

ASSÉDIO MORAL

AMERESP
Associação dos Médicos Residentes do Estado de São Paulo

 **CREMESP** 60
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO ANOS

Câmara Temática do
Médico Jovem

Índice

APRESENTAÇÃO	5
INTRODUÇÃO	7
CAPÍTULO 1	9
A demografia do médico jovem brasileiro	
<i>Arthur Hirschfeld Danila</i>	
CAPÍTULO 2	14
Definindo assédio moral	
<i>Elio Belfiore</i>	
CAPÍTULO 3	17
Bases históricas/sociais para surgimento e perpetuação das relações assediadas	
<i>Malu Forjaz</i>	
CAPÍTULO 4	20
Considerações sobre relações interpessoais	
<i>Helio Zen e José Nadal</i>	

CAPÍTULO 5 23

Reconhecendo o assédio moral

Jellin Chiaoting Chuang e Jéssica Bistafa Liu

CAPÍTULO 6 28

Exemplos de assédio moral

*Diego Ferreira de Andrade Garcia, Gabriel Ramos Senise
e Arthur Hirschfeld Danila*

CAPÍTULO 7 33

Prevenindo o assédio moral
(legislação vigente e jurisprudência)

*Paulo Cesar Rozental-Fernandes, Marcela Drago Soares,
Guilherme Peixoto, Flávio Taniguchi, Nívio Lemos Moreira Junior*

CAPÍTULO 8 38

Agindo contra o assédio moral

*Elio Belfiore, Hélio Zen, Vanessa Truda, Vanessa Souza Santana
e Luciane Bastos Fernandes de Oliveira*

Apresentação

O Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp) foi o primeiro Conselho da classe no País a criar uma Câmara Temática do Médico Jovem, o que se efetivou na atual gestão.

O médico jovem tem uma participação cada vez mais expressiva. Nessa faixa, representada até os 40 anos de idade (ou cerca de 15 anos após a graduação), o médico encontra os desafios da Residência Médica e da entrada no mercado de trabalho. Nesse período, que corresponde ao ingresso nas atividades médicas, ele deve ser orientado adequadamente sobre as questões éticas que irá enfrentar em sua prática cotidiana.

A luta pela melhoria do ensino em Medicina deve ser constante porque a baixa qualidade do ensino se reflete diretamente na formação do médico. Neste sentido, uma importante conquista foi a publicação da Portaria nº 328 do Ministério da Educação, em 5 de abril de 2018, que institui a moratória de cinco anos para a abertura de novos cursos de Medicina. A aprovação do projeto de lei que torna obrigatório o Exame em Medicina para alunos e recém-formados é outro importante passo para a qualificação do ensino, que se reflete na carreira do médico.

O Cremesp considera também que a educação continuada é fundamental para guiar essa nova geração e fomentar a boa prática, pautada no Código de Ética Médica e nos fundamentos bioéticos que todos os médicos devem seguir.

Apoiar iniciativas como a elaboração desta Cartilha sobre Assédio Moral é fundamental nesse objetivo e um compromisso com a sociedade.

Tratar o ser humano com respeito é, antes de tudo, um pilar básico da Medicina. Devemos estar sempre sendo guiados por uma visão humanista, com total empatia pelos pacientes e nossos colegas de profissão.

Parabéns aos médicos jovens autores desta Cartilha por dar foco a este assunto tão importante para a classe médica e à sociedade.

Lavínio Nilton Camarim

Presidente do Cremesp

Introdução

O assédio moral é um tema que permeia cada vez mais as relações humanas, com consequências importantes na saúde mental e física de quem o sofre. Na área da Saúde, observamos que afeta o relacionamento da equipe médica, de enfermagem, de outras profissões relacionadas e também a atenção ao paciente, de forma direta ou indireta.

No entanto, pouco se fala desse problema. Na formação médica, já foi considerado até como algo corriqueiro, um rito de passagem ou algo que deveria ser incorporado à Medicina. No entanto, os efeitos desse comportamento outrora aceitável são claramente danosos. Quadros depressivos, problemas de relacionamento, baixa empatia e, inclusive, suicídios podem, muitas vezes, estarem relacionados com vários casos de assédio moral bem identificados.

O primeiro ponto importante para conhecer o problema é reconhecê-lo e debatê-lo de forma clara, transparente, identificando os pontos de conflito e buscando soluções. Assim, a idealização desta Cartilha surgiu nas reuniões da Câmara Temática do Médico Jovem do Cremesp, em particular pelo trabalho primoroso dos autores. O projeto não teria sido possível sem o compromisso dos médicos Elio Barbosa Belfiore e José Hélio Zen Júnior na condução, organização e responsabilidade dos tópicos, organização e revisão conjunta dos capítulos.

Esse projeto é o primeiro de uma série de cartilhas focadas nas atividades dos médicos jovens e residentes. São diversos temas relacionados às demandas que encontramos na prática do dia a dia da profissão médica.

Com a Cartilha do Médico Jovem, o Cremesp toma a iniciativa de ouvir as necessidades dessa nova geração de médicos e trabalhar de maneira decisiva para que eles tenham as informações que precisam para exercer a Medicina com ética, competência e eficácia.

O Cremesp está à disposição para esclarecimentos e auxílio ao médico jovem e residente nas suas atividades profissionais.

Boa leitura!

Nívio Lemos Moreira Júnior

*Coordenador da Câmara Temática do Médico Jovem do Cremesp
Coordenador das Delegacias da Capital do Cremesp*

CAPÍTULO 1

A demografia do médico jovem brasileiro

Definição de população médica jovem brasileira

É possível observar que a formação médica, cada vez mais, pressupõe a sua complementação por meio da especialização em programas de residência médica, cuja duração varia de dois a seis anos e vem se ampliando progressivamente. Com o alargamento do período de formação médica, o médico jovem especialista costuma finalizar sua formação por volta dos 30 anos de idade. Considerando o médico jovem como aquele no início de carreira – muitas vezes ainda envolvido em seu desenvolvimento acadêmico científico e em um período de transição para a prática profissional plena – adaptou-se o termo *young doctor* para a realidade brasileira como sendo o grupo populacional médico composto por profissionais em seus primeiros dez anos de prática profissional ou idade menor de 40 anos¹.

Análise demográfica do médico jovem brasileiro

Por ser um período de marcadas vulnerabilidades atreladas à fase de inserção profissional do médico jovem, recentes estudos realizados pelo Conselho Regional do Estado de São Paulo têm trazido à luz a análise da variável idade na curva de progressão da carreira médica e suas possíveis implicações no âmbito da saúde física e mental.

A população médica brasileira tem apresentado crescimento exponencial nas últimas quatro décadas, significativamente maior que a po-

pulação geral. Se em 1970 havia 58.994 médicos no país, em outubro de 2015 somavam-se 432.870 registros médicos em atividade, o que representa aumento de mais de 633% nesse período. Como forma de comparação, no mesmo período, a população brasileira cresceu apenas 116%².

O aumento expressivo da população médica brasileira acarretou o alargamento da base da sua pirâmide etária. A média de idade do médico brasileiro, hoje de 45,7 anos, continua caindo, revelando uma profissão jovem². Considerando que o tempo de trabalho ativo dos médicos brasileiros está em torno de 45 anos³, o efeito cumulativo do rápido crescimento dessa população garante que a safra de médicos brasileiros com menos de 40 anos de idade corresponda a 43% de todos os profissionais em atividade no País².

Apreciação sobre o processo de feminilização da Medicina

Na questão de gênero, o perfil populacional dos médicos está passando por um processo de transformação histórica. A partir de 2003, a taxa de ingresso de mulheres em cursos de Medicina superou a de homens e, a partir de 2009, pela primeira vez, inscreveram-se mais profissionais do sexo feminino do que masculino no Conselho Federal de Medicina. Apesar da razão masculino/feminino ser de 1,39 considerando-se a população médica total, no grupo de médicos com 29 anos ou menos, as mulheres já são maioria: dos 55.504 médicos nessa faixa etária, 56,2% são mulheres e 43,8% são homens².

No âmbito da instituição médica, apesar da luta pelos direitos femininos, ainda é observada a presença de um certo “machismo”, mesmo que de forma inconsciente e camuflada. Apenas cinco especialidades (pediatria, ginecologia, clínica geral, cardiologia e dermatologia) das 53 reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina concentram 60% do contingente feminino, o que demonstra baixa dispersão dessa população em especialidades tradicionalmente compostas pelo público masculino – como as cirúrgicas, por exemplo. rendimento financeiro das mulheres se concentra na faixa de renda mais baixa quando comparado com os profissionais do sexo masculino, e a ocupação acontece principalmente em empregos da esfera pública, com menor participação em consultórios particulares, plantões e no setor privado – locais nos quais a remuneração é costumeiramente maior⁴.

Chama a atenção o dado constante em uma metanálise sobre estresse no trabalho e ocorrência de suicídio que aponta que as médicas apresentam níveis mais elevados em ambas condições do que seus colegas do sexo masculino. A taxa relativa de ocorrência de suicídio entre médicos do sexo masculino, em comparação com a população em geral, é de 1,41, enquanto entre médicas essa proporção atinge 2,27, o que revela dados contrastantes com os da população geral, que conta com maiores taxas de suicídio entre homens quando comparados às mulheres⁵.

Considerações sobre o processo de rejuvenescimento populacional médico brasileiro

A abertura desenfreada de faculdades de Medicina foi uma das duas grandes medidas responsáveis pelo aumento exponencial da população médica nos últimos anos. Não se observou receio pelo governo brasileiro, notavelmente na última década, em autorizar a abertura de mais escolas médicas, mesmo considerando-se as dificuldades para a implementação e sustentabilidade de uma escola médica, dadas as suas particularidades no que tange os cenários de prática e aprendizagem. Se em 2012 contabilizavam-se 197 instituições de ensino médico, em 2016 chega-se à marca de 268, com participação de 45,52% de escolas do setor público e 54,48% privadas. Apenas no Estado de São Paulo, somam-se 46 faculdades de Medicina, com 4.576 vagas abertas para entrada no 1º ano de graduação. Esse efeito acarreta o aumento da oferta de vagas, como se pode perceber, de 16.800 em 2011 para 24.417, em 2016⁶.

A segunda medida, em grande parte responsável pelo aumento recente da população médica, foi a transformação da Medida Provisória nº 621 de 2013 na Lei nº 12.871 de 2013⁷, que instituiu o programa Mais Médicos. Para atingir a meta promulgada na Lei do Mais Médicos, é esperada a criação de mais 11.000 vagas de graduação, e se propõe a universalização da Residência Médica a todos os egressos das escolas médicas até 2018, com forte crescimento de vagas de Residência de Medicina da Família e Comunidade.

Para analisar a distribuição de médicos em um determinado país, a Organização Mundial da Saúde (OMS) utiliza a razão de médico por número de habitantes. Mesmo sendo uma medida que varia em função das especificidades do sistema de saúde em questão e da relação públi-

co-privado, esse é o índice mais difundido mundialmente. Países como Canadá e os Estados Unidos, apesar de apresentarem sistemas de saúde distintos, exibem relação de 2 a 2,5 médicos por mil habitantes. Por semelhança em extensão territorial, salvaguardadas as diferenças dos sistemas de saúde entre esses países, julga-se que seria desejável uma razão de 2 a 2,5 médicos por mil habitantes para uma assistência médica de qualidade no Brasil⁸.

Mesmo desconsiderando a ampliação de vagas de graduação proposta pelo programa Mais Médicos, projeções estatísticas estimam excesso de médicos a partir da década de 2030 – quando o País atingiria razão de 2,7 médicos por mil habitantes, com cenário ainda mais exacerbado a partir dos anos 2040, quando, além da manutenção da taxa de crescimento médico – que então contará com índice de 3,3 médicos por mil habitantes, é previsto início do movimento de queda populacional no País³.

Considerações finais

Com objetivo de adaptar à realidade brasileira os conceitos propostos internacionalmente sobre a população médica jovem, adota-se no Brasil, arbitrariamente, a definição do público médico com menos de 40 anos de idade, ou em seus primeiros 10 anos de atividade profissional. Essa faixa etária correspondente aos médicos jovens vem ocupando posição de relevância no panorama demográfico médico brasileiro, correspondendo atualmente a 43% de toda população médica do país.

O crescimento exponencial da população médica no país certamente produzirá um número excedente de profissionais já nas próximas décadas, com forte efeito sobre o rejuvenescimento da população médica. Sem a preocupação com a qualidade da formação, da especialização e da educação permanente desses profissionais, e sem o devido investimento em infraestrutura dos locais de formação, e desconsiderando o tempo necessário – estimado em pelo menos 10 anos – para que haja uma intervenção de impacto sobre a assistência, não se pode deixar de temer a ampliação desenfreada de vagas em escolas médicas e a ampliação demográfica médica por meio de programas indutores federais, como o Mais Médicos e as suas repercussões.

Estudos robustos de caráter prospectivo precisam ser elaborados com o foco neste grupo populacional médico, para que se possam evi-

denciar possíveis efeitos dependentes da idade na qualidade do atendimento à população, bem como implicações nos processos de rejuvenescimento populacional médico na saúde física e mental desses profissionais, sobretudo no aumento das vulnerabilidades intrínsecas a esse segmento, no qual emerge a questão do assédio moral, que será discutida nos capítulos a seguir.

Referências

1. Danila AH. A saúde mental do médico jovem. In: Cordeiro Q, Razzouk D, Lima MGA, organizadores. *Trabalho e saúde mental dos profissionais de saúde*. São Paulo: CREMESP; 2015. p. 89-104.
2. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. *Demografia médica no Brasil – 2015*. São Paulo: CREMESP; 2015. 284p.
3. Estudantes de Medicina e Médicos no Brasil: Números Atuais e Projeções. Projeto Avaliação das Escolas Médicas Brasileiras Relatório I 2013[on-line]. [Acesso em: 18 jul 2018]. Disponível em: http://www.fm.usp.br/cedem/conteudo/publicacoes/cedem_92_relatoriopaemi.pdf
4. Millan LR. *Vocação médica: um estudo de gênero*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2005.
5. Gramstad TO, et al. Personality traits predict job stress, depression and anxiety among junior physicians. *BMC Med Educ*. 2013 Nov 9;13:150
6. Nassif ACN. Escolas Médicas do Brasil[on line]. [Acesso em: 15 jun 2016]. Disponível em <http://escolasmedicas.com.br/estat.php>.
7. Brasil. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências[on line]. [Acesso em: 15 jun 2016]. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm.
8. Simões JC. No Brasil faltam médicos: mito ou realidade? *Rev. Med. Res*. 2011 Out/Dez;13(4).

CAPÍTULO 2

Definindo assédio moral

O assédio moral é descrito pela Organização Mundial de Saúde (OMS) da seguinte maneira:

O cerco psicológico é uma forma de abuso do empregador que surge de comportamentos não éticos e conduz à vitimização do trabalhador. É um problema mundial crescente que em grande parte ainda é ignorado e subestimado. Pode produzir sérias consequências negativas sobre a qualidade de vida e a saúde do indivíduo, principalmente nas áreas emocional, psicossomática e do comportamento. Ademais, toda sociedade em seu conjunto se converte em vítima pelo incremento da pressão nos serviços de atenção e bem estar social^{1,2}.

Ao longo da história, pôde-se evidenciar uma evolução dos enfoques sobre o processo de trabalho através das transformações dos processos de produção humana, desde o regime de escravidão e servidão àquelas sob a égide do capital^{2,3}.

A Revolução Industrial iniciou as primeiras discussões sobre proteção da integridade física do trabalhador. Já na 1ª Guerra Mundial, iniciou-se a preocupação com a qualidade de vida no trabalho e, após, nos anos 60, começou-se a focar a saúde mental do trabalhador sobre a saúde ocupacional^{2,3}.

Para HIRIGOYEN (2006), o assédio moral no trabalho se sustenta em dois pilares: o abuso de poder e a manipulação perversa. Caracteri-

za-se pela efetuação de constantes humilhações e constrangimentos do trabalhador, que se desdobram em repercussões negativas na identidade da pessoa assediada, distorcendo sua noção de dignidade e infringindo seus direitos fundamentais³.

A denominação do fenômeno de violência no ambiente de trabalho é diversa em todo mundo, passando desde *bullying* na Austrália e Reino Unido a *mobbing* (Itália, Alemanha e países escandinavos). No Brasil, o batismo se deu como manipulação perversa, psicoterror, coação ou assédio moral e ganhou notoriedade a partir do trabalho da médica Margarida Barreto (médica ginecologista e do trabalho, pesquisadora do Núcleo em Estudos Psicossociais de Exclusão e Inclusão Social – Nexin-PUC/ São Paulo) em seu livro “Violência, Saúde, Trabalho – Uma Jornada de Humilhações”, o primeiro no nosso país que tratou da violência no trabalho como um fator de agravamento da saúde⁴.

Nota-se uma crescente preocupação pelo combate ao assédio moral na área médica no Brasil.

Considerando o Código de Ética Médica 2009 (Conselho Federal de Medicina) que, em seu Capítulo I – Princípios Fundamentais diz:

iii – Para exercer a Medicina com honra e dignidade, o médico necessita ter boas condições de trabalho (...), XVII – As relações do médico com os demais profissionais devem basear-se no respeito mútuo, na liberdade e independência de cada um, buscando sempre o interesse e o bem estar do paciente, XVIII – O médico terá, para com os colegas, respeito, consideração e solidariedade, sem se eximir de denunciar atos que contrariem os postulados éticos;

Capítulo II – Direito dos Médicos

É direito do médico: iii – Apontar falhas em normas, contratos e práticas internas das instituições em que trabalhe quando as julgar indignas do exercício da profissão ou prejudiciais a si mesmo, ao paciente ou a terceiros, devendo dirigir-se, nesses casos, aos órgãos competentes e, obrigatoriamente, à Comissão de Ética e ao Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição;

CAPÍTULO III – Responsabilidade Profissional

É vedado ao médico: Art.20 – Permitir que interesses pecuniários, políticos, religiosos ou de quaisquer ordens, do seu em-

pregador ou superior hierárquico ou do financiador público ou privado da assistência à saúde interfiram na escolha dos melhores meios de prevenção, diagnóstico ou tratamento disponíveis e cientificamente reconhecidos no interesse da saúde do paciente ou da sociedade;

CAPÍTULO VII

É vedado ao médico Art. 56 – Utilizar-se de sua posição hierárquica para impedir que seus subordinados atuem dentro dos princípios éticos”. Pode-se notar que as instituições médicas já pautam no âmbito da legislação ética medidas que visam a prevenção ao abuso da violência no meio laboral médico⁵.

Referências

1. OMS (Organização Mundial da Saúde). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization; 2002.
2. OMS (Organização Mundial da Saúde). *Sensibilizando sobre o assédio moral no trabalho*. Geneva: World Health Organization; 2004
3. Hirigoyen Marie-France. *Mal-estar no trabalho: redefinindo o assédio moral*. 2. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005.
4. Barreto M. *Violência, saúde, trabalho: uma jornada de humilhações*. São Paulo: Editora PUCSP; 2003. 233 p.
5. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. Código de Ética Médica [on line]. [Acesso em: 18 jul 2018]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=8822

CAPÍTULO 3

Bases históricas/sociais para surgimento e perpetuação das relações assediadas

Desde os mais primitivos tempos, o que sempre imperou foi a lei do mais forte. Assim a natureza determinou. Entre os animais isso se traduz em sobrevivência, matar ou morrer, luta ou fuga. Nós, humanos, diferenciamos-nos pela sofisticação do pensar e pela capacidade de suportar a frustração.

Em situações extremas, essa possibilidade de pensar e, assim, suportar o desprazer, fica comprometida, ocasionando situações de verdadeiras lutas brutais em indivíduos supostamente capazes e intelectualmente desenvolvidos.

Entre os médicos, no provável ambiente natural de trabalho, o hospital, surpreendentemente não é diferente, uma vez que lutar contra a morte é das tarefas mais árduas e violentas que existem.

A formação médica se faz em meio a situações de risco onde não há lugar para erros. O clima de tensão e exigência do médico educador se projeta no aprendiz que se presta a ser o receptáculo de impotências e frustrações daquele que imagina que deveria saber e, portanto, não pode falhar. Essa fantasia onipotente de quem ensina e, portanto, pensa estar no lugar de alguém que precisa não só parecer mas ser perfeito, cria um sentimento de desespero e impotência, camuflada de um poder sádico, prepotente e alucinado.

Assim sempre foi, e como um vaticínio se transmite de geração em geração criando lendas e mitos, muitas vezes envolvendo célebres cirurgiões que arremessavam bisturis em ataques de fúria, destrutando assistentes e colaboradores.

Há também a crença de que os maus tratos dedicados aos aprendizes os ajudaria a se protegerem da dor (traduzida erroneamente por fraqueza), transformando-os em profissionais menos sensíveis aos sofrimentos dos pacientes e, portanto, mais aptos para a tarefa a ser realizada.

Lamentavelmente, esse clima criado com o intuito de sobrevivência psíquica, acaba por transmitir uma cultura selvagem e truculenta, altamente prejudicial ao relacionamento entre médicos preceptores e residentes, fazendo com que o ambiente de ensino se torne extremamente sofrido e solitário. Essa atmosfera bravia e, muitas vezes, cruel promove uma residência muito infeliz e precária, que se justifica, na maioria das vezes, por uma falsa necessidade de demonstrar seriedade na tarefa.

Não se trata de negar a circunspecção e complexidade da função médica, principalmente do cirurgião que trabalha na constante sublimação da agressividade, mas de suportar e se responsabilizar pela própria angústia desenvolvendo continentes para tanto.

O status social ocupado pelo médico ainda nos dias de hoje, daquele que tem o “poder” de promover a saúde e, conseqüentemente, a vida, muitas vezes o autoriza a ter atitudes fora dos padrões naturais de convivência coletiva. Atrasos são mais tolerados, explosões de humor mais aceitas e opiniões mais facilmente respeitadas. Esses fatores podem reforçar a onipotência, facilitar condutas arbitrárias e incentivar comportamentos perversos.

O comportamento do aluno também colabora para a manutenção do *establishment*. Torna-se curioso como indivíduos cronologicamente adultos, submetam-se a situações de humilhação e afronta, muitas vezes passando por eventos vexatórios, na presença de colegas. As queixas são frequentes, porém nunca surgem em um nível maduro e de efetividade para que as coisas se modifiquem.

Permanecer nessa situação não seria também uma forma de evitar a responsabilidade envolvida na tarefa?

A submissão ao mais forte poderia ser uma forma de se abster da obrigação de arcar com o resultado do trabalho. Portanto, podemos supor que haveria um ganho de ambos os lados, do “algoz” e da “vítima”, sempre com o objetivo de evitar sofrimento emocional e paradoxalmente terminando por produzir mais.

A expansão do continente mental através do atendimento psicológico, tanto para o professor como para o aluno, auxiliaria o médico a

suportar as tensões da função, sem que necessitasse transbordar a angústia para quem certamente espera ser amparado pela experiência do mestre.

Referência

1. Forjaz MLF, Ribeiro MFR. Cuidando do cuidador: Poder e sofrimento psíquico na residência médica. Boletim formação em psicanálise. *Revista do Instituto Sedes Sapientiae*, São Paulo. 2007 jan./dez.;15:39-54.

CAPÍTULO 4

Considerações sobre relações interpessoais

Atualmente, as altas taxas de desemprego que assolam praticamente a maioria dos países do globo refletem a instabilidade econômica atual. A competição da sociedade capitalista em que vivemos torna as pessoas cada dia mais inseguras quanto à instabilidade no emprego. Em consonância a isso, a busca desenfreada pelo poder influencia o âmago de algumas pessoas e as fazem tornar o ambiente de trabalho um lugar de conflitos sem escrúpulos. As diferenças, sejam elas sociais, étnicas, psicológicas ou políticas, tornam o ambiente de trabalho lugar de discriminação e marginalização¹.

Para piorar, o atual contexto econômico propicia a busca desenfreada pelo lucro sem precedentes na história: leis de mercado que geram competitividade exacerbada, a busca incessante do aperfeiçoamento profissional, a disciplina interna voltada para conseguir o máximo de produtividade com o mínimo de dispêndio. Tudo isso tem contribuído para gerar um certo distanciamento entre as pessoas dentro da empresa, um grau tamanho de impessoalidade com a conseqüente adoção de procedimentos moralmente reprováveis¹.

Em uma análise mais minuciosa da palavra “trabalho” por Mauro V. Paroski:

No latim vulgar, trabalho é *tripaliare* e significa torturar. No latim clássico é *tripalium*, instrumento de tortura de outrora. Com o desenvolvimento da civilização humana, criaram-se as relações de poder e hierarquia e a propriedade privada. O ho-

mem passou a ser explorado pelo homem. Os detentores do poder detinham também o que era produzido pelo subordinado. O trabalho passou a significar tortura. Exemplo disso é a escravidão, em que o trabalho era considerado vergonhoso e, por isso mesmo deveria ser realizado pelos escravos, seres inferiores, verdadeiros objetos, destituídos de direitos².

Em países como Itália, Alemanha ou da Escandinávia, o assédio moral é definido como *mobbing* que, segundo Hirigoyen, vem do verbo inglês *to mob*, cuja tradução é “maltratar, atacar, perseguir, sitiar”. Já o substantivo *mob* significa multidão, turba. Não se deve esquecer que, em inglês, *Mob*, com letra maiúscula, significa máfia³.

Na Inglaterra, tendo em vista o tratamento tirânico, grosseiro e desumano característico da violência moral, a nomenclatura escolhida foi *bullying*, cuja origem reside na palavra *bully*, ou seja, aquele que ataca os mais fracos³.

Por sua vez, nos Estados Unidos, o vocábulo utilizado é *harassment*, em homenagem às pesquisas de Carroll Brodsky que resultaram na obra denominada *The harrassed worker*; e, no Japão, onde a concepção do individual não é bem aceita, a prática violenta é definida *porijime*, cujo objetivo é “[...] inserir os indivíduos no grupo e os tornar adaptados”. Um provérbio japonês resume claramente o fato: “O prego que avança vai encontrar o martelo”.

Fatores como a omissão e a falta de habilidade dos dirigentes e administradores da empresa em lidar com a situação contribuem enormemente para a evolução do assédio moral. Para a empresa, a indiferença é mais confortável que tratar o problema, além do que, frequentemente, tira proveito desta situação de estresse para fazer seus colaboradores produzirem mais³.

O assédio moral encontra campo fértil para se instalar e se protelar no tempo, em ambientes de trabalho onde predominam relações hierárquicas, calcadas no autoritarismo e assimetria, na competitividade excessiva e em relações desumanas e antiéticas³.

Segundo Hirigoyen (2005), existem dois fenômenos que auxiliam na detecção do desenvolvimento do assédio moral no local de trabalho: o abuso de poder e a manipulação perversa³.

O primeiro é mais direto e mais fácil de ser identificado e rejeitado pelos trabalhadores, conforme anota a vitimóloga: “A agressão, no caso, é clara: um superior hierárquico que esmaga seus subordinados com seu poder. A pretexto de manter o bom andamento da empresa, tudo se justifica: horários prolongados, que não podem sequer negociar, sobrecarga de trabalho dito urgente, exigências descabidas. Em princípio, o abuso de poder não é dirigido especificamente contra um único indivíduo. Nas empresas, este abuso de poder pode transmitir-se em cascata, da mais alta chefia ao menor chefe da escala”³.

Já a manipulação perversa é mais difícil de ser detectada, pois se inicia de forma silenciosa, por meios nem sempre claramente percebidos, como a comunicação hostil, o isolamento, as situações vexatórias e as humilhações, minando pouco a pouco a autoimagem da vítima, de forma que, ao longo desse processo violento, ela mesma se sinta culpada e merecedora das agressões. Hirigoyen define a manipulação perversa da seguinte forma: “a finalidade de um indivíduo perverso é chegar ao poder ou nele se manter, não importa por que meios. Ele não se contenta em atacar alguém que está fragilizado, como no abuso de poder: ele cria a fragilidade a fim de impedir que o outro possa se defender. Por um procedimento insidioso de desqualificação, a vítima perde progressivamente a confiança em si e, por vezes, fica tão confusa que pode dar razão ao seu agressor. Assim a agressão se dá de forma extremamente sutil, até que a própria vítima se põe na condição de quem está em erro”³.

Referências

1. Darcanchy MV. Assédio moral no meio ambiente do trabalho[on line]. [Acesso em: 26 jun 2016]. Disponível em: <<http://www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/anejos/23319-23321-1-PB.pdf>>.
2. Paroski MV. Reflexões sobre a morosidade e o assédio processual na justiça do trabalho. *Revista do Tribunal Superior do Trabalho*, RS, 2009 out./dez. 2009;75(4):111-137.
3. Hirigoyen M-F. *Mal-estar no trabalho: redefinindo o assédio moral*. 2. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2005.

CAPÍTULO 5

Como reconhecer o assédio moral

O assédio tem como fundamento a existência de uma relação desigual de poder ou força entre o agressor e a vítima, tem caráter subjetivo, ou seja, em uma situação de conflito, ele é identificado por meio do reconhecimento da agressão pela vítima.

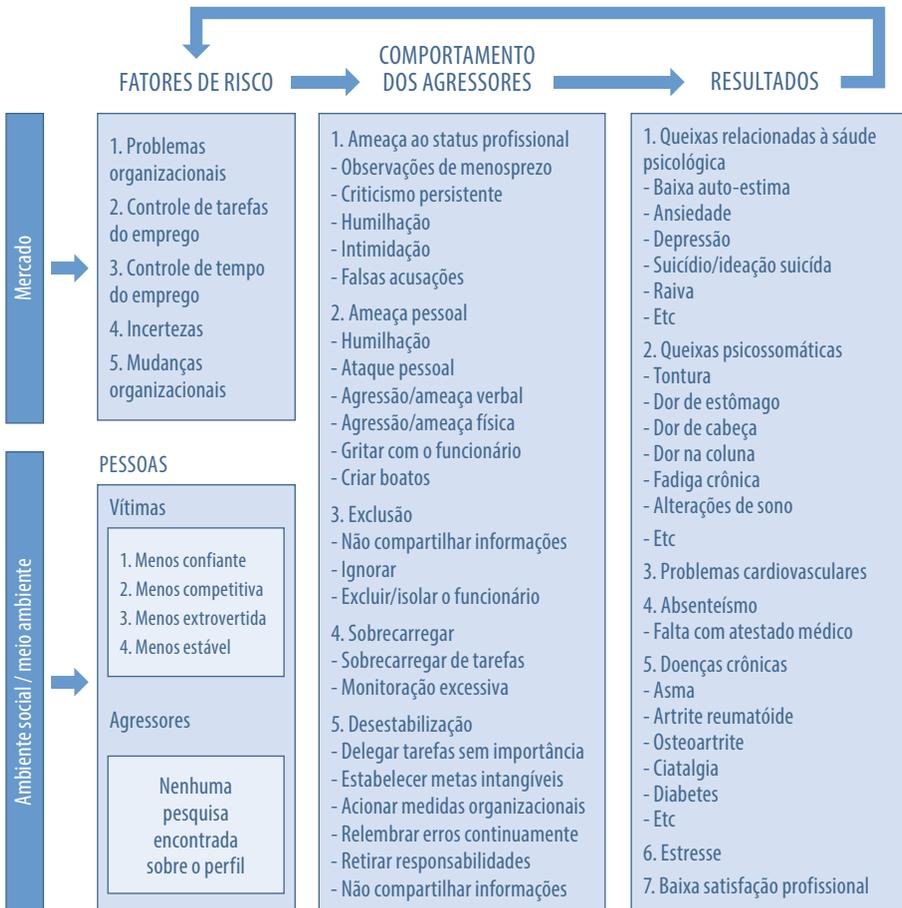
Em um estudo israelense em que foi avaliada a percepção de assédio na faculdade de Medicina, o assédio moral foi constatado por 75% dos alunos em comparação à constatação por 39% dos professores. Autores também documentam em uma revisão sistemática e meta-análise de estudos feitos nos Estados Unidos, Canadá, Paquistão, Reino Unido, Israel e Japão, que 59,4% dos médicos foram vítimas de assédio moral ao menos uma vez durante a sua formação.

Outra revisão da literatura feita por Karim et al, também revelou uma alta prevalência de assédio moral, estando presente entre 45-93% dos residentes em pelo menos uma vez durante a especialização médica. Assim, devem ser desenvolvidas e divulgadas formas de reconhecimento do assédio moral a fim de garantir a melhoria das relações interpessoais em ambientes assistenciais. Como consequência da melhoria dos mecanismos de defesa contra o assédio, ocorrerá a melhoria da satisfação do profissional de saúde e da assistência ao paciente.

Como o assédio moral acontece?

Moyed et al, em uma revisão sistemática sobre assédio moral no trabalho, descrevem o assédio como resultado de duas variáveis externas:

o mercado e a sociedade. O primeiro, por ser dinâmico, contribui para as mudanças constantes nas organizações ou instituições. Assim, pessoas com diferentes características e personalidades (desenvolvidas de acordo com a sociedade e o meio onde cresceram e vivem) podem reagir de forma diferente a problemas e conflitos causados por mudanças organizacionais no trabalho. Supõe-se que o indivíduo que pratica o assédio tem suas atitudes influenciadas pela sociedade e pelo ambiente, de forma a reagir a problemas organizacionais e conflitos em conformidade com a agressividade a que é submetido. Segue abaixo o modelo teórico:



Fonte: MOAYED, F. A.; DARAISEH, N.; SHELL, R.; SALEM, S. Workplace bullying: a systematic review of risk factors and outcomes, *Theoretical Issues in Ergonomics Science*, 7:3, p. 311-327, 2006.

Reconhecendo os agressores

Geralmente, os agressores dividem-se em dois grupos. O primeiro composto por aqueles que têm a intenção de ferir e/ou humilhar a vítima, decidindo, assim, praticar o assédio a fim de obter prazer por meio de sua relação de poder (situação menos frequente). O segundo é formado por aqueles que enxergam seu comportamento como sensato, enquanto a vítima o julga como assédio (geralmente a maioria dos casos). Nessa última situação, a falta de senso crítico contribui para a dificuldade de resolução do conflito. Entre as funções descritas como envolvidas na prática de assédio moral estão pessoas que trabalham em diversos nichos, como exemplo:

- Professores universitários (médicos/enfermeiros);
- Pacientes e familiares;
- Administradores e gestores de unidades de saúde.

Características das vítimas

Todos os profissionais estão sujeitos a sofrerem assédio moral no seu ambiente de trabalho. Entretanto, estudos científicos demonstram maior prevalência de vítimas do assédio moral em:

- Pessoas com menor habilidade de socialização;
- Mulheres;
- Estudantes de Medicina durante o internato;
- Médicos residentes novatos.

Formas de assédio moral

O assédio moral está relacionado à degradação proposital das condições de trabalho, o isolamento e recusa de comunicação, o atentado contra dignidade e a violência verbal, física e sexual. Entre as várias formas de assédio moral, as mais frequentes são:

- Tratamento diferenciado: uma clara diferença comparada com os demais colegas, de forma discriminatória, seja pela exclusão ou pela indiferença;
- Agressões verbais: insultos ou xingamento a sós ou na presença de outros colegas;
- Difamação: tentativa de criar uma imagem inadequada na esfera pessoal e profissional, levando à exclusão social;
- Pressão: ordena uma quantidade excessiva de trabalho ou propõe projetos inatingíveis;
- Limitação e controle: tentativa de impedir todo progresso dentro da instituição;
- Desqualificação: ordena execução de outras tarefas nas quais não está designado, ou ameaça retirar as responsabilidades e autonomia que adquiriu;
- Ocultação de informação: não transmitir informação crucial, induzindo ao erro, para depois culpá-lo por negligência ou desinteresse;
- Ridicularização: tentativa de menosprezar ou debochar seu trabalho perante outros;
- Intimidação: ameaça retirar o cargo de ocupação ou restringir algum aspecto da vida pessoal da vítima;
- Exclusão: não permite a participação em projetos, grupos ou atividades inerentes ao trabalho.

O que não é assédio moral?

Nem tudo é assédio moral. Algumas situações podem ser confundidas:

- Situações eventuais: um comportamento isolado ou eventual não caracteriza assédio moral, embora possa produzir dano moral;
- Exigências profissionais: é normal haver cobranças, críticas construtivas e positivas e avaliações de forma explícita e não humilhante que motivam e objetivam o crescimento profissional e moral do médico. Já o assédio é mal intencionado, com objetivo claro de prejudicar o indivíduo;
- Conflitos: todas as recriminações são faladas abertamente durante um conflito, diferente do assédio em que há o encoberto e não dito.

Mas, caso o conflito demore a ser resolvido pode evoluir para práticas de assédio moral;

- Más condições de trabalho: trabalhar em local insalubre não se enquadra claramente como assédio moral; e tais casos devem ser avaliados particularmente pelo órgão competente pois, possivelmente, serão enquadrados em inobservância às outras legislações trabalhistas.

Quando você estiver sobrecarregado, é importante observar se o tratamento constrangedor destina-se somente a uma pessoa ou a um grupo. Muitas vezes alguns podem estar desestimulados no trabalho e se sentem prejudicados se outro, na tentativa de estimular e motivar, adverte - os ou os pressiona. É esperado que o superior ou alguém da equipe tente motivar todos, desde que isto não se trate de exploração.

O assédio nem sempre é intencional. Às vezes, as práticas ocorrem sem que os agressores saibam que o abuso de poder frequente e repetitivo é uma forma de violência psicológica. Porém, isso não retira a gravidade do assédio moral e dos danos causados às pessoas.

Referências

1. Moayed FA, Daraiseh N, Shell R, Salem OM. Workplace bullying: a systematic review of risk factors and outcomes. *Theoretical Issues in Ergonomics Science*. 2006; 7(3):311-327.
2. Rautio A, Sunnari V, Nuutinen M, Laitala M. Mistreatment of university students most common during medical studies. *BMC Med Educ*. 2005; 18:5-36.
3. Assédio moral no trabalho: uma violência a ser enfrentada. Universidade Federal de Santa Catarina. 2013. [Acesso em: 20 jul 2018]. Disponível em: http://www.asse-diomoral.ufsc.br/files/2013/07/CARTILHA_AMT.pdf
4. Lebenthal A, Kaiserman I, Lernau O. Student abuse in medical school: a comparison of students' and faculty's perceptions. *J Med Sci*. 1996; 32(3-4):229-38.
5. Fnais N, Soobiah C, Chen MH, Lillie E, Perrier L, Tashkhandi M, Straus SE, Mamdani M, Al-Omran M, Tricco AC. Harassment and discrimination in medical training: a systematic review and meta-analysis. *Acad Med*. 2014; 89(5):817-27.
6. Karim S, Duchcherer M. Intimidation and harassment in residency: a review of the literature and results of the 2012 Canadian Association of Interns and Residents National Survey. *Can Med Educ J*. 2014; 5(1):50-57.
7. Pisklakov S, Tilak V, Patel A, Xiong M. Bullying and Aggressive Behavior among Health Care Providers: *Literature Review*. 2013; 3(4):179-182.

CAPÍTULO 6

Exemplos de assédio moral

Condições de trabalho

São diversos os ambientes de trabalho, especialidades e áreas de atuação no exercício da Medicina. Temos 55 especialidades médicas reconhecidas¹ pelo Conselho Federal de Medicina e 59 áreas de atuação¹, com múltiplos ambientes de trabalho, exigindo do profissional exposição ao estabelecimento de diversos tipos de vínculo e relações.

Dentre tantas obrigações, e o respeito aos princípios norteadores da boa prática médica, o mercado acabou por minimizar a importância da manutenção de um ambiente de trabalho saudável para o profissional médico, por inúmeros motivos e justificativas, desde a graduação, pressionando o profissional a prosseguir com seu trabalho independente do ambiente que o cerca.

Tornou-se regra a exceção. O médico deve trabalhar independente do meio insalubre, das cobranças inapropriadas, da hostilidade do ambiente, da agressividade dos seus pacientes, da precarização do vínculo trabalhista ou da inexistência do mesmo. Apesar da previsão legal, há uma relutância da sociedade médica no reconhecimento dos seus limites, estendendo à medicina de tempos de paz o status de medicina de guerra.

Atendimento de urgência

A premissa do socorro ao paciente hoje é utilizada, independente dos critérios científicos e profissionais, para pautar as relações admi-

nistrativas e de natureza burocrática, responsabilizando o médico pelos cuidados cujo meio não fora observado pelo contratante.

Tornando menos abstrato, temos o exemplo do médico que assume um plantão no serviço de sua vinculação, sem estrutura suficiente para o exercício profissional, e o faz, pois sofre pressão interna corporis (aquela população necessita de sua assistência) e assédio moral (sua negativa gera assédio por parte do gestor, contratante ou superior imediato). Em suma: se há o médico, independente da salubridade do ambiente, a emergência permanece aberta. Se não há o médico, a culpa por não haver emergência é do profissional médico.

Relações transacionais

De forma didática, podemos definir que o profissional médico desenvolve determinados tipos de relações conforme o teor das obrigações que se estabelecem entre as partes. Contando com a garantia que há interface entre todos estes relacionamentos, pautamos didaticamente as principais relações como: administrativas, profissionais, assistenciais e médico-legais.

Temos como relações administrativas aquelas de cunho organizacional, desenvolvidas entre médico e empregador, hospital, gestor de saúde, saúde pública, dentre outros.

Relações profissionais como aquelas envolvendo profissionais com fins a atenção, cumprimento e aperfeiçoamento da função de ambos. Dentre estas, temos as relações entre médicos, dentro da escala hierárquica, as relações de ensino, aperfeiçoamento e especialização, dentre as demais relações com profissionais de áreas correlatas.

Clássica e bem reconhecida, repetida desde os primeiros anos da graduação, é a relação assistencial. Neste vínculo, há o estabelecimento da relação médico-paciente, plenamente regrado e determinado pelos princípios ético – profissionais, configurando-se na principal forma de relacionamento profissional. Desenvolve-se entre o médico e seus pacientes, familiares e comunidade por ora assistida.

E por fim os relacionamentos médico-legais, envolvendo o profissional e as autoridades, ou seja, o médico e o estado.

Prática diária

A abordagem do tema assédio moral tem sido pouco relatada no âmbito da atividade médica. Historicamente, a figura do profissional médico esteve atrelada ao paternalismo hipocrático e a um senso de chefia e liderança, de atuação predominantemente solitária.

São recentes as formas de ensino oficiais em pós-graduação e o modelo de residência médica, nas quais encontramos a atuação médica fortalecida em equipes, com regramentos e tradições próprias, em detrimento do antigo modelo médico solitário. Aqui encontramos a mudança do paradigma médico com a amplitude de seu relacionamento interpessoal e multidisciplinar.

Quer seja pelas cobranças interpessoais, pelo açoitamento nas relações interna corporis, quer seja pela degradação do ambiente de trabalho com consequências mercadológicas penosas, o assédio moral se tornou pauta inalienável da prática médica diária.

Heinz Leymann define o assédio moral como “a degradação das condições de trabalho através do estabelecimento de comunicações não éticas (abusivas), que se caracterizam pela repetição, por longo tempo, de um comportamento hostil de um superior ou colega contra um indivíduo que apresenta, como reação, um quadro de miséria física, psicológica e social duradoura”².

Também podemos observar como a impertinência de uma pessoa em relação a outra, uma conduta ilícita, invasiva e insistente, que acaba por abalar psicologicamente a dignidade e a integridade humana, sendo por força de conceituação técnica, decorrente de relação trabalhista, extensiva aos estágios e residência médica, afastando do conceito os constrangimentos oriundos dos relacionamentos assistenciais, esporádicos, distantes do vínculo trabalhista ou assemelhados.

As tabelas a seguir ilustram momentos do cotidiano médico, suscitando a reflexão sobre as ocorrências descritas ou semelhantes.

ASSÉDIO MORAL NAS RELAÇÕES ADMINISTRATIVAS E PROFISSIONAIS

(ADM: empregador, hospital, gestor ou semelhante)

(PROF: equipes médicas, equipes multiprofissionais, residência ou especialização etc.)

- Imposição de jornada com horários inexecutáveis ou desumanos;
- Ausência de descanso após longa jornada de trabalho/plantão médico;
- Supressão do horário de alimentação;
- Descumprimento repetido de determinação legal ou normativa;
- Metas inexecutáveis;
- Isolamento ou afastamento injustificado da função;
- Ameaças, gritos e comunicações ofensivas;
- Comunicações evasivas, indiretas e ameaçadoras;
- Constrangimento público, em equipe ou diante de terceiros/pacientes;
- Violação da intimidade;
- Prazos exíguos para atividades complexas;
- Tornar difícil o acesso ou retirar instrumentos de trabalho;
- Penalizações sumárias (ausência de sindicância, supressão de contraditório);
- Exposição a atividade com meios degradantes;
- Despromoção/rebaixamento injustificado;
- Sobrecarga excessiva;
- Regramento ambíguo (dupla coordenação ou preceptoria);
- Rigor excessivo, pessoal e injustificado;
- Determinação dissonante de regra legal, técnica, científica, patronal ou conselhal;
- Manutenção de tradições injustificadas não amparadas por norma técnica ou científica.

ASSÉDIO MORAL NAS RELAÇÕES MÉDICO-LEGAIS

(judiciais, relações médico-estado)

- Cumprimento de ordens impossíveis;
- Constrangimento ou ameaça de condução, detenção ou prisão injustificada;
- Exercício arbitrário de razões ou funções;
- Excesso no cumprimento do dever legal;
- Exposição a situação ou condição vexatória e degradante;
- Determinação dissonante de regra legal, técnica, científica, patronal ou conselhal.

Referências

1. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 2.162, de 18 de maio de 2017. Homologa a Portaria CME nº 1/2017 que atualiza a relação de especialidades e áreas de atuação médicas aprovadas pela Comissão Mista de Especialidades. *Diário Oficial da União; Poder Executivo*, Brasília, DF, 17 jul. 2017; Seção 1:98-102.
2. Leymann H. The content and development of mobbing at work. *European Journal of Work and Organizational Psychology*. 1996;5(2):165-181.

CAPÍTULO 7

Prevenindo o assédio moral – legislação vigente e jurisprudência

A partir de sua construção, considerando as mudanças em decorrência de experiências adquiridas durante a vida, e até mesmo os processos patológicos, as considerações intrínsecas à personalidade humana, irrefutavelmente, constituem uma vasta gama de temas.

Violência, agressividade e inveja, assim como cuidado, compaixão, carinho e amor são, dentre outros, elementos que compõem personalidades humanas, em diferentes medidas. As análises dessas personalidades, a bem da verdade, deverão considerar a reunião de valores e princípios, além de levar em conta as especificidades da sociedade que se propõem a avaliar.

Assim, analisar resultados indesejados em um grupamento ou sociedade, posteriormente, propondo intervenções com o intuito de corrigir desacertos ou agressões e produzir novos efeitos e desfechos, é imperioso. Tal possibilidade passa, minimamente, pelo entendimento dos conceitos implicados, contexto histórico, reconhecimento dos atores e do cenário atual.

O assédio moral, na maioria das vezes, assume sinônimos que podem gerar certa confusão na interpretação da palavra: assédio verbal, bullying, violência ou pressão psicológica, mobbing, dentre muitos outros. Independente do significado assumido pelo indivíduo, todos estão associados a relações interpessoais hostis, que constituem abusos, intencionalmente ou não, de forma esporádica ou frequente.

O ambiente de trabalho passa a ser o cenário em que humilhar, diminuir, constranger e desqualificar, tornam-se atos executados de forma automática. Degradar as condições de trabalho, privando-o da dignidade e ameaçar a integridade do atacado são fatos também presentes. O assédio encontra-se numa dimensão psicológica.

No setor da saúde, considerando o estresse a que os profissionais estão expostos, ressalta-se a necessidade de observação constante em relação às possíveis situações de risco de assédios. O processo hierárquico, que historicamente confere primazia aos médicos em detrimento das demais categorias profissionais, é outro fator agravante a se considerar.

Na comunidade médica, desde os primeiros anos de faculdade até o fim da residência médica, o assédio tem uma presença tão marcante que parece ser intrínseco à formação do médico. Contudo, relatos na literatura apontam que vítimas de assédios durante a formação médica têm maiores chances de apresentar sequelas psíquicas, insegurança e de abusarem de seus pacientes. Mas é durante os anos cansativos da residência que a pressão psicológica parece aflorar por parte das mais diversas hierarquias do ensino.

O assédio moral ocorre de forma velada, na maioria dos casos, compondo um pacto de tolerância e silêncio entre os profissionais envolvidos. Tal "pacto", inclui: assediado, "assediador", além das testemunhas, o que acaba por dificultar ainda mais a identificação dessas situações. Desse modo, devemos nos atentar para as formas de comunicação no ambiente de trabalho.

A produção de informação, formação, estímulo a ambientes que favoreçam a promoção de saúde, prevenção de doenças e redução de agravos, propiciando o caminho de agentes sociais em busca de trabalho e a construção de uma vida com dignidade e ética, podem – e deveriam – ser frutos da atuação das universidades.

Organizações bem estruturadas valorizam o bem-estar e a qualidade de vida de seus colaboradores. A estrutura jurídica objetiva assegurar o direito de um ambiente de trabalho saudável, aplicando aos trabalhadores os princípios gerais de Direito, as normas contidas na Constituição Federal, no Código Civil e na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

Contudo, no que tange a legislação, poucos países criaram leis específicas para o controle jurídico de situações de assédio moral. No Brasil, não há lei trabalhista a respeito desse assunto, embora exista tipificação do assédio moral e pouco se evoluiu acerca de leis sobre o tema e suas respectivas aprovações. Atualizações na legislação são de suma importância, a fim de minimizar tais ocorrências.

No âmbito federal, foram realizados alguns projetos de lei sobre assédio moral e coação moral. Todavia, as normas jurídicas aprovadas restringem-se ao funcionalismo público e, na sua maioria, são leis estaduais. Mesmo havendo tal tipificação do assédio na regulamentação de alguns municípios, sabe-se que sua regulamentação é, ainda, muito deficiente. E a falta de legislação específica, acaba por determinar a impunidade de quem assedia e/ou a falta de proteção do profissional assediado.

De modo geral, o empregador, além do empregado, também pode ser responsabilizado em casos de assédio moral por não evitar ou reprimir condutas indesejáveis. A responsabilidade é subjetiva, de acordo com as relações de trabalho regidas pela CLT por dolo ou por culpa, mas com culpa presumida, invertendo-se o ônus da prova. Passa a ser necessário que o empregador prove que não agiu culposamente. Importante lembrar, que decisões legítimas de uma relação trabalhista são norteadas conforme expressas no contrato de trabalho.

O desconhecimento por parte do trabalhador a respeito de deveres e obrigações, bem como o poder de direção do empregador, podem impedir a compreensão e diferenciação de situações naturais de um processo de trabalho da incorreção do assédio moral.

O Brasil não possui uma legislação sobre isso, diferentemente da União Europeia, que tem uma diretiva (2006) que prevê a punição do assédio moral, ou seja, todos os Estados membros da União Europeia têm que ter uma normativa sobre esse assunto para proibir o assédio moral.

Alguns países têm uma legislação específica, como é o caso da Suécia, da Noruega, da França e da Bélgica; outros apresentam um texto geral proibindo todas as formas de assédio moral, com algum texto específico no tocante ao assédio moral discriminatório, ou seja, aquele feito em razão de sexo, raça, contra imigrantes ou deficientes físicos ou mentais, como é o caso da Espanha e de Portugal.

Determinados países da Europa que não têm uma legislação específica funcionam, como no Brasil, com uma doutrina ou jurisprudência ampla sobre o assunto; e já estão acostumados a tratar e a prever esse tipo de atentado, por exemplo, Alemanha e Itália.

Quanto aos efeitos jurídicos, o assédio moral é um atentado múltiplo aos direitos da personalidade, ao direito à saúde, ao direito à integridade e atinge o direito à igualdade, que impede a discriminação. Desse modo, o assédio realmente pode ser combatido com os vários mecanismos jurídicos disponíveis na legislação brasileira.

A nossa Legislação Previdenciária n. 8.213/91 em seu artigo 20 indica as situações que configuram as doenças profissionais e ocupacionais como acidente do trabalho, a saber:

Consideram-se acidente do trabalho, nos termos do artigo anterior, as seguintes entidades mórbidas: i – doença profissional, assim entendida a produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho peculiar a determinada atividade e constante da respectiva relação elaborada pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social; ii – doença do trabalho, assim entendida a adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relacione diretamente, constante da relação mencionada no inciso i. (...). § 2º Em caso excepcional, constatando-se que a doença não incluída na relação prevista nos incisos i e ii deste artigo, resultou das condições especiais em que o trabalho é executado e com ele se relaciona diretamente, a Previdência Social deve considerá-la acidente do trabalho.

Por fim, o assediado carece de apoio das instituições empregadoras, para evitar que os danos tenham continuidade ou se ampliem, além de atenção jurídica. Para que haja a promoção de relações trabalhistas mais democráticas e saudáveis, torna-se imprescindível a reflexão sobre esse aspecto nefasto do ambiente de trabalho. Preservar a autoestima e identidade do profissional, criando nas instituições um ambiente compatível com os princípios de cidadania, deve ser o objetivo primordial. Mesmo sabendo-se que, talvez, apenas uma regulamentação sólida e ampla traria luz à questão.

Referências

1. Heloani R. Assédio Moral: Um ensaio sobre a expropriação a dignidade no trabalho *RAE-eletrônica*. 2004 jan./jun.;3(1)[on line]. [Acessado em 20 jul 2018]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/raeel/v3n1/v3n1a12.pdf>
2. Bobroff MCC, Martins JT. Assédio moral, ética e sofrimento no trabalho. *Rev. Bio-ét.* (Impr.). 2013; 21(2):251-8.
3. Seminário Compreendendo o Assédio Moral no Ambiente de Trabalho [manuscrito] : [anais] / coordenação técnica, Cristiane Queiroz Barbeiro Lima, Juliana Andrade Oliveira, Maria Maeno. São Paulo: Fundacentro; 2013. 63p [on line]. [Acesso em: 20 jul 2018]. Disponível em: file:///C:/Users/dpfranco/Downloads/Ass%C3%A9dio_Moral.pdf
4. Darcanchy MV. Assédio moral no meio ambiente do trabalho[on line]. [Acesso em: 26 jun 2016]. Disponível em: <http://www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/ane-xos/23319-23321-1-PB.pdf>
5. Brasil. Leinº 8.213, de 24 de julho de 1991.Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências[on line]. [Acesso em: 20 jul 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/Leis/L8213compilado.htm

CAPÍTULO 8

Agindo contra o assédio moral

As perspectivas para os próximos 20 anos, para os trabalhadores, são muito pessimistas no tocante aos aspectos psicológicos. Segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT), em conjunto com a OMS. As organizações afirmam que o estresse, as angústias, os desajustes familiares, o sofrimento no trabalho oriundo de diversas causas e outros danos psíquicos, advindos inclusive do assédio moral, tendem a predominar no ambiente laboral nas próximas décadas.

Todos os profissionais, inclusive médicos – categoria com grande maioria constituída pelo gênero masculino –, podem ser vítimas de distúrbios decorrentes de condições adversas de trabalho. É inegável a necessidade de um progressivo aumento de discussão do referido tema, que resulte em projetos de leis e em ações de conscientização.

Esta cartilha compõe uma das ações tomadas pela Câmara Técnica do Jovem Médico – CREMESP, frente ao elevado número de denúncias de assédio moral dentro da profissão médica.

No que tange especificamente a estes profissionais, principalmente aqueles que trabalham em instituições públicas, as condições laborais podem influenciar a percepção e caracterização do assédio moral, podendo ser facilmente confundido com o excesso de trabalho.

A elaboração de um programa de prevenção por parte da própria equipe, que priorize o diálogo e a instalação de canais de comunicação entre os seus membros de maneira igualitária e respeitadora, pode ser uma alternativa viável.

Para tanto, é indispensável, em primeiro lugar, uma reflexão da equipe sobre a forma de organização de trabalho e seus métodos de gestão de pessoal.

Investir em uma cultura estratégica de desenvolvimento humano, como forma de substituir a competitividade, diminui as chances de surgirem comportamentos negativos isolados, que tanto propiciam o assédio moral.

A implantação da cultura de aprendizado, no lugar da punição, pode permitir, a cada um, a possibilidade de escolher a forma de realizar o seu trabalho; reduzindo a quantidade de atividades monótonas e repetitivas, ampliando informação e conhecimento.

Há outras nuances a considerar, como, por exemplo, quando o indivíduo imagina estar sendo assediado ou simula situações para obter uma indenização.

Por isso, a OMS enfatiza a necessidade de diferenciar conflitos saudáveis de assédio moral, para que não ocorram injustiças tanto para os trabalhadores como para os empregadores. Segundo a organização, é indispensável estabelecer a diferença entre confrontos ocasionais, estratégias abertas e francas, comunicação sincera, dentre outras, e as situações de assédio moral, ou seja, organização vertical de poder, comportamento de boicote, estratégias equivocadas e comunicação indireta.

Denota-se que nos serviços públicos, o assédio normalmente não está associado à produtividade, mas sim às disputas de poder nas quais a inveja e a cobiça levam os indivíduos a controlar o outro e a querer tirá-lo do caminho. Este fato pode estar diretamente ligado à falta de legislação específica, que não determina punição ao assediador e não indica proteção ao profissional assediado.

Enfatiza-se que aos trabalhadores aplicam-se os princípios gerais de Direito, as normas contidas na Constituição Federal, no Código Civil e na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Esse arcabouço jurídico procura assegurar aos trabalhadores, de maneira geral, o direito a um ambiente de trabalho saudável que se constitui como parte.

Em paralelo, quando o trabalhador desconhece seus deveres e obrigações, bem como o poder de direção do empregador, situações normais de um processo de trabalho podem ser erroneamente interpretadas como sendo assédio moral.

É imprescindível a reflexão sobre esse aspecto nefasto do ambiente laboral, buscando, assim, promover novos patamares de relações trabalhistas democráticas e justas.

Um ambiente de trabalho pautado na comunicação dialógica e no resgate da humanização no processo laboral traz implícitos os princípios da sociedade democrática. Deve-se reafirmar a não violência, a igualdade de direitos e a equidade nesse ambiente, praticando diariamente a cidadania.

Combater o assédio moral é uma necessidade e exige a formação de um coletivo multidisciplinar, isto é, advogados, médicos do Trabalho, enfermeiros do Trabalho, sociólogos, psicólogos e antropólogos, dentre outros profissionais, que possam criar grupos de reflexão sobre esse tema, propiciando um ambiente de labor com menos riscos e violências aos trabalhadores.

Fica explícito que alcançar condições laborais baseadas em princípios morais, éticos e no respeito ao próximo, considerando cada indivíduo como único, com suas crenças, valores e cultura, é essencial para retomar os valores humanos ao trabalho.

Deve haver o comprometimento coletivo com a ética, a solidariedade, o amor ao próximo, a dignidade, a valorização do eu e do outro, a cidadania e o respeito à vida. Com o despertar para esses valores, acredita-se que o assédio moral nos ambientes de trabalho possa ser amenizado e/ou até excluído, ocasionando menos sofrimentos aos trabalhadores.

Referências

1. Bobroff MCC, Martins JT. Assédio moral, ética e sofrimento no trabalho. *Rev. bio-ét.* 2013; 21 (2): 251-8.
2. Assédio moral no trabalho [on line]. <<http://www.assediomoral.org>>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Op. cit. p. 13.
4. Spacil DR, Rambo LI, Wagner JL. Assédio moral: a microviolência do cotidiano[on line]. 2004. [Acesso em: 24 jan 2009]. Disponível em: <<http://www.wagner.adv.br/estudo.php?id=58>>.
5. Hirigoyen MF. *Mal-estar no trabalho: redefinindo o assédio moral*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2002.