessa prática na vítima parece ser uma opção plausível de auxílio, ação e, em longo prazo, a coibição da prática de assédio moral, fato que reorganiza a cultura organizacional da instituição.

A partir dos relatos captados no presente estudo nos discursos dos enfermeiros, na formulação da categoria que discorre sobre o desejo de criar um fluxo concreto de diálogo, foram detectados dois aspectos imprescindíveis ao entendimento do fato assédio moral do ponto de vista da vítima que permitiram formular duas subcategorias para explicar a compreensão das consequências da exposição ao assédio moral e sobre os desdobramentos de como lidar com os que têm medo de falar.

O assédio moral estabelecido por meio de atos, gestos, palavras e situações de degradação à dignidade da pessoa humana invade de forma integral a vida do profissional vítima e possibilita a ocorrência de consequências referentes à sua integridade físico-psíquica, que podem prejudicar o convívio social e familiar, bem como a autoestima tanto pessoal como profissional. (Alkimin, 2013)

Conforme Barreto (2013a), o assédio moral:

“... gera tensão psicológica, angústia, medo, sentimento de culpa e autovigilância acentuada. Desarmoniza as emoções e provoca danos à saúde física e mental, constituindo-se em fator de risco à saúde nas organizações de trabalho.”

O temor de falar circunda uma esfera de descrédito por parte das instituições e também por medo, mormente, de perder o emprego. Hoje o emprego é mais importante que tudo e perdê-lo significa castigo. (Barreto, 2013a) Deste modo, os trabalhadores preferem ser desacreditados e suportar até o momento em que suas forças terminem. Segundo o relato dos entrevistados, com o ganho de experiência em situações às quais estão expostos, os mesmos criam “mecanismos de defesa” para articular-se quietamente diante da exposição ao assédio moral. É possível defender que este silêncio potencializa cada vez mais o sofrimento e as consequências da violência.

O apoio do COREn nas questões relacionadas ao assédio moral foi apontado como aliado importante do profissional enfermeiro o qual, independente do fluxo específico de sua organização, pode procurar auxílio em seu conselho a fim de abrir processo de investigação da situação denunciada. O COREn é visto, deste modo, como um intermediário entre o profissional e a instituição.

A responsabilidade na normatização e fiscalização do exercício profissional da enfermagem é realizada pelo sistema COFEn/COREn, criados por meio da Lei n. 5905/73. Este sistema zela pela qualidade dos serviços prestados e pelo cumprimento da Lei do Exercício Profissional da Enfermagem (Lei n. 7498/86 – que dispõe sobre a regulamentação do exercício profissional da enfermagem e dá outras providências). As atividades dos COREns envolvem responsabilidade, dentre outras funções como:

“... fiscalizar o exercício profissional e decidir os assuntos referentes à Ética Profissional, impondo as penalidades cabíveis; zelar pelo bom conceito da profissão **e dos que a exerçam** propondo ao COFEn medidas que visem a melhoria do exercício profissional.”

Com relação ao código de ética dos profissionais de enfermagem a profissão deve ser exercida “com liberdade, autonomia e ser tratada segundo os pressupostos e princípio legais, éticos e dos direitos humanos” (Lei n. 7498/86, Artigo 1, Capítulo 1) e o profissional deve “exercer a profissão com justiça, compromisso, equidade, resolutividade, dignidade, competência, responsabilidade, honestidade e lealdade” (Lei n. 7498/86, Artigo 5, Capítulo 1)

Quanto às proibições, o código de ética em enfermagem estabelece “Obter desagravo público por ofensa que atinja a profissão, por meio do Conselho Regional

de Enfermagem”; “Provocar, cooperar, ser conivente ou omissa com qualquer forma de violência.” (Lei n. 7498/86, Artigo 34); e, “Utilizar, de forma abusiva, o poder que lhe confere a posição ou cargo, para impor ordens, opiniões, atentar contra o pudor, assediar sexual ou moralmente, inferiorizar pessoas ou dificultar o exercício profissional.” (Lei n. 7498/86, Artigo 38)

O assédio moral fere o estabelecido nos preceitos citados acima, destarte o profissional enfermeiro tem respaldo integral contra esse tipo de violência em se tratando de seu Conselho fiscalizador e pode, a depender do caso, ser levado a instâncias superiores da justiça. Entretanto, é necessário que o medo de falar seja afastado e os enfermeiros sintam-se encorajados a procurar o apoio necessário para a solução do caso.

Por fim, a partir da oportunidade de se entender a vivência dos enfermeiros diante situações de assédio moral foi detectado que estes profissionais vivenciam este fato com resiliência. Submetem-se a situações degradantes a fim de protegerem-se e manterem a estabilidade do dia a dia. Como reflexo sofrem as consequências de serem vítimas do assédio moral e somatizam situações, culpando-se pelos ataques, têm medo de se expor e, conseqüentemente, desenvolvem problemas de saúde física e mental. A vida social e profissional é também prejudicada e as formas de combater o assédio são vislumbradas pelos profissionais desde o simples fator de aceitação e não encobertamento da prática, até a criação de um fluxo concreto de diálogo organizacional e compartilhamento com o conselho responsável pela fiscalização da profissão.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente investigação possibilitou a compreensão dos significados atribuídos pelos enfermeiros à vivência do assédio moral em seus ambientes laborais. Ao analisar os discursos dos entrevistados foi revelado, a partir de suas reflexões, o contexto dos motivos existenciais vividos em seus cotidianos de trabalho, ao estabelecer os *motivos para* (objetivos que se quer alcançar) e os *motivos porque* (explicação fundamentados nos antecedentes das situações estabelecidas no presente). Esta análise mostrou que a aceitação da prática como ato comum, a imposição do poder, a pressão organizacional, a precarização do trabalho da enfermagem e a insegurança profissional são fatores que propulsionam o fenômeno causado em um ambiente laboral impotente para o desenvolvimento profissional e à boa prática da enfermagem.

O reflexo da exposição de um profissional a um relacionamento interprofissional estabelecido por meio do assédio, resulta em consequências temerosas à saúde do trabalhador, relatadas nas entrevistas, como a autoestima baixa, ansiedade, culpabilização, sentimento de incompetência, sintomas físicos como dor de estômago e taquicardia, entre outros. O medo de falar é motivado pelo desejo de proteger a estabilidade profissional e o anseio de não expor a situação, por causa da possibilidade de ascensão profissional. Alguns relatos mostram que os enfermeiros somente conseguiram “vencer” o assédio após mudarem silenciosamente de setor, porém ainda sentem as suas consequências mediante lembranças ou situações que lhes soam semelhantes.

A realidade vivenciada pelos enfermeiros sobre este assunto e suas considerações, atribuídas ao fenômeno desvelado neste contexto, trouxe uma contribuição importante no que se refere à necessidade emergente de estímulo e apoio às instituições hospitalares, tornar viáveis os fluxos formais de educação, apoio e fiscalização quanto a prevenção e coibição da prática do assédio moral. Os discursos revelaram que, antes de se instituir formas de luta contra essa prática, dois fatores principais devem ser levados em consideração que tratam do não escamoteamento da verdade ou seja, a prática do assédio deve ser antes de qualquer ação, aceita como presente na instituição e não ofuscada pelos interesses

profissionais ou institucionais. É de suma valia que a instituição enxergue essa prática como fator negativo a todos, ou seja, a vítima, a equipe, o paciente e o familiar, e a instituição como um todo que causa insatisfação no trabalho, aumento de absenteísmo, baixa produtividade, propicia erros, aumento do absenteísmo ou presenteísmo, entre outros. Outro fator importante é a orientação que deve ser fornecida aos profissionais sobre como lidar com o assédio, definições, consequências e caminhos a serem tomados. O nexos causal entre um conflito normal e o assédio nem sempre é bem entendido pelos profissionais que silenciam o seu sofrimento frente ao receio e a inércia da informação.

Não obstante a atuação no campo de trabalho seja de suma importância, a imersão neste assunto deve estar presente na formação profissional. Esta ação propicia a mudança de postura no futuro profissional da enfermagem e mostra-se como o melhor caminho para a prevenção desta prática, pois se sabe que, inevitavelmente, a educação formula a estratégia mais adequada quando se pensa em transformação.

A percepção da realidade concreta, vivida pelos enfermeiros, mostrou o desejo sobre o que seja ideal para o encaminhamento dos casos de vítimas de assédio moral no ambiente de trabalho. Por meio dos relatos é factível entender que a vítima necessita de uma relação face a face com o interlocutor por parte da organização. A necessidade de existir um local “palpável” em que se possa olhar nos olhos do interlocutor e confiar o seu sofrimento a alguém, é mostrada como ponto de apoio e fortalecimento à vítima. Como obstáculo a esta intenção existe o interesse institucional de banir o assédio e proteger o trabalhador.

Em contrapartida, para uma política organizacional real ao favorecimento do trabalhador, o profissional pode, e tem como dever, procurar o conselho de fiscalização de sua categoria – COREn ao qual compete fiscalizar o bom exercício da profissão, investigar as denúncias para articular ações de orientação e intervenção, além de encaminhar os casos, em que a vítima tem direito à indenização por dano moral, para instâncias maiores. Para tal, é necessário que a categoria da enfermagem perceba a necessidade de fortalecer suas articulações políticas em benefício da classe, e impedir o desprestígio e exploração profissional.

O enfrentamento do assédio moral por parte dos enfermeiros é projetado a partir do momento em que este profissional reflete sobre o assunto como possibilidade de ser modificado. A projeção nada mais é do que a antecipação do futuro que traz a situação biográfica presente por meio do estoque de conhecimentos. Ao investigar as vivências dos enfermeiros, frente a situação de assédio, foi verificado, no decorrer das entrevistas, o surgimento de manifestações contrárias à fragilidade política da categoria que aceita regras impostas ora justificadas historicamente, ora justificadas pelo atropelamento das políticas neoliberais na inserção crescente da produção capitalista em instituições hospitalares que interligam a doença e o paciente com geração de lucro, e que se refletem sobre a enfermagem que tem o cuidado como objeto de trabalho abstrato.

Após desvelar o fenômeno assédio moral na vivência dos enfermeiros em seus ambientes de trabalho é possível afirmar que o referencial teórico filosófico escolhido forneceu subsídios adequados para a compreensão do outro em sua situação biográfica na relação social. E mais, o fenômeno foi desvelado em um determinado contexto e não se esgota aqui. São infindáveis as possibilidades de estudo para apropriação do tema à categoria profissional da enfermagem.

Estudar a compreensão do assédio moral na enfermagem, diante dos discursos colhidos, oportunizou para a pesquisadora aproximação com o tema de forma inerente ao cotidiano da profissão, e permitiu visualizar a questão do assédio em um sentido amplo no tocante às formas de gestão organizacional, interesses ocultos em favorecimento da produção, consequências que tocaram todos os envolvidos, direta ou indiretamente, entre outros fatores relacionados. A visibilidade do tema merece luz, aprofundamento das pesquisas e discussões para que em um futuro próximo a enfermagem possa desenvolver o seu trabalho fundamentado em práticas mais bem colocadas com foco em seus objetivos.

É certo que, ao concluir este trabalho de pesquisa, o mesmo despertou na pesquisadora outras inquietações em que se apoiam propostas de novos caminhos a seguir, para aprofundar o tema com outras pesquisas. Além disso, o estudo permitiu aprimorar a prática pessoal como enfermeira atuante em ambiente hospitalar e poder refletir sobre as possibilidades de mais outros caminhos a seguir.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- Agência Europeia de Segurança e Saúde no Trabalho. 2015. Available from: <https://osha.europa.eu/pt/themes/psychosocial-risks-and-stress> 2015.
- Alkimin MA. Assédio moral na relação de trabalho. 3ª ed. Curitiba: Editora Juruá, 2013.
- Almeida LMA, Rigolin TB. Geografia. São Paulo: Editora Ática, 2002.
- Alves G. Trabalho e Neodesenvolvimentismo. Bauru: Editora Praxis, 2014.
- Alves G. A vingança de Kant, ou, porque o assédio moral tornou-se a Peste Negra do século XXI. [Internet] 2015 abril [acesso em 22 de janeiro de 2016] Available from: http://grabois.org.br/portal/noticia.php?id_sessao=8&id_noticia=14235
- Araújo AR. O assédio moral organizacional. [Dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica - PUC, São Paulo; 2006.
- Areangeli G, Giorgi G, Ferrero C, Mucci N, Cupeeli V. Prevalenza del fenomeno mobbing in una popolazione di infermieri di tre aziende ospedaliere italiane. G Ital Med Lav Ernon. 2014;36(3):181-5.
- Barbosa R, Labronici L, Sarquis L, Mantovani MF. Violência psicológica na prática profissional da enfermeira. Rev Esc Enferm. USP. 2011;45(1).
- Barreira, I.S. et al. Renovação do ensino e na pesquisa histórica da enfermagem pela integração graduação/pós-graduação. Revista Enfermagem da UERJ, Rio de Janeiro. 1997;5(2):487–94.
- Barreto MMS. Assédio moral à violência sutil no trabalho. [Tese] São Paulo: Pontifícia Universidade Católica – PUC, São Paulo; 2005.
- Barreto MMS. Assédio moral: trabalho, doenças e morte. In: Lima CQB, Oliveira JA, Maeno M. Seminário Compreendendo o Assédio Moral no Ambiente de Trabalho; São Paulo: Fundacentro; 2013a. 63 pág.
- Barreto MMS. Violência, Saúde e Trabalho (uma jornada de humilhações). São Paulo: Educ, 2013b.
- Barreto M, Heloani R. Assédio moral nas relações sociais no âmbito das Instituições Públicas. In: Gediel JAP, et al. Estado, poder e assédio: relações de trabalho na administração pública. Curitiba: Kairós Edições, 2015. págs. 145-62.

- Barreto M, Heloani R. Assédio moral nas relações sociais no âmbito das instituições públicas. In: Gediel JAP. Estado, poder e assédio: relações de trabalho na administração pública / José Antônio Peres Gediel, Eduardo Faria Silva, Fernanda Zanin, Lawrence Estivalet de Mello (Organizadores). Curitiba: Kairós Edições, 2015. 249 págs.
- Barros JA. O projeto de pesquisa em História: da escolha do tema ao quadro teórico. 4ª ed. Petrópolis: Vozes; 2008.
- Bobbio N, Matteucci N, Pasquino, G. Dicionário de Política. 12. ed. Brasília (DF): Universidade de Brasília; 2004.
- Bobroff MCC, Martins JT. Assédio moral, ética e sofrimento no trabalho. Revista Bioética [internet]. 2013 [citado em 2013 agosto]; 21 (2). Available from: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/815.
- Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego, ASCOM. Cartilha elaborada pela Subcomissão de Gênero com participação da Comissão de Ética do MTE. Assédio Moral e Sexual no Trabalho. Brasília; 2013.
- Cahú GRP, Costa SFG, Costa ICP, Batista PSS, Batista JBV. Situações de assédio moral vivenciadas por enfermeiros no ambiente de trabalho. Acta Paul Enferm. 2014;27(2):151-6.
- Calvo AC. O assédio moral no ambiente de trabalho. Universo Jurídico [internet]. Juiz de Fora; 2004 jul. 01. Available from: <http://www.uj.com.br/publicacoes/doutrinas/default.asp?action=doutrina &iddoutrina=1731>
- Capalbo C. Metodologia das ciências sociais: a fenomenologia de Alfred Schütz. Rio de Janeiro: Editora Antares; 1979.
- Capablo C. Metodologia das Ciências Sociais: a fenomenología de Alfred Schütz. 2. ed. Londrina, UEL, 1998, 97 págs.
- Cassito MG, et al. Sensibilizando sobre el acoso psicológico en el trabajo: orientación para los profesionales de la salud, tomadores de decisiones, gerentes, directores de recursos humanos, comunidad jurídica, sindicatos y trabajadores. Ginebra: Organización Mundial de La Salud. 2004. Serie Protección de la salud de los trabajadores, n. 4.
- Castel R. As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário. Tradução de Iraci D. Poleti. Petrópolis: Vozes, 2005.
- Castro FF. A sociologia fenomenológica de Alfred Schütz. Ciência Sociais Unisinos. São Leopoldo. 2012;48(1):52-60.
- Coelho MA, Soares LT. Geografia do Brasil. 5.ed. reform. e atual. São Paulo: Moderna, 2002.

- Conselho Federal de Enfermagem – COFEn. Resolução 293/2004. Available from: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2932004_4329.html. Acesso em: jan. 2016
- Conselho Federal de Enfermagem – COFEn. Resolução 311/2007. Available from: <http://se.corens.portalcofen.gov.br/codigo-de-etica-resolucao-cofen-3112007>. Acesso em: fev. 2016.
- Conselho Nacional de Saúde. Resolução 446/2012. Available from: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
- D'Aubeterre LAA. Violencia social y discurso político presidencial Venezolano: un estudio psicossocial. *Psicol. Soc.* 2009;21(3):391-401.
- Dejours C. A banalização da injustiça social. 7. ed. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas, 2007.
- Dejours C. Novas formas de organização do trabalho e lesões por esforços repetitivos (LER): abordagem através da psicodinâmica do trabalho. In: Szelwar L, Zidan L. (Orgs.). O trabalho humano com sistemas informatizados no setor de serviços. São Paulo: Plêiade, 2000. págs. 37-44.
- Dubar C. A socialização: construção das identidades sociais e profissionais. São Paulo: Martins Fontes; 2005.
- Ehrenberg A. O culto da performance: da Aventura empreendedora à depressão nervosa. São Paulo: Editora Ideias e Letras, 2010.
- Farrel GA, Shafiei T. Workplace aggression, including bullying in nursing and midwifery: a descriptive survey: the SWAB study. *Int J Nurs Stud.* 2012;49(11):1423-31.
- Felli VEA, Pavan Baptista CP. Papel gerencial do enfermeiro no processo saúde-doença dos trabalhadores de enfermagem. In: Associação Brasileira de Enfermagem; Vale EG, Peruzzo SA, Felli VEA, organizadores. PROENF Programa de Atualização em Enfermagem: Gestão: Ciclo 5. Porto Alegre: Artemed Panamericana; 2015. P. 9-32 (Sistema de Educação Continuada a Distância).
- Felli VA. O gerenciamento em enfermagem e a saúde do trabalhador [Livre docência]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2002.
- Ferreira HDB. Assédio moral nas relações de trabalho. Campinas: Russell Editores, 2004. págs. 38-9.
- Foucault M. Microfísica do poder. 6ª ed. Rio de Janeiro: Editora Graal; 1986.
- Foucault M. Microfísica do poder. 7ª ed. Rio de Janeiro: Graal; 1988.

- Fontes KB, Pelloso SM, Carvalho MDB. Tendência dos estudos sobre assédio moral e trabalhadores de enfermagem. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2011;32(4):815-22.
- Fontes KB, Carvalho MDB. Variáveis envolvidas na percepção do assédio moral no ambiente laboral da Enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem.* 2012;20(4):1-7.
- Freitas GF. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo: Breve Histórico. 2014. Disponível no site da Escola de Enfermagem da USP, link www.ee.usp.br. Acesso em: 4/4/2016.
- Freitas GF, Hagopian EM, Silva TA, et al. Regulação do trabalho de enfermagem. In: PROENF Programa de Atualização em Enfermagem: Gestão: Ciclo 5/ [organizado pela Associação Brasileira de Enfermagem; organizadora geral: Eucléa Gomes Vale; organizadoras: Simone Aparecida Peruzzo, Vanda Elisa Andres Felli. Porto Alegre, Artmed Panamericana, 2015.
- Freitas GF, Oguisso T, González JS, Silva TA, Silva EC. Cultura dos cuidados na perspectiva religiosa. In: Oguisso T, Freitas GF, González JS. *Enfermagem, História, Cultura dos Cuidados & Métodos*. Rio de Janeiro: Editora Águia Dourada, 2016.
- Fugulin FMT. Parâmetros oficiais para o dimensionamento de profissionais de enfermagem em instituições hospitalares: análise da resolução COFEN nº 293/04; 2010. 154 págs. [Livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem/USP.
- Gaidzinski RR, Fugulin FMT, Castilho V. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições de ensino. In: Kurcgant, P. (coordenador). *Gerenciamento em Enfermagem*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara-Koogan, 2005.
- Gastaldo DM, Meyer DE. A formação da enfermeira: ênfase na conduta em detrimento do conhecimento. *Rev. Bras. Enferm.* 42;1989.
- Gediel JAP, Silva EF, Zanin F, Mello LE. Estado, poder e assédio: relações de trabalho na administração pública. Curitiba: Kairós Edições, 2015. 249 p.
- Geovanini T, Moreira A, Dornelles S, Machado WCA. O desenvolvimento histórico das práticas de saúde. In: Geovanini et al. *História da Enfermagem: Versões e Interpretações*. Rio de Janeiro: Revinter; 2010, p. 5-27.
- Guedes MN. Terror psicológico no trabalho. 3. ed. São Paulo: LTr, 2008, 176 págs.
- Guimaraes LAM, Rimoli AO. "Mobbing" (assédio psicológico) no trabalho: uma síndrome psicossocial multidimensional. *Psic Teor Pesq.* 2006;22(2):183-91.
- González JS. Antropologia dos cuidados. In: Oguisso T, Campos PFS, Freitas GF. *Pesquisa em história da enfermagem*. São Paulo: Editora Manole; 2011

- González JS. Historia de la enfermería. Consejo de enfermería de la Comunidad Valenciana. Valencia. España. Editorial Aguaclara; 1999.
- Hashizume CM. Violência simbólica no trabalho: considerações exploratórias sobre a nova ontologia do trabalhador na pós-modernidade. *Rev Ambival*. 2014;2(4):137-50.
- Harvey D. O enigma do capital: e as crises do capitalismo. Trad. João Alexandre Peschanski. São Paulo: Editora Boitempo, 2011, 224 págs.
- Hirigoyen MF. Assédio moral: a violência perversa no cotidiano. 15ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2014. 224 págs.
- Holanda AB. Novo dicionário da língua portuguesa. 5. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2008. 1838 págs.
- Husserl E. La crise des sciences européennes et la phénoménologie transcendantale. Paris; 1976.
- Jesus MCP, Capalbo C, Merighi MAB, Oliveira DM, Tocantins FR, Rodrigues BMRD, Ciuffo LL. A fenomenologia social de Alfred Schütz e sua contribuição para a enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(3):736-41.
- Leitão SP, Fortunato G, Freitas AS. Relacionamentos interpessoais e emoções nas organizações: uma visão biológica. *RAP*. 2006. 40 (5), p. 883-907.
- Levine EB, Levine EM. Hypocrates, father of nursing? *Amer J Nurs*. 1965;65(12):86-8
- Leymann H. The mobbing encyclopaedia. 1996. Available from: <www.leymann.se/English/frame.html>. Acesso em: 06/03/2013.
- Lima GHA, Sousa SMA. Violência psicológica no trabalho da enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2015;68(5):545-1.
- Liker JK. O modelo Toyota: 14 princípios de gestão do maior fabricante do mundo. Porto Alegre: Editora Bookman, 2005
- Loper A. Assédio moral no trabalho: o ilícito silencioso. Unigran, Dourados, MS. 2002.
- Lorenzetti J, Oro J, Matos E, Gelbcke F. Organização do trabalho da enfermagem hospitalar: abordagens na literatura. *Texto e Contexto Enferm*. 2014;23(4):1104-12.
- Luongo J, Freitas GF, Fernandes MF. Caracterização do assédio moral nas relações de trabalho: uma revisão de literatura. *Cultura de los cuidados*. 2011. Ano XV – n. 30.
- Marx K. Manuscritos econômico-filosóficos. São Paulo: Editora Boitempo, 2003a.

- Marx K. O capital – crítica da economia política, Vol 1. São Paulo: Editora Boitempo, 2003b
- Matos E, Pires DEP. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2006;15(3):508-14.
- Menezes GA, Rosas RS. Práticas educativas em saúde: a Enfermagem revendo conceito na promoção do autocuidado. *Rev Min Enfer.* 2004;8(2):337-40.
- Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec Abrasco, 2014.
- Merighi MAB, Praça NS. Abordagens teórico-metodológicas qualitativas. A vivência da mulher no período reprodutivo. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003.
- Motta FCP. Teoria das Organizações: evolução e crítica. São Paulo: Editora Pioneira Thomson Learning, 2003.
- Moreto da Silva CC. Um olhar crítico sobre a flexibilização da legislação trabalhista no Brasil sob um duplo viés: a flexisegurança e a precarização dos vínculos trabalhistas. *Tuiuti: Ciência e Cultura*, 2013;46:95-114.
- Occupation Safety and Health. OSHA. O assédio moral no local de trabalho. 2002. Disponível em: <http://osha.europa.eu/pt/publications/factsheets/23>
- Oguisso T. Legislação de enfermagem e saúde: histórico e atualidades. São Paulo. Editora Manole, 2015.
- Oguisso T. Trajetória histórica da enfermagem. São Paulo: Editora Manole; 2014.
- Oliveira AU. Agricultura brasileira: transformações recentes. In: ROSS, Jurandir L. Sanches (Org.). *Geografia do Brasil*. 5.ed. rev. e ampl. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2003.
- Organização Internacional do Trabalho (International Labour Organization – ILO). Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector. Geneva: ILO, 2003.
- Organização Mundial da Saúde – OMS. Sensibilizando sobre o assédio psicológico no trabalho. *Serie Proteção da Saúde dos Trabalhadores*. Genebra. 2004;4.
- Organização Internacional do Trabalho - OIT. Convenção sobre Discriminação em matéria de emprego e ocupação [Convenção 111] 4 jun 1958.
- Pagés M, Bonetti M, Gaulejac V, Descendre D. O poder das organizações. São Paulo: Editora Atlas, 2005.
- Peres RM. A visão do enfermeiro gestor sobre o assédio moral no trabalho: uma reflexão bioética. [Dissertação] São Paulo: Centro Universitário São Camilo; 2009.

- Rodwell J, Demir D, Shacklock K, Farr-Waharton R. Abusive supervision and links to nurse intention to quit. *J Nurse Scholarsh*. 2014;46(5):357-65.
- Rutter M. Psychosocial resilience and protective mechanisms. In: Rolf J, Masten A, Cicchetti D, Nuechterlein K, Weintraub S. Risk and protective factors in the development of psychopathology. New York: Cambridge University Press, 1990 págs. 181-214.
- Santo TBE. Gênero e enfermagem: reafirmação de papéis sociais na Seção Feminina da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras (1920-1921) [Tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem; 2012.
- Santos SIL, Andrade CG, Costa IPC, Santos KFO, Costa SFG, França JRFS Assédio moral no âmbito da enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Cogitare Enferm*. 2014;19(1):159-65.
- Schütz A. Concept and Theory Formation in the Social Sciences. *Sociological Perspectives*. Middlessex: Penguin Books, 1971.
- Schütz A. El problema de la realidad social. Buenos Aires: Editora Amorrortu. 2008.
- Schütz A. Estudios sobre la teoria social. Buenos Aires: Editora Amorrortu; 1974.
- Schütz A. Fenomenologia del mundo social. Buenos Aires: Editora Paidos; 1972.
- Schütz A. Fenomenologia e relações sociais. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 1979.
- Schütz A. Le chercheur et le quotidien. Paris, Méridiens Klincksieck. 1987, 296 págs.
- Silva GB. Enfermagem Profissional. Análise crítica. São Paulo: Editora Cortez, 1986.
- Silva SM, Pavan Baptista CP. Resiliência: qualidade do líder em enfermagem. In: Associação Brasileira de Enfermagem; Vale EG, Peruzzo SA, Felli VEA, organizadores. PROENF Programa de Atualização em Enfermagem: Gestão: Ciclo 5. Porto Alegre: Artemed Panamericana; 2015. págs. 137-62. (Sistema de Educação Continuada à Distância).
- Soares LQ. Assédio moral no trabalho e interações socioprofissionais: “Ou você interage do jeito deles ou vai ser humilhado até não aguentar mais”. [Dissertação] Brasília: Universidade de Brasília, Brasília; 2006.
- Souza CCC, Venâncio CX, Espíndula MB. Ações de enfermagem diante do assédio moral no ambiente de trabalho. *Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição [serial online]* 2010;1(1):1-15.
- Souza MMT, Passos JP, Tavares CMM. Sofrimento e precarização do trabalho em enfermagem. *Rev Pesq Cuidado Fundament Online*. 2015;7(1): 2072-82.
- Souza MNC. Algumas considerações sobre sociologia de Alfred Schütz. Em Tese. 2012;9(1):1-26

- Thofehrn MB, Amestoy SC, Carvalho KK de, Andrade FP, Milbrath VM. Assédio moral no trabalho da enfermagem. *Cogitare Enferm.* 2008;13(4):597-601.
- United Nations Educational, Scientific And Cultural Organization – UNESCO 1948 - <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001394/139423por.pdf>
- Vasconcellos IRR, Abreu AMM, Maia EL. Violência ocupacional sofrida pelos profissionais de enfermagem do serviço de pronto atendimento hospitalar. *Rev Gaúcha Enferm.* 2012;33(2):167-75.
- Vesentini JW. (Org.). O ensino de geografia no século XXI. Campinas, SP: Editora Papirus, 2004.
- Vieira JD, Graça RF, Rodrigues AJ, Silva JAB. Uma breve história sobre o surgimento e desenvolvimento do capitalismo. Aracajú. *Cad Grad Cien Hum Soc Unit.* 2015;2(3):125-37.
- Xavier ACH, Barcelos CRV, Lopes JP, Chamarelli PG, Ribeiro SS, Lacerda LS, Palacios M. Assédio moral no trabalho no setor saúde no Rio de Janeiro: algumas características. *Rev. Bras. Saúde Ocup.* 2008;33(117):15-22.
- Walsh G. Introduccion. In: Schütz. La fenomenologia del mundo social. Buenos Aires: Paidós;1972.
- Wagner HTR. Sobre a fenomenologia e relações sociais: Alfred Schütz. Petrópolis: Editora Vozes; 2012.
- Werner EE. 1984 Resilient children. *Young Children.* 1984;40:68-72.
- Werner EE, Smith RS. Vulnerable, but invincible: A longitudinal study of resilient children and youth. New York, McGraw-Hill, 1982, 350 p. In: Polk LV. Toward a Middle Range Theory of Resilience. *Adv Nurs Sci.* 1997;19(9):1-13.
- Zanetti R. Assédio moral no trabalho. [Internet]. 2012 Available from: <http://www.robsonzanetti.com.br/v3/docs/livro_robson_zanetti_assedio_moral.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2015

APÊNDICES

APÊNDICE A – Parecer consubstanciado do CEP (1.105.439)

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Percepções dos enfermeiros (as) de um hospital privado do município de São Paulo sobre o assédio moral.

Pesquisador: Ellen Maria Hagopian

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 43834215.0.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.105.439

Data da Relatoria: 09/06/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa descritiva- exploratória com abordagem qualitativa que tem como objetivo identificar as percepções dos enfermeiros (as) assistenciais acerca da ocorrência do assédio moral no trabalho. Os sujeitos da pesquisa portanto, serão enfermeiros (as) da equipe de enfermagem do Hospital Oswaldo Cruz, uma amostra de 15 (quinze) indivíduos, que estejam trabalhando durante a coleta de dados proposta pelo estudo. A obtenção dos dados será através de coleta por meio de um roteiro de entrevista com questionário semi - estruturado elaborado pela autora.

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos da pesquisa são identificar as percepções dos enfermeiros (as) assistenciais acerca da ocorrência do assédio moral no trabalho, compreender os significados atribuídos pelos enfermeiros (as) assistenciais ao assédio moral no ambiente hospitalar e analisar as possíveis estratégias de enfrentamento do assédio moral pelos enfermeiros (as) assistenciais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O estudo em questão apresenta riscos relacionados à exposição de informações sobre assédio

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SÃO PAULO
Telefone: (11)3061-7548 **Fax:** (11)3061-7548 **E-mail:** edipesq@usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

Continuação do Parecer: 1.105.439

moral em ambiente de trabalho. A relação profissional do participante com a instituição e com todos da cadeia hierárquica profissional deve ser preservada. Os benefícios para os profissionais participantes são, com a proposta do estudo, e o entendimento do fenômeno através de seus depoimentos, futuramente, a melhora nos relacionamentos interpessoais no ambiente laboral com a construção de condutas e políticas que tratem de forma a diagnosticar, tratar e prevenir as práticas de assédio moral no ambiente hospitalar.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Foi anexado roteiro na forma de questionário semi-estruturado contendo oito(8) perguntas relativas à assédio moral no âmbito do trabalho, coerentes ao objetivo do trabalho e livre de impedimentos ético. Constam também alguns documentos dirigidos à Instituição Co Participante tais como: Carta de autorização e anuência, Termo de Compromisso do Pesquisador, Declaração de divulgação dos dados do Estudo, e Critério de Encerramento ou suspensão da Pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e esclarecido, contendo o tempo de duração da entrevista, explicação do objeto da pesquisa; faz menção à confidencialidade, sigilo, participação voluntária, desistência da pesquisa, todo o conteúdo em linguagem acessível. Documento elaborado com assinatura nas duas páginas, contendo os dados da pesquisadora e do Comitê correspondente. Termo elaborado em conformidade com a Resolução 466/12.

Recomendações:

Não há recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O instrumento de coleta de dados foi modificado seguindo a orientação do parecer consubstanciado anterior. Foram removidos todos os dados dos participantes na intenção de coibir qualquer tipo de identificação, colocando em risco o anonimato da pesquisa. Livre de pendências

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 05.403-000
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7548 Fax: (11)3061-7548 E-mail: edipesq@usp.br

Continuação do Parecer: 1.105.439

Considerações Finais a critério do CEP:

Este CEP informa a necessidade de registro dos resultados parciais e finais na Plataforma Brasil.

Esta aprovação não substitui a autorização da instituição coparticipante, antes do início da coleta de dados.

SAO PAULO, 12 de Junho de 2015

Assinado por:
Marcelo José dos Santos
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7548 **Fax:** (11)3061-7548 **E-mail:** edipesq@usp.br

APÊNDICE B – Parecer consubstanciado do CEP (1.071.683)

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Percepções dos enfermeiros (as) de um hospital privado do município de São Paulo sobre o assédio moral.

Pesquisador: Ellen Maria Hagopian

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 43834215.0.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.071.683

Data da Relatoria: 19/05/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa descritiva- exploratória com abordagem qualitativa que tem como objetivo identificar as percepções dos enfermeiros (as) assistenciais acerca da ocorrência do assédio moral no trabalho. Os sujeitos da pesquisa portanto, serão enfermeiros (as) da equipe de enfermagem do Hospital Oswaldo Cruz, uma amostra de 15 (quinze) indivíduos, que estejam trabalhando durante a coleta de dados proposta pelo estudo. A obtenção dos dados será através de coleta por meio de um roteiro de entrevista com questionário semi - estruturado elaborado pela autora.

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos da pesquisa são identificar as percepções dos enfermeiros (as) assistenciais acerca da ocorrência do assédio moral no trabalho, compreender os significados atribuídos pelos enfermeiros (as) assistenciais ao assédio moral no ambiente hospitalar e analisar as possíveis estratégias de enfrentamento do assédio moral pelos enfermeiros (as) assistenciais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O estudo em questão apresenta riscos relacionados à exposição de informações sobre assédio

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7548 **Fax:** (11)3061-7548 **E-mail:** edipesq@usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

Continuação do Parecer: 1.071.683

moral em ambiente de trabalho. A relação profissional do participante com a instituição e com todos da cadeia hierárquica profissional deve ser preservada. Os benefícios para os profissionais participantes são, com a proposta do estudo, e o entendimento do fenômeno através de seus depoimentos, futuramente, a melhora nos relacionamentos interpessoais no ambiente laboral com a construção de condutas e políticas que tratem de forma a diagnosticar, tratar e prevenir as práticas de assédio moral no ambiente hospitalar.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Foi anexado roteiro na forma de questionário semi-estruturado contendo oito(8) perguntas relativas à assédio moral no âmbito do trabalho, coerentes ao objetivo do trabalho e livre de impedimentos ético. Constan também alguns documentos dirigidos à Instituição Co Participante tais como: Carta de autorização e anuência, Termo de Compromisso do Pesquisador, Declaração de divulgação dos dados do Estudo, e Critério de Encerramento ou suspensão da Pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e esclarecido, contendo o tempo de duração da entrevista, explicação do objeto da pesquisa; faz menção à confidencialidade, sigilo, participação voluntária, desistência da pesquisa, todo o conteúdo em linguagem acessível. Documento elaborado com assinatura nas duas páginas, contendo os dados da pesquisadora e do Comitê correspondente. Termo elaborado em conformidade com a Resolução 466/12.

Recomendações:

Não há recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- Retirar os dados sociodemográficos do instrumento de coleta de dados, pois os participantes podem ser identificados por meio das informações.

Situação do Parecer:

Pendente

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-7548

Fax: (11)3061-7548

E-mail: edipesq@usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

Continuação do Parecer: 1.071.683

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Aguarda-se as respostas às pendências assinaladas num prazo máximo de 30 dias, após esse período o processo será arquivado.

SAO PAULO, 20 de Maio de 2015

Assinado por:
Marcelo José dos Santos
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-7548

Fax: (11)3061-7548

E-mail: edipesq@usp.br