

## Assédio moral no contexto organizacional da enfermagem

Patrícia Sofia Marques<sup>1</sup>, Clara de Assis Coelho de Araújo<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Mestre em Gestão de Organizações (ESSVC-IPVC), e-mail: psofiamarques@gmail.com

<sup>2</sup> Doutorada em Psicologia do Trabalho (FPCE/UP), Professora Coordenadora (ESSVC-IPVC), Portugal, e-mail: claradearaujo@gmail.com

**Resumo:** O assédio moral no trabalho é um fenómeno de natureza social e psicológica, levando ao desenvolvimento de condutas hostis no dia-a-dia do trabalhador. Resulta da interacção entre factores individuais, interpessoais, grupais, culturais, socioeconómicos e organizacionais, com efeitos adversos no trabalhador, na empresa e na sociedade. Constitui um problema disseminado por vários sectores de actividade, mas é no ramo da saúde, ao nível da enfermagem, que tem maior expressão. Conduz a estados de má saúde, física e mental, repercutindo-se negativamente na qualidade dos cuidados, podendo levar ao abandono da profissão.

Neste trabalho, pretende-se caracterizar este fenómeno, no âmbito da enfermagem, e conhecer, através de um estudo de caso, o contexto de ocorrência e como afecta a saúde dos profissionais e organizações. Para o efeito, analisaram-se relatos de seis enfermeiros. Torna-se urgente abordar este problema, segundo perspectivas de prevenção, detecção e controlo imediato. Para tal, é necessário desenvolver, nas chefias, competências nas áreas da comunicação e resolução de conflitos. A gestão das organizações deve pautar-se por condutas saudáveis, preservando a qualidade do ambiente de trabalho, dos serviços prestados e da saúde e bem-estar dos seus trabalhadores.

**Palavras-chave:** assédio moral, violência em enfermagem, saúde e segurança no trabalho, gestão organizacional

## Mobbing in the organizational context of nursing

**Abstract:** Mobbing at work is a phenomenon of social and psychological nature, which leads to the development of a daily aggressive behaviour against the worker. Results from the interaction between individual factors, interpersonal, group, cultural, socio-economic and organizational, with adverse effects on the worker, the organization and society. It is a widespread problem for many economic activities, but is in the health sector, in terms of nursing, which has higher expression. Leads to poor health status, physical and mental, reflecting negatively on the quality of care and may lead to the leaving of the profession.

In this work, the phenomenon is characterized in the context of nursing, and known, through a case study, the context in which occurs and how it affects the health of workers and organizations. For this purpose, it is analysed reports from six nurses. It becomes urgent to address this problem, according to prospects for prevention, detection and immediate control. For this reason, it is necessary to develop leadership skills in the areas of communication and conflict resolution. The management of organizations should be guided by healthy behaviours, preserving the quality of the working environment and the health and welfare of their workers.

**Keywords:** bullying, violence in nursing, health and safety at work, organizational management

## 1. Introdução

A saúde e a segurança dos trabalhadores fazem parte da gestão e qualidade das empresas, constituindo aqueles, dois factores determinantes para a produtividade e competitividade das mesmas. Além disso, contribuem significativamente para a promoção do crescimento económico da empresa, permitindo a nível individual, a extensão da vida activa do trabalhador no mercado de trabalho. Desvalorizar a saúde e a segurança do trabalhador pode trazer consequências nefastas, tanto para o trabalhador, como para a organização da empresa e para a sociedade em geral. A saúde no trabalho constitui um factor crucial para a produtividade, qualidade do produto ou serviço, sendo, ao mesmo tempo, essencial para a qualidade de vida e bem-estar dos recursos humanos (M. S. Araújo, Mcintyre, & Mcintyre, 2008).

O clima organizacional de uma empresa reflecte-se na saúde dos seus colaboradores e é inerente às políticas existentes nas organizações, observando-se no bem-estar das pessoas que nela trabalham (M. S. Araújo, et al., 2008). Tem um papel preponderante na qualidade dos serviços prestados e no ambiente de trabalho, pois reflecte o modo de interacção entre as pessoas e os clientes, bem como o grau de satisfação com o contexto que as rodeia (Chiavenato, 1999). Segundo Locke (1976, pág. 1304), o ambiente de trabalho define-se como “um estado emocional positivo ou de prazer, resultante da avaliação do trabalho ou das experiências proporcionadas pelo trabalho”.

O reconhecimento no trabalho e do trabalho constitui um factor determinante para o sucesso e realização pessoal do trabalhador, enquanto o seu não reconhecimento pode conduzir a uma situação de sofrimento mental, com repercussões na saúde, tanto a nível físico como psicológico. As pessoas procuram, no seu local de trabalho, realização pessoal e profissional, com satisfação das suas necessidades de auto-estima e auto-realização. A este respeito, Araújo (2007, pág. 39) refere que é “pelo trabalho que as pessoas acabam por defender, de forma holística, o seu equilíbrio psico-fisiológico e social, construindo a sua saúde”, podendo deste modo o trabalho constituir um factor de equilíbrio do indivíduo, mas também noutras situações ser um factor de instabilidade na saúde do trabalhador.

Alterações profundas nas características do mercado de trabalho têm-se verificado. Factores como a flexibilidade de emprego, a competitividade e a rápida evolução tecnológica num contexto socioeconómico em constante mudança favorecem o desenvolvimento de condutas hostis no dia-a-dia do trabalhador. A nível organizacional novas políticas de gestão e reorganização das empresas exigem ao trabalhador polivalência, eficiência funcional e competitividade (Verdasca, 2010). Este facto levou ao aparecimento de novos riscos psicossociais, considerados ainda emergentes, tais como o stress relacionado com o trabalho, a violência e o assédio moral (Observatório Europeu dos Riscos, 2009, 2010).

Pretende-se com este trabalho caracterizar o fenómeno de assédio moral em enfermagem, dando a conhecer, através de um estudo de caso, o modo como afecta a saúde dos trabalhadores e das organizações.

## 2. Caracterização global do assédio moral

O assédio moral é um assunto de particular relevo na realidade laboral quotidiana, na medida em que é um conflito em escalada que evolui ao longo do tempo. Caracteriza-

se “por ser um processo de estigmatização e privação dos direitos fundamentais do trabalhador. Se tal dinâmica se mantiver durante muito tempo, poderá conduzir à exclusão do mercado laboral, porque o profissional atingido, é incapaz de encontrar um novo emprego devido aos danos psicológicos que lhe foram infligidos” (Leymann, 1996, pág. 165).

Constitui um processo destrutivo das relações inter-pessoais que afecta a vida social e privada do indivíduo. Não se trata, contudo, de um fenómeno novo, pois acontece desde a existência da organização da vida do ser humano em sociedade (Hirigoyen, 2002; Thofehrn, Amestoy, Carvalho, Andrade & Milbrath, 2008; João, 2010).

Define-se por “ofender, excluir socialmente alguém ou afetar negativamente o seu desempenho no trabalho. Os comportamentos negativos associados a este tipo de assédio têm de ocorrer repetidamente e regularmente (semanalmente) e durante um determinado período de tempo (seis meses). O assédio moral é um conflito em escalada, no decorrer do qual o alvo dos referidos comportamentos tem, ou adquire, uma posição de inferioridade e sente dificuldade em se defender com sucesso. Um conflito laboral não pode ser considerado assédio moral se for um incidente isolado ou se as partes envolvidas tiverem o mesmo poder” (Einarsen, Hoel, Zapf & Cooper, 2003, pág. 13).

Surge em ambientes de abuso de poder e processos de afirmação pessoal. Podem, contudo, ser ampliados pelo contexto sócio-económico e pela cultura laboral existente nas organizações. É caracterizado pela insegurança no emprego, pela intensificação do trabalho, pelo aumento da competitividade doentia, pela desumanização das relações de trabalho, pela precariedade e pela reorganização dos serviços. O lucro e o aumento da produtividade são os objectivos primordiais dos gestores, fazendo passar para segundo plano o papel social e humano do trabalho. Desta forma, abrem-se as portas ao aparecimento deste fenómeno, contra e entre os trabalhadores, suas principais vítimas.

A expressão assédio moral é a tradução para o português das designações mobbing e bullying. O primeiro termo, de origem anglo-saxónica, provém do verbo to mob e significa maltratar, desqualificar, atacar e pressionar. Enquanto substantivo, a palavra mob significa multidão ou bando. O conceito de bullying vem do inglês to bully e significa brutalizar, tratar com rudeza. Refere-se a situações de humilhação, vexames ou ameaças. Terá sido utilizado, inicialmente, para designar maus tratos dado por grupos de crianças a outras crianças, alargando-se, mais tarde, à caracterização das agressões observadas no exército, na vida familiar e no mundo do trabalho. Esta terminologia foi introduzida, na psicologia do trabalho, por Lazarus, nos anos 80 (Hirigoyen, 2002).

O termo mobbing terá sido utilizado, pela primeira vez, pelo etnólogo Konrad Lorenz, no seu estudo dedicado a este tipo de comportamentos, em grupos de animais. Na década de 70 do século passado, também o médico sueco Peter-Paul Heinemann utiliza o termo para descrever o comportamento hostil dentro de grupos de crianças em ambiente escolar, quer individualmente quer em grupo.

Atribui-se ao psiquiatra Carrol Brodsky a publicação do primeiro livro sobre assédio moral no local de trabalho - *The harassed worker* - em 1976 (cit. in Einarsen, Hoel, Zapf & Cooper, 2011). Nesta obra, o autor identifica outros tipos de violência persecutória no trabalho, além do assédio sexual ou racial e encontra, nas organizações de trabalho, comportamentos que, aplicados de forma repetida e persistente, causam, nos trabalhadores, medo, desconforto, intimidação e frustração, podendo ir desde a pressão laboral excessiva aos comportamentos de agressão física ou verbal.

Já na década de 1980, Heinz Leymann participou na investigação e conhecimento deste fenómeno, sendo considerados os resultados das suas pesquisas uma referência para a comunidade científica. Nas suas análises, encontrou comportamentos de assédio moral nas relações de trabalho e, baseando-se na obra de Heinemann, adoptou o mesmo conceito para descrever o assédio nas organizações. Leymann foi quem realizou o primeiro estudo empírico sobre este tipo de assédio, tendo os seus trabalhos atraído o interesse para o tema, a nível nacional e internacional. Em 1986, publica o seu primeiro livro, intitulado *Mobbing: psychological violence at work* e, como resultado das suas investigações, vê, em 1993, a Suécia, onde reside, ser o primeiro país a adoptar legislação contra o assédio no local de trabalho. Além disso, destaca-se no campo da investigação, pelo forte compromisso de utilização de uma metodologia objectiva, tendo desenvolvido um instrumento com o objectivo de medir o nível de incidência deste fenómeno, denominado “Leymann Inventory of Psychological Terrorization (LIPT)”. Considerado o impulsionador do conhecimento aprofundado do assédio moral, Leymann conseguiu atrair a atenção de investigadores de outros países, nomeadamente escandinavos, em particular Noruega e Finlândia, que, um pouco mais tarde, viriam a adoptar também legislação específica nesta área.

Outro nome a destacar é Stale Einarsen, considerado, na actualidade, o investigador com maior projecção neste domínio, pelo contributo dado. Ao contrário de Leymann, dá ênfase às vivências das vítimas e ao carácter subjectivo das suas percepções. A sua atenção centra-se na vítima e nas consequências devastadoras que estes comportamentos têm na sua saúde, e não nos comportamentos agressivos dos agressores, cuja conduta é intencional. Para este autor, “uma pessoa é assediada quando é sujeita de forma repetida a actos negativos, estando numa situação em que tem dificuldade em defender-se” (Einarsen, 1996, pág. 14).

Nas últimas duas décadas, verificou-se um crescente interesse por esta temática. Investigadores nas áreas da gestão, psicologia, sociologia e do direito, entre outros, e de diferentes nacionalidades têm deixado importantes contributos para a sua definição, caracterização e interpretação. Investigadores de países como a Finlândia (Bjorkqvist, Osterman & Hielt-Bdck, 1994), Noruega (Einarsen, Matthiesen & Skogstad, 2007; Einarsen & Raknes, 1997), Áustria (Nield, 1996), Reino Unido (Hoel, Rayner & Cooper, 1999) e Alemanha (Zapf, Knorz & Kulla, 1996; Zapf & Leymann, 1996; Zapf & Wolfgang, 1999) têm mostrado a verdadeira dimensão deste fenómeno social, nos mais variados sectores de actividade.

Embora ainda escassa, tem sido uma preocupação crescente por parte de investigadores e profissionais nas diferentes áreas de investigação em Portugal. Podem-se encontrar pesquisas na área da gestão (Verdasca, 2010; Vilas-Boas, 2005), do direito (Pereira, 2009; Redinha, 2003), da medicina (Ferrinho, et al., 2003b; Serra, Ramalheira, Moura-Ramos & Homem, 2005), da enfermagem (Carvalho, 2010; Sá & Fleming, 2008), da psicologia (M. S. Araújo, et al., 2008) e da sociologia (Almeida, 2007).

Não existe, ainda, um consenso generalizado quanto à sua definição nem, tão pouco, quanto à sua nomenclatura. Por exemplo, em Itália, denomina-se *molestie psicologiche*; nos Países Escandinavos, Alemanha, Estados Unidos e Suécia, *mobbing*; em Inglaterra e Austrália, *bullying*, *bossing* ou *harassment*; em Espanha, *acoso moral*, *acoso psicológico* ou *psicoterrorismo laboral*; no Brasil, *assédio psicológico*, *assédio moral* e *mobbing*; em França, *harcèlement moral*; no Japão, *ijime* (*ostracismo social*) e em

Portugal, usam-se os termos assédio moral ou coação moral (M. S. Araújo, 2009; Hirigoyen, 2002).

O processo de assédio começa, geralmente, de forma insidiosa, mas rapidamente atinge um ponto, cujo retorno se torna difícil para a vítima. A sua origem difere em função do agressor. É importante, por isso, distinguir o assédio proveniente do empregador daquele que vem da hierarquia. Assim, podemos distinguir os seguintes tipos de assédio:

- Assédio vertical descendente. Provém da hierarquia e origina consequências mais graves para o trabalhador do que o assédio provocado por colegas, em virtude de a vítima se sentir ainda mais isolada e sem meios, nem condições para resistir. Dentro deste tipo de assédio, podem identificar-se, ainda, alguns subtipos, a saber:
  - Assédio perverso, no qual o agressor adopta comportamentos com a pura finalidade de destruir o outro e valorizar o seu poder;
  - Assédio institucional, considerado pelos gestores como um instrumento de gestão de pessoal;
  - Assédio estratégico, que não é mais do que uma forma de obrigar o funcionário a demitir-se, sem ter a empresa de assumir quaisquer responsabilidades, relativamente aos procedimentos obrigatórios de um despedimento.
- Assédio horizontal. Tem a sua origem em colegas de trabalho e, muitas vezes, ocorre quando, numa situação de rivalidade, um trabalhador pretende distinguir-se do colega.
- Assédio misto. Acontece quando o processo de assédio provocado por um colega de trabalho (assédio horizontal) se prolonga no tempo e a hierarquia nada faz para o travar, tornando-se cúmplice da situação.
- Assédio ascendente. Apesar de não ser tão frequente, é tão demolidor, em termos de consequências, quanto os outros. Nestes casos, é o superior hierárquico o assediado por um ou vários subordinados. Os assediadores utilizam, habitualmente, como argumentos a falsa alegação de assédio sexual, com o objectivo de desqualificar e destruir a reputação do assediado, concorrendo para o efeito as reacções colectivas de grupo, quando não aceita e pretende ver livre do superior.

Ao longo dos últimos anos, a subjectividade e a dificuldade em tornar esta problemática mensurável, levou alguns investigadores a criarem instrumentos de medição, fundamentais para a operacionalização do conceito e conhecimento da verdadeira dimensão empírica do fenómeno (Verdasca, 2010). De todos os instrumentos de avaliação, o "Leymann Inventory Psychological Terrorization" (LIPT) e o "Negative Acts Questionnaire" (NAQ) foram os que tiveram maior relevância.

Em Portugal, surgiu a Escala Portuguesa de Mobbing (EPM), uma escala de auto-avaliação de tipo likert (escala de resposta psicométrica), com o objectivo de conhecer e avaliar o grau de gravidade dos comportamentos de mobbing no local de trabalho (Serra, et al., 2005), existindo também uma adaptação do «Negative Acts Questionnaire», para a realidade portuguesa, elaborada por M. S. Araújo, Mcintyre & Mcintyre, (2004).

## 2.1. Modelo interpretativo

Tem sido preocupação dos investigadores do assédio moral no trabalho conhecer as causas que expliquem a ocorrência deste fenómeno. Os autores centram a explicação em factores de vária ordem: (a) relacionados com as características individuais, quer da personalidade da vítima, quer da personalidade do agressor; (b) a nível da relação entre as pessoas; (c) organizacionais; (d) socioeconómicos. Todo este processo é encarado como um fenómeno de relação entre pessoas, influenciado por estas variáveis (Hoel & Cooper, 2001). Existem ainda modelos explicativos da ocorrência deste fenómeno, através da interacção dos factores anteriormente citados (Einarsen, et al. 2011; Poilpot-Rocaboy, 2006; Salin, 2006).

Einarsen (2000) propôs um modelo teórico para o seu estudo, segundo o qual a escalada deste conflito é resultado da interacção de diversos factores. Trata-se de um modelo multi-causal que permite a compreensão do papel desempenhado pela organização no processo de assédio moral, mas não o restringe ao factor organizacional a explicação e interpretação do aparecimento e desenvolvimento do processo. Abrange os seguintes factores:

- individuais, relacionados quer com o comportamento adoptado pelo agressor quer pela percepção e reacções da vítima;
- interpessoais, resultantes das relações entre o agressor e a vítima e os mecanismos de coping utilizados pela vítima;
- grupais, observados pela manifestação de condutas hostis de um determinado grupo para com a vítima, por não a considerar pertença desse mesmo grupo;
- organizacionais, dos quais se destacam variáveis como uma cultura instalada permissiva para com este tipo de comportamentos e um clima organizacional competitivo;
- culturais e sócio-económicos, onde se incluem aspectos relacionados com a cultura dos trabalhadores, bem como factores históricos, económicos e legais.

O autor acrescenta, ainda, factores que afectam o comportamento do agressor, aquando do seu objectivo em assediar a vítima, e factores que afectam as percepções e as respostas da vítima a esses comportamentos. Por isso, a particularidade deste modelo reside em fazer uma clara distinção entre a identificação objectiva da natureza e causas do assédio, por um lado, e a identificação subjectiva dessas mesmas causas segundo as percepções do alvo, por outro.

Os vários modelos interpretativos do assédio moral parecem constituir tentativas para uma melhor compreensão deste fenómeno. Os factores que podem precipitar a sua ocorrência não actuam de modo isolado. Pelo contrário, o assédio moral resulta da acção dinâmica entre várias variáveis, nomeadamente as características individuais da vítima, do agressor e da própria organização. A personalidade da vítima e do agressor, a percepção da vítima aos comportamentos e o modo como a organização se comporta face a este problema são também aspectos centrais, na interpretação dos modelos, cujo objectivo final é, além de uma melhor compreensão do fenómeno, a possibilidade de intervir, em tempo oportuno, contra o assédio moral e, assim, evitar ou, já não possível, pelo menos minimizar as consequências negativas que ele acarreta para o indivíduo, a organização e a sociedade.

## 2.2. Assédio moral na enfermagem

O assédio moral tem sido pouco estudado no que diz respeito à profissão de enfermagem. Segundo Sá (2008), constitui um problema, disseminado nos vários sectores de prestação de cuidados, que pode originar um clima prejudicial ao bem-estar dos enfermeiros, conduzindo a estados de má saúde mental, com elevados custos para a organização, com reflexos na qualidade dos serviços.

Com base no trabalho realizado por Nordin em 1995, citado por Di Martino (2002) a violência, no sector da saúde, corresponde a um quarto das ocorrências em contexto laboral e segundo este autor, Apesar de afectar todos os sectores e categorias profissionais, é no sector da saúde que apresenta maior expressão, tendo os enfermeiros três vezes mais a probabilidade de serem vítimas deste tipo de violência que os trabalhadores de outros grupos profissionais (Di Martino, 2002).

Por sua vez, Barbosa [et al.] (2011) afirmam que se trata de um problema multidimensional, generalizado, prevalente e com um preocupante impacto na saúde física e mental dos profissionais de saúde, podendo afectar negativamente o seu desempenho profissional e, conseqüentemente, a qualidade dos cuidados prestados. Pode, além disso, influenciar o enfermeiro, de modo a ser obrigado a abandonar a profissão.

Neste contexto, Ferrinho [et al.] (2003a) realizaram um estudo em Portugal, com o objectivo de caracterizar o fenómeno de violência em profissionais de saúde. Para o efeito, o autor recorreu, em termos metodológicos, à consulta de documentos, questionários, entrevistas (com os vários intervenientes no processo) e estudos de caso, realizados em ambiente hospitalar (277 trabalhadores), num centro de saúde (212 funcionários) e num centro de atendimento de uma equipa de saúde mental comunitária (9 trabalhadores). Os tipos de violência (física e psicológica), mais frequentes, encontrados neste estudo foram a violência verbal, física, sexual, discriminatória e o assédio moral. As principais conclusões referem que mais de metade dos profissionais de saúde questionados, viveram, pelo menos, um episódio de violência física ou psicológica, nos doze meses anteriores ao estudo, com o assédio moral a apresentar uma incidência de 17%, em ambiente hospitalar, e 23% em contexto de centro de saúde. As vítimas são maioritariamente do sexo feminino e os enfermeiros são o grupo profissional, cuja incidência nos diferentes tipos de assédio é maior.

Apesar da real extensão da situação ser desconhecida, pesquisas elaboradas pela Fundação Europeia para a melhoria das condições de vida e de Trabalho sugerem que se trata de um problema que tem vindo progressivamente a aumentar. Provoca efeitos adversos não só no trabalhador, mas também na empresa e na sociedade em geral, com custos financeiros para a mesma. No seu relatório para a melhoria das condições de vida e do trabalho, surgem como factores que contribuem para o aparecimento deste tipo de violência, as mudanças organizacionais, a liderança, a cultura organizacional e as mudanças socioeconómicas do país, nomeadamente em períodos de crise. Embora seja fundamental identificar os factores organizacionais que possam prever o assédio moral, trata-se de uma tarefa difícil na medida em que os métodos pelos quais são recolhidas tais informações não permitem obter dados subjectivos e para além disso, são questões sociais difíceis de apreender através de inquéritos ou questionários, sendo que os questionários não conseguem captar a natureza dos problemas (Di Martino, Hoel & Cooper, 2003).

Os Quadros 1 e 2 que se seguem mostram-nos a evidência empírica a nível internacional e nacional respectivamente. Neles encontram-se listados o autor, ano do estudo, país, a dimensão da amostra de enfermeiros ou alunos de enfermagem e a metodologia utilizada. Os estudos são maioritariamente de cariz quantitativo de amostras significativas. Estes utilizam como instrumento de recolha de dados o questionário, enquanto os restantes estudos aplicam abordagens qualitativas recorrendo a entrevistas. Em Portugal, o interesse pelo estudo deste fenómeno surge mais tarde, já que as primeiras investigações datam a partir de 2008. As amostras são na maioria entre as 200 e as 420 observações e o método de estudo é o quantitativo, tendo sido escolhido como instrumento de recolha de dados o questionário LIPT ou o NAQ.

**Quadro 1: Evidência empírica internacional**

Autor	Ano	País	Amostra	Metodologia
Quine	2001	Reino Unido	177	Quantitativo – questionário
Stevens	2002	Austrália	Estudo de caso	
Randle	2003	Reino Unido	57 alunos (1º ano) 39 alunos (finalistas)	Qualitativo – entrevista
Fornés et al	2004	Espanha	65	Quantitativo – questionário
Eriksen et al	2006	Noruega	5076	Quantitativo – questionário
Ball, Pike, e Bradley	2006	Reino Unido	6000	Quantitativo – questionário
Kwok et al	2006	China	420	Quantitativo – questionário
D. Yildirim	2009	Turquia	286	Quantitativo – questionário
Castéllon	2011	Chile	13	Qualitativo – entrevista

**Quadro 2: Evidência empírica nacional**

Autor	Ano	Amostra	Metodologia
Sá	2008	416	Quantitativo - questionário (NAQ)
Branco	2008	203	Quantitativo - questionário (LIPT-60)
João	2009	210	Quantitativo - questionário (LIPT-60)
Carvalho	2010	399	Quantitativo - questionário (LIPT-60)
Saraiva e Pinto	2011	52	Quantitativo - questionário (LIPT-60)

As organizações têm-se transformado em palcos de acções humilhantes, onde surgem os problemas físicos e psíquicos que atingem sobretudo o trabalhador. É necessário recuperar a qualidade de vida no trabalho, pela construção de um ambiente humanizado e promotor de espaços que estimulem a discussão, preservando a componente multidimensional de cada indivíduo e aceitando a subjectividade de cada enfermeiro. Só é possível alcançar a humanização dos cuidados de enfermagem se houver humanização nas relações entre os seus profissionais. Os escassos incentivos dados aos enfermeiros para a sua formação, reforçam, assim, a pouca importância atribuída à subjectividade de cada um (Thofehr et al. 2008). Estes autores afirmam ainda que “o que se vê, constantemente, nos serviços de saúde, é a ocultação e negação dos aspectos que envolvem a subjectividade e a complexidade do profissional, bem como as questões que envolvem o prazer e o sofrimento no trabalho” (pág. 599).

É de considerar, por fim, que o desconhecimento, por um lado, desta problemática no âmbito laboral da enfermagem, e, por outro, das formas de reagir e que medidas adoptar, poderão estar também na génese deste tipo de comportamentos, nas instituições de saúde.



### 3. Medidas preventivas

As organizações são locais privilegiados para o aparecimento do assédio moral. É necessário implementar medidas que previnam ou combatam a ocorrência deste fenómeno, dadas as consequências negativas que andam associadas, sejam elas de natureza individual ou organizacional. Afecta a segurança e a saúde dos trabalhadores sendo proibido no contexto laboral português através da legislação laboral em vigor ("Revisão do Código do Trabalho," 2009).

É fundamental a aplicação de políticas nacionais e comunitárias que reforcem a saúde e o bem-estar dos trabalhadores. Uma boa saúde no trabalho constitui um importante contributo para a saúde geral dos seus trabalhadores, por um lado, e para o crescimento e sucesso da organização, por outro.

Neste processo, devem estar envolvidos a vítima, o agressor, cúmplices passivos, sindicatos, empresa e as entidades públicas com função de fiscalização e reguladora das condições e ambiente de trabalho (Fornés, Femenia & Garcia, 2004).

Integrada na política de medidas tendentes a preservar a saúde e segurança dos trabalhadores, foi criada pela Comissão Europeia, a Directiva 89/391 (1989). Segundo esta, as entidades patronais são responsabilizadas pela preservação da saúde dos seus trabalhadores, impedindo que os mesmos sejam prejudicados por motivos relacionados com o trabalho, inclusive os de natureza ou no âmbito do assédio moral. As empresas devem consultar os seus trabalhadores ou os seus representantes, no sentido de avaliar os riscos de assédio moral, bem como concentrar esforços na prevenção de situações de assédio moral e empreender as acções necessárias contra os seus eventuais danos (EU-OSHA, 2002).

A adopção de medidas preventivas é indispensável para se evitar um ambiente de trabalho destrutivo. Segundo a EU-OSHA (2002), o desenvolvimento de uma cultura organizacional, baseada no combate ao assédio moral, deve-se pautar pelas seguintes normas e valores:

- sensibilização de todas as pessoas para o problema;
- investigação da dimensão e natureza do problema;
- formulação de uma política, com orientações claras em prol de interacções sociais positivas;
- difusão eficaz das normas e valores organizacionais, a todos os níveis da organização (manuais do trabalhador, boletins informativos, reuniões de informação);
- assegurar que todos os trabalhadores observem as normas e valores organizacionais;
- desenvolver a responsabilidade e a competência das chefias, nas áreas da resolução de conflitos e da comunicação;
- criar um contacto independente para os trabalhadores;
- levar os trabalhadores e os seus representantes a participarem na avaliação de riscos e na prevenção do assédio moral.

Também a OMS propôs em 2003, a adopção de medidas semelhantes às anteriores, acrescentando a importância da criação de legislação específica com i) a implementação de medidas preventivas para a ocorrência deste fenómeno, ii) medidas de protecção às vítimas capazes de denunciar o assédio, iii) suporte monetário e de reinserção laboral nas

situações mais graves, e, iv) medidas de punição para os agressores e empregadores, na medida em que estes últimos permitiram o assédio (Milczarek, 2010).

Relativamente à posição das organizações, é necessário que os gestores das instituições de saúde conheçam o assédio moral, de forma a poderem intervir, oportuna e eficazmente. Considera-se a mudança de mentalidades, ao nível dos cargos de gestão e administração, fundamental, porque uma organização preocupada com as condições de saúde e bem-estar dos seus trabalhadores, promove um ambiente de trabalho saudável, aumenta o rendimento e a produtividade, com reflexos nos cuidados de enfermagem prestados e nos bons resultados económicos.

Segundo Costa, Xavier e Brasileiro (2010) as organizações devem alterar a sua cultura organizacional através da reeducação de valores, incentivo à prática do diálogo e implementação de um código de ética e de conduta a todos os profissionais incluindo chefes, baseado no companheirismo e respeito mútuo.

Deve investir-se em políticas de prevenção, estabelecendo nas instituições de saúde programas de monitorização do assédio moral. Estabelecer mecanismos de regulação, com a colaboração de técnicos qualificados e direccionados para o tema, será essencial, tendo em vista a criação de uma cultura de tolerância zero neste domínio (Saraiva & Pinto, 2011).

A prevenção deverá incidir nas características laborais dos enfermeiros, nomeadamente i) proporcionar um ambiente de trabalho com baixo nível de stress, ii) transmitir suficiente autonomia, iii) desenvolver nos líderes habilidades e competências na gestão de conflitos, e, iv) estabelecer regras na instituição que permitam ao enfermeiro denunciar este tipo de situações. Também a implementação de estratégias de intervenção com programas de formação e informação a todos os profissionais, será interessante, permitindo deste modo formar grupos de apoio ou de auto-ajuda psico-social (Carvalho, 2010). Devem ainda ser criados espaços de discussão entre os vários elementos da organização e criar um sistema de gestão de riscos psicossociais. A criação de estruturas técnicas, com representantes dos trabalhadores e da entidade patronal, com uma conduta orientada para a protecção e sobretudo a promoção da saúde dos trabalhadores, contrariando a ideia da existência destes serviços apenas para a prestação de cuidados de saúde resultantes de situações de doença física.

Quanto ao trabalhador vítima, a denúncia do agressor é a melhor forma de combater a ofensa e de evitar novas vítimas. Na maioria das vezes o medo da demissão e o aparecimento de represálias inibem a reacção do trabalhador, levando-o ao isolamento. Este profissional tem de perceber que o silêncio não o protege e que tal comportamento, pelo contrário, antes protege, de forma consciente ou inconsciente, o agressor. É fundamental que o profissional tenha consciência de que não está sozinho, devendo, por isso, mobilizar-se no enfrentamento do problema e que existe uma mobilização do mesmo para o enfrentar. É uma questão que também diz respeito aos direitos humanos, em geral, e aos seus direitos laborais, em particular.

Os comportamentos de assédio moral no ambiente de trabalho dos enfermeiros são muitas vezes aceites e reproduzidos, por fazerem parte da cultura organizacional (Fontes, Pelloso, & Carvalho, 2011). Tal situação leva-nos mais uma vez a considerar da importância de consciencializar estes profissionais relativamente aos efeitos prejudiciais deste fenómeno na sua saúde e conseqüente desempenho de funções sendo importante a adopção de estratégias de coping.

De um modo geral, pretende-se, com todas estas medidas, que o local de trabalho seja um espaço que proporcione a melhor saúde mental e bem-estar dos seus trabalhadores, em particular os enfermeiros, reflectindo-se, positivamente, na prestação de cuidados de qualidade e, de um modo global, numa eficiente gestão organizacional das instituições de saúde. Assim sendo, para a boa implementação de medidas preventivas é necessária a compreensão adequada do fenómeno. Análises qualitativas de casos de estudo permitem compreender uma dimensão da vivência pessoal da vítima que de outra forma não seria possível de captar por métodos quantitativos. No caso de estudo apresentado neste trabalho, as vítimas relataram por escrito episódios continuados de assédio moral e como estes influenciaram a sua vida, o seu trabalho e a organização.

#### **4. Estudo de caso**

Apresenta-se agora, como exemplo do fenómeno do assédio, um estudo que pretendeu conhecer o contexto organizacional onde acontece o assédio moral em enfermagem e de que modo o assédio afecta a saúde dos seus profissionais e organizações (Marques, 2014). A selecção dos participantes efectuou-se através da amostragem por redes, também designada de amostragem em “bola de neve”, em que os dois primeiros informantes sugeriram o nome de outras pessoas. Os contactos foram efectuados sempre por correio electrónico, por forma a garantir a privacidade e distância necessária do participante. A confidencialidade da informação, a garantia do anonimato e o interesse em participar foram assegurados através de consentimento informado. A escolha da estratégia para a recolha de dados recaiu sobre a narrativa, através da redacção de um relato, por se considerar permitir ao informante transmitir a sua vivência e percepção sobre o fenómeno. Assim, depois de confirmado o seu interesse em participar no estudo, a cada informante foi enviado um documento orientador onde foram indicados os aspectos mais importantes a abordar, nomeadamente, a caracterização da sua pessoa, do agressor, da organização, do processo de assédio e das consequências deste fenómeno para todos.

Obeve-se o relato escrito de seis enfermeiros vítimas de assédio moral. Quatro (4) são do género feminino e (2) masculino, com idades compreendidas entre os 27 e os 45 anos e uma experiência profissional entre os 4 e os 22 anos. Dois enfermeiros exercem a sua actividade na função pública e quatro no privado. Os agressores são (2) do género feminino e (4) masculino, e o assédio praticado foi do tipo horizontal num relato, sendo os restantes cinco do tipo descendente.

Os dados foram depois classificados em unidades, categorias (elaboradas através da análise de conteúdo e suportadas em regras pré estabelecidas para o estudo) e temas, interpretando-os e relacionando-os, por forma a uma melhor compreensão do contexto deste fenómeno no ambiente de trabalho.

No que se refere aos resultados obtidos, foram estruturados de forma a caracterizar a vítima, o agressor e a organização. Os Quadros 3 a 5 sintetizam toda a informação obtida a partir dos relatos dos participantes, verificando-se que os resultados deste estudo vêm ao encontro do modelo explicativo proposto por Einarsen (2000). Assim, foi possível identificar as causas e a natureza deste fenómeno, respeitando a subjectividade dos profissionais que a perceberam. À semelhança deste modelo, observa-se neste estudo a interacção de diversos factores, nomeadamente ao nível da organização bem

como relativos à vítima e ao agressor, quer a nível individual, quer de relação interpessoal.

**Quadro 3: Elemento Vítima**

<b>Personalidade</b>	<b>Características Profissionais</b>	<b>Relação com a equipa multidisciplinar</b>
Calma Introversa Extroversa	Motivação Dinamismo Competência	Saudável Não saudável Fuga ao conflito
<b>Reacção ao conflito</b>	<b>Implicações do assédio</b>	<b>Recursos utilizados</b>
Comportamento activo Comportamento passivo Comportamento de negação	Ao nível físico Ao nível psíquico Ao nível familiar Ao nível sócio-económico Ao nível profissional	Dentro da Organização: Serv. de saúde ocupacional Superior hierárquico Colegas/pares Fora da organização: Família Psicólogo Médico Sindicato Desporto

As características individuais da vítima, podem ter um forte impacto na percepção e reacção dos comportamentos do agressor, mas não pode constituir, em si mesma, justificação para o comportamento deste, para além de que não existe um “modelo tipo” de vítima (Einarsen, 2000).

Verificam-se mudanças no modo de reagir ao longo do processo de assédio à semelhança de outros estudos (Rahim, 2002; Rusbult, Farrell, Rogers & Mainous III, 1988; A. Yildirim & Yildirim, 2007; D. Yildirim, 2009), sendo que os enfermeiros com vínculo estável, mais experientes e de hospitais públicos, mantiveram uma atitude activa na resolução do problema, culminando na transferência de serviço. Os com vínculo precário e poucos anos de profissão passaram de um comportamento activo para passivo (permanência no serviço) e posteriormente demissão e abandono da profissão. Os trabalhadores do privado, independentemente do vínculo, adoptaram no final um comportamento passivo.

As dimensões afectadas confirmam os resultados apresentados por outros investigadores (Carvalho, 2010; João, 2010; Sá, 2008; Saraiva & Pinto, 2011) e vêm mostrar que o assédio moral marca definitivamente a vida de um indivíduo com consequências graves para a sua saúde, bem como para a sua vida familiar, sócio-económica e profissional.

Os trabalhadores em situação de precariedade e inexperiência laboral, não recorrem ao apoio institucional, não referem qualquer tipo de apoio ou apenas recorreram a colegas e família e os trabalhadores com vínculo estável e mais experientes procuraram apoio dentro e fora da instituição (Hart & Hazelgrove, 2001; Nield, 1996; Rahim, 2002).

Os resultados vêm ao encontro de outros estudos em que o assédio está associado a abuso de poder e manipulação perversa podendo estar aqui implícito a existência de um comportamento micro-político (Fornés, 2001; Hirigoyen, 2002; Zapf, Einarsen, Hoel & Vartia, 2003). A ameaça à auto-estima associado a fracas competências sociais, desencadeia no agressor acções de afirmação pessoal (Zabala, 2001; Zapf et al., 2003) e os comportamentos adoptados têm como objectivo destabilizar, desacreditar e desprestigiar a vítima (Carvalho, 2010; Sá, 2007).

Sabendo que a profissão de enfermagem é predominantemente exercida por enfermeiras, compreende-se que, quando a agressão é efectuada por colegas ou chefes de enfermagem, o género do agressor seja feminino. No caso das instituições privadas, haverá uma maior proximidade entre os cargos de gestão/administração de topo, devido à inexistência de cargos intermédios ou hierarquia plana. Estes cargos de topo são predominantemente exercidos por homens na sociedade portuguesa.

**Quadro 4: Elemento Agressor**

Motivos comportamentais	Comportamentos de assédio
Ameaça à auto-estima Micro-político	Monitorização do trabalho Mudança ou afastamento de tarefas Críticas persistentes Humilhação Intimidação Sobrecargas de trabalho Indução à ocorrência de erros Recusa de comunicação Punições Difusão de rumores Isolamento Agressão verbal

As condutas de assédio são percepcionáveis pela vítima como actos de desprezo, na forma de humilhação e monitorização do trabalho. Caso o agressor seja um superior hierárquico, é-lhe permitido agravar o acto de agressão de desprezo, com recurso a actos de penalização. Esses actos podem assumir formas como mudança ou retirada de tarefas, isolamento, punições, críticas persistentes, entre outras, o que vem de encontro a outros estudos (Carvalho, 2010; Fornés, et al., 2004; Revuelta & Abuín, 2003). Verifica-se que o agressor usa, frequentemente, a agressão verbal e o seu poder hierárquico, no sentido de impedir a comunicação e a possibilidade da vítima se defender. Utiliza um maior número de estratégias para atingir a vítima e à medida que diversifica o tipo de comportamentos hostis, tende a aumentar a sua gravidade.

**Quadro 5: Organização**

Cultura da organização	Clima organizacional
Deficiente estrutura hierárquica Deficiente comunicação Ausência de incentivos motivacionais Tipo de liderança: Autocrática, Laissez faire Reduzidas competências dos gestores	Competição Servilismo Inexistência de trabalho em equipa Deficiente gestão de conflitos Antecedentes de assédio na organização
Comportamentos de outros profissionais	Implicações do assédio
Apoio ao agressor Apoio à vítima Passivo	Custos directos: Absentismo  Custos indirectos: Mudança de chefia Rotatividade Empobrecimento de relações de trabalho Redução do compromisso do trabalhador  Custos intangíveis: Má imagem Deficiente prestação de cuidados Mau ambiente de trabalho

As características de determinada cultura, com reflexo no seu clima organizacional, são factores potenciadores de um contexto favorável à ocorrência de assédio. Os resultados deste estudo vêm confirmar que práticas de gestão pouco claras, ou até perversas como o servilismo ou antecedentes de assédio na organização, representam, de modo implícito, uma autorização para a prática de comportamentos individuais desumanos nas empresas. A ausência de uma regulação interna do ambiente de trabalho, relativamente aos comportamentos e métodos adoptados, origina ou facilita um mecanismo de permissão a estas condutas, em que o poder dos chefes não tem limites, bem como aquilo que exigem dos seus empregados (Ball, Pike & Bradley, 2006; Eriksen, Tambs & Knardahl, 2006; Guedes, 2005; Hirigoyen, 2002; Luna, 2003). Um ambiente conflituoso influencia e favorece o desenvolvimento do assédio moral e, tal como refere Guedes (2005, p. 75), caracteriza-se pelo «culto de relações pouco transparentes, ambíguas, dissimuladas». Também o estudo de Carvalho (2010) conclui que a percepção negativa do ambiente de trabalho influencia os diferentes comportamentos de assédio, em particular o desprestígio laboral e o bloqueio à comunicação. Um ambiente conflituoso, agressivo, conservador e preconceituoso, propicia à prática de condutas pouco éticas, hostis e humilhantes, no contexto laboral dos enfermeiros. Thofehrn [et al.] (2008) observam, por sua vez, que o incentivo descontrolado à competitividade, determina condutas de assédio provenientes de colegas ou de superiores hierárquicos.

Para Fornés [et al.] (2004), também os cúmplices passivos devem ser envolvidos e responsabilizados por este conflito. Os relatos das vítimas demonstram volatilidade no que diz respeito ao seu comportamento, face a este fenómeno, durante o seu processo. Esse tipo de comportamento passa por apoiar a vítima, o agressor ou por passividade. O comportamento de apoio ao agressor poderá estar relacionado com a dependência dos outros profissionais deste indivíduo, nomeadamente se se tratar de um superior hierárquico. Por outro lado, o comportamento passivo de alguns colegas poderá apenas indicar a sua vontade ou necessidade em não estar envolvidos no conflito. De acordo com Hirigoyen (1999), os colegas da vítima, por cobardia, egoísmo ou medo, preferem manter-se à margem destes conflitos.

Um ambiente de trabalho não saudável, sob o ponto de vista psicológico, promove a diminuição da produtividade, provoca danos psicológicos nos seus funcionários e conduz a um maior absentismo.

Verifica-se a existência de custos directos, indirectos e intangíveis para a organização, como implicações resultantes do assédio. Salienta-se a noção de má imagem, associada à empresa, decorrente da existência deste fenómeno. Como custos directos, é possível referir o absentismo. De entre os custos indirectos salienta-se o empobrecimento das relações de trabalho, a rotatividade e mudança de chefias. A permanente mudança destes profissionais obriga a períodos de integração, formação e quebras de produtividade, aos quais estão associados gastos para a organização.

O assédio moral acontece independentemente das características pessoais ou profissionais da vítima. Já o agressor tem segundo as narrativas como objectivo destabilizar, psicologicamente, o enfermeiro, através de condutas que o agridem pessoal e/ou profissionalmente. Na maioria dos casos, verifica-se ser o agressor um superior hierárquico. Em apenas um relato o agressor é um colega. Quanto maior for o número de estratégias utilizadas pelo agressor, maior é a gravidade das consequências para a vítima, com reflexos na sua saúde física e mental, a nível familiar, profissional e sócio-económico. As vítimas com vínculo laboral estável e com maior experiência profissional

solicitaram ajuda dentro e/ou fora da instituição, ao contrário dos enfermeiros mais jovens e com vínculo precário. As organizações com práticas de gestão pouco claras favorecem uma cultura potenciadora da ocorrência de assédio moral, tratando-se de um fenómeno com maior expressão nas instituições privadas, onde se destaca um comportamento de natureza micro-político, por parte dos gestores.

Os actos de assédio levam a um empobrecimento das relações humanas (formais e informais) dentro da organização. Consequentemente, a dedicação do trabalhador ao trabalho diminui, comprometendo a qualidade da prestação dos cuidados, quer através do acto individual quer da equipa e de um modo global compromete a imagem da empresa.

## 5. Conclusões

É necessário e urgente construir ambientes de trabalho saudáveis, nos quais exista uma preocupação com a saúde física e mental dos seus profissionais e, acima de tudo, respeito pela dignidade humana.

É fundamental a mudança de mentalidades por parte de gestores e trabalhadores. Os primeiros, porque são os responsáveis pela regulação da cultura e ambiente organizacional; os segundos, porque ao não denunciarem as situações de assédio moral (pessoal e/ou de terceiros) estão a ser permissivos e coniventes com os comportamentos do agressor, por um lado, e a contribuir para que o fenómeno continue a aumentar e, eventualmente, a tornar-se normal, na sociedade. Deverão ser implementadas, nas organizações, campanhas de informação e formação de combate a este e outros riscos psicossociais. Estas intervenções não deverão ter apenas fins preventivos, mas constituir, igualmente, condutas de natureza reabilitativa, nas situações em que o fenómeno já esteja instalado.

O assédio moral é um novo risco laboral, de natureza psicossocial, com consequências graves e duradouras, a nível individual, familiar, sócio-económico e organizacional. No caso dos enfermeiros, prejudica a saúde física e mental do profissional, com consequências e reflexos nefastos no seu desempenho profissional, na sua produtividade e consequente qualidade dos cuidados prestados. Tem implicações negativas no atendimento e satisfação dos pacientes, atingindo também a organização através da sua má imagem pública. Apresenta ainda custos acrescidos com formação e integração de novos profissionais, absentismo e perdas indirectas como é o caso do empobrecimento das relações de trabalho.

Os factores organizacionais, associados a uma deficiente comunicação, deficiente gestão de conflitos, competitividade, deficiente estrutura hierárquica, liderança autocrática e reduzidas competências dos gestores, são potenciadores de um clima propício à ocorrência de assédio.

Consciencializar todos da sua existência e da gravidade das suas consequências, permitirá criar práticas que permitam detectar o seu aparecimento, denunciar a sua existência e, acima de tudo, desenvolver formas de actuar, eliminando-o das relações laborais e promovendo uma cultura de respeito e dignidade no local de trabalho.

## 6. Referências

Almeida, P. P. (2007). Assédio moral no trabalho: Resultados de um estudo. *Revista Dirigir*, 98, 42-47.

- Araújo, C. (2007). Sofrimento físico, psíquico e moral no sector do calçado em Portugal: Contributos para uma psicodinâmica do trabalho. *Laboreal*, 3(1), 39-41.
- Araújo, M. S. (2009). Preditores Individuais e Organizacionais de Bullying no Local de Trabalho. Tese de Doutoramento, Universidade do Minho, Faculdade de Psicologia, Braga.
- Araújo, M. S., McIntyre, S. E. & McIntyre, T. M. (2004). Portuguese adaptation of the negative acts questionnaire: Preliminary results. Artigo apresentado em 4th International Conference on Bullying and Harassment in the Workplace, Bergen, Norway. Consultado em <https://bora.uib.no/handle/1956/2383>
- Araújo, M. S., McIntyre, S. E. & McIntyre, T. M. (2008). Bullying at workplace: Prevalence, individual and organizational consequences. Artigo apresentado em 6 Conférence internationale sur Le Harcèlement Psychologique/Moral au Travail, Montreal, Canada. Consultado em [http://www.bullying2008.uqam.ca/documents/montreal\\_book\\_abstracts.pdf](http://www.bullying2008.uqam.ca/documents/montreal_book_abstracts.pdf)
- Ball, J., Pike, G., & Bradley, M. (2006). At break point? A survey of the well being and working lives in nurses in 2005. London: Royal College of Nursing.
- Barbosa, R., Labrocini, L. M., Sarquis, L. M. M. & Mantovani, M. d. F. (2011). Violência psicológica en la práctica profesional de la enfermera. *Revista da Escola de Enfermagem da UPS*, 45(1), 26-32.
- Bjorkqvist, K., Osterman, K. & Hielt-Bdck, M. (1994). Aggression Among University Employees. *Agressive Behavior*, 20, 173-184.
- Branco, C. (2008). Assédio Moral: O Risco Psicossocial em Meio Laboral. Monografia, Instituto Politécnico de Portalegre, Portalegre.
- Carvalho, G. D. (2007). Mobbing: Assédio moral em contexto de enfermagem - estudo preliminar. *Revista Investigação em Enfermagem*, 15, 43-45.
- Carvalho, G. D. (2010). Mobbing: Assédio moral em contexto de enfermagem. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 21, 28-42.
- Castellón, A. M. D. (2011). Violência laboral em enfermeiras: Explicações e estratégias de enfrentamento. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(1), 1-8.
- Chiavenato, I. (1999). Gestão de Pessoas: O novo papel dos recursos humanos nas organizações. Rio de Janeiro: Editora Campus.
- Costa, C. C. S., Xavier, C. V. & Brasileiro, M. E. (2010). Acções de enfermagem diante do assédio moral no ambiente de trabalho. *Revista Electrónica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição*, 1(1), 1-15. Consultado em <http://www.ceen.com.br/revistaelectronica>
- Di Martino, V. (2002). Workplace violence in the health sector: Country case studies. Genève: International Labour Office, International Council of Nurses, World Health Organization, Public Services International.
- Di Martino, V., Hoel, H., & Cooper, C. L. (2003). Preventing violence and harassment in the workplace. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
- Directiva 89/391/CEE do Conselho, de 12 de Junho de 1989, 89/391/CEE C.F.R. § II (1989).
- Einarsen, S. (1996). Bullying and Harassment at Work: Epidemiological and Psychosocial Aspects. University of Bergen, Bergen.
- Einarsen, S. (2000). Harassment and bullying at work: A review of the Scandinavian approach. *Aggression and Violent Behavior*, 5(4), 379-401.
- Einarsen, S., Hoel, H., Zapf, D. & Cooper, C. L. (2003). The concept of bullying at work: the European tradition Bullying and Emotional Abuse in the Workplace: International perspectives in research and practice (pp. 3-30). London: Taylor & Francis.



- Einarsen, S., Hoel, H., Zapf, D. & Cooper, C. L. (2011). The concept of bullying and harassment at work: The European tradition. In S. Einarsen, H. Hoel, D. Zapf & C. L. Cooper (Eds.), *Bullying and Harassment in the Workplace: Developments in Theory, Research, and Practice* (2nd ed., pp. 3-39). Boca Raton: CRC Press: Taylor & Francis.
- Einarsen, S., Matthiesen, S. B. & Skogstad, A. (2007). Organizational Changes: A Precursor of Bullying at work?, *International Journal of Organization Theory and Behavior*, 10(1), 58-94.
- Einarsen, S. & Raknes, B. I. (1997). Harassment in the workplace and the victimisation of men. *Violence and Victims*, 12(3), 247-263.
- Eriksen, W., Tambs, K. & Knardahl, S. (2006). Work factors and psychological distress in nurses' aides: A prospective cohort study. *BMC Public Health*, 6(1), 290.
- EU-OSHA. (2002). O Assédio moral no local de trabalho. FACTS, 23.
- Ferrinho, P., Antunes, A. R., Biscaia, A., Conceição, C., Fronteira, I., Craveiro, I., et al. (2003a). Workplace Violence in the Health Sector: Portuguese Case Studies. Genève: International Labour Office, International Council of Nurses, World Health Organization, Public Services International.
- Ferrinho, P., Biscaia, A., Fronteira, I., Craveiro, I., Antunes, A. R., Conceição, C., et al. (2003b). Patterns of perceptions of workplace violence in the Portuguese health care sector. *Human Resources for Health*, 1(1), 11. Consultado em <http://www.human-resources-health.com/content/pdf/1478-4491-1-11.pdf>
- Fontes, K. B., Peloso, S. M. & Carvalho, M. A. d. B. (2011). Tendência dos estudos sobre assédio moral e trabalhadores de enfermagem. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 32(4), 815-822.
- Fornés, J. (2001). Mobbing: Maltrato psicológico en el ámbito laboral. *Revista de Enfermería Rol*, 24(11), 20-26.
- Fornés, J., Femenia, J. R. & Garcia, C. S. (2004). Hostigamiento psicológico (mobbing) en enfermería: Un estudio piloto. *Revista de Enfermería ROL*, 27(9), 568-576.
- Guedes, M. N. (2005). *Terror Psicológico no Trabalho* (2ª ed.). São Paulo: Editora LTR.
- Hart, E. & Hazelgrove, J. (2001). Understanding the organizational context for adverse events in the health services: The role of cultural censorship. *Quality in Health Care*, 10(4), 257-262.
- Hirigoyen, M.-F. (1999). *Assédio, Coacção e Violência no Quotidiano*. Lisboa: Editora Pergaminho.
- Hirigoyen, M.-F. (2002). *O Assédio no Trabalho como Distinguir a Verdade*. Cascais: Editora Pergaminho.
- Hoel, H. & Cooper, C. (2001). Origins of bullying: Theoretical frameworks for explaining workplace bullying. In N. Tehrani (Ed.), *Building a culture of respect: Managing bullying at work* (pp. 3-19). London: Taylor & Francis.
- Hoel, H., Rayner, C. & Cooper, C. (1999). Workplace Bullying. In C. Cooper & I. T. Robertson (Eds.), *International review of industrial and organizational psychology* (pp. 195-230). Chichester, UK: Wiley.
- João, A. L. (2010). Mobbing, relações interpessoais e satisfação laboral. *International Journal of Developmental Psychology*, 1, 399-406.
- Kwok, R., Law, Y., Li, K., Ng, Y., Cheung, M., Fung, V., et al. (2006). Prevalence of workplace violence against nurses in Hong Kong. *Hong Kong Medicine Journal*, 12(1), 6-9.
- Leymann, H. (1996). The Content and Development of Mobbing at Work. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5(2), 165-184.
- Locke, E. A. (1976). *The Nature and Causes of Job Satisfaction* Chicago: Rand McNally.
- Luna, M. (2003). *Acoso Psicológico en el Trabajo (Mobbing)*. Madrid: Ediciones GPS Madrid.

- Marques, P. (2015). Assédio Moral na Enfermagem: Contributos para a Gestão Organizacional. Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Escola Superior de Saúde, Viana do Castelo.
- Milczarek, M. (2010). Workplace violence and harassment: A European picture. European Agency for Safety and Health at Work, European Risk Observatory Report. Consultado em <http://osha.europa.eu/en/publications/reports/violence-harassment-TERO09010ENC>
- Nield, K. (1996). Mobbing and well-being: Economic and personnel development implications. *European Journal of Work and Organizational Psychology: Mobbing and Victimization at Work*(5), 239-249.
- Observatório Europeu dos Riscos. (2009). Novos riscos emergentes para segurança e saúde no trabalho. Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho. Consultado em [http://osha.europa.eu/pt/publications/outlook/te8108475enc\\_osh\\_outlook/view](http://osha.europa.eu/pt/publications/outlook/te8108475enc_osh_outlook/view)
- Observatório Europeu dos Riscos. (2010). Inquérito europeu às empresas sobre riscos novos e emergentes. Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho. Consultado em [http://osha.europa.eu/pt/publications/reports/pt\\_esener1-summary.pdf](http://osha.europa.eu/pt/publications/reports/pt_esener1-summary.pdf)
- Pereira, R. G. (2009). Mobbing ou Assédio Moral no Trabalho. Coimbra: Coimbra Editora.
- Poilpot-Rocaboy, G. (2006). Bullying in the Workplace: A proposed model for understanding the psychological harassment process. *Research and Practice in Human Resource Management*, 14(2), 1-17.
- Quine, L. (2001). Workplace Bullying in nurses. *Journal of Health Psychology*, 6(1), 73-84.
- Rahim, M. A. (2002). Toward a theory of managing organizational conflict. *The International Journal of Conflict Management*, 13(3), 206-235.
- Randle, J. (2003). Bullying in the nursing profession: Experience before and throughout the nursing career. *Journal of Advanced Nursing*, 43(4), 395-401.
- Redinha, M. R. G. (2003). Assédio moral ou mobbing no trabalho: Estudos em homenagem ao Prof. Doutor Raúl Ventura (pp. 833-847). Coimbra: Coimbra Editora.
- Revisão do Código do Trabalho. (2009). Em A. d. República (Ed.), Lei nº 7/2009 (Vol. Lei nº 7, pp. 926-1029). Portugal: Diário da República.
- Revuelta, J. L. G. d. R., & Abuín, M. J. R. (2003). Cuestionario de estrategias de acoso en el trabajo: el LIPT-60. *Psiquis*, 24(2), 59-69.
- Rusbult, C. E., Farrell, D., Rogers, G. & Mainous III, A. G. (1988). Impact of exchange variables on exit, voice, loyalty, and neglect: An integrative model of responses to declining job satisfaction. *Academy of Management Journal*, 31(3), 599-627.
- Sá, L. (2007). O Impacto da violência psicológica no trabalho (assédio moral/mobbing/bullying) na saúde mental dos enfermeiros. Artigo apresentado em 7º Congresso Internacional de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho. Consultado em [http://cis.engenheiros.pt/2007/comunicacoes/Luis\\_Octavio\\_de\\_Sa.pdf](http://cis.engenheiros.pt/2007/comunicacoes/Luis_Octavio_de_Sa.pdf)
- Sá, L. (2008). O Assédio Moral e o Burnout na Saúde Mental dos Enfermeiros. Tese de Doutoramento, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Sá, L. & Fleming, M. (2008). Bullying, burnout, and mental health amongst Portuguese nurses. *Informa HealthCare*, 29(4), 411-426.
- Salin, D. (2006). Organizational Measures Taken Against Workplace Bullying: The Case of Finnish Municipalities. Helsinki: Swedish School of Economics and Business Administration.
- Saraiva, D. M. R. F. & Pinto, A. S. S. (2011). Mobbing em Contexto de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 5, 83-93.

- Serra, A. V., Ramalheira, C., Moura-Ramos, M., & Homem, T. C. (2005). A escala portuguesa de mobbing. *Psiquiatria Clínica*, 26(3), 189-211.
- Stevens, S. (2002). Nursing workforce retention: Challenging a bullying culture health affairs. *Health Affairs*, 5, 189-193.
- Thofehrn, M. B., Amestoy, S. C., Carvalho, K. K. d., Andrade, F. P. & Milbrath, V. M. (2008). Assédio moral no trabalho de enfermagem. *Cogitare Enferm*, 13(4), 297-601.
- Verdasca, A. T. M. (2010). Assédio Moral no Trabalho: Uma Aplicação ao Sector Bancário Português. Tese de Doutoramento, Universidade Técnica de Lisboa, Instituto Superior de Economia e Gestão, Lisboa.
- Vilas-Boas, M. M. G. (2005). Assédio Psicológico no Trabalho. Tese de Doutoramento, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Lisboa
- Yildirim, A., & Yildirim, D. (2007). Mobbing in the workplace by peers and managers: mobbing experienced by nurses working in healthcare facilities in Turkey and its effect on nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 16(8), 1444-1453.
- Yildirim, D. (2009). Bullying among nurses and its effects. *International Nursing Review*, 56, 504-511.
- Zabala, I. P. y. (2001). Mobbing: Cómo Sobrevivir al Acoso Psicológico en el Trabajo. Maliño, Cantabria, España: Sal Terrae.
- Zapf, D., Einarsen, S., Hoel, H. & Vartia, M. (2003). Empirical findings of bullying in the workplace In S. Einarsen, H. Hoel, D. Zapf & C. L. Cooper (Eds.), *Bullying and Emotional Abuse in the Workplace: International perspectives in research and practice* (pp. 103-126). London: Taylor & Francis.
- Zapf, D., Knorz, C. & Kulla, M. (1996). On the relationship between mobbing factors, and job content, social work environment, and health outcomes. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5, 215-237.
- Zapf, D. & Leymann, H. (1996). Mobbing and Victimization at Work. *European Journal of Work And Organizational Psychology*, 5(2), 161-164.
- Zapf, D. & Wolfgang, J. (1999). Organizational, Work group related and personal causes of mobbing/bullying at work. *International Journal of Manpower*, 20(12), 70-85.