UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM

MARCUS VINICIUS DE LIMA OLIVEIRA

**ASSÉDIO MORAL NA ENFERMAGEM: UMA ABORDAGEM
QUANTITATIVA**

SÃO PAULO

2018

MARCUS VINICIUS DE LIMA OLIVEIRA

**ASSÉDIO MORAL NA ENFERMAGEM: UMA ABORDAGEM
QUANTITATIVA**

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

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

Orientador: Prof. Dr. Genival Fernandes de Freitas

SÃO PAULO

2018

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

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)

Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Oliveira, Marcus Vinicius de Lima

Assédio moral na enfermagem: uma abordagem quantitativa /
Marcus Vinicius de Lima Oliveira. São Paulo, 2018.
142 p.

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

Orientador: Prof. Dr. Genival Fernandes de Freitas

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

1. Assédio moral. 2. Enfermagem. 3. Denúncia. 4. Ética da
enfermagem. 5. Legislação de enfermagem. 6. Violência. I. Título.

Nome: Marcus Vinicius de Lima Oliveira

Título: Assédio moral na Enfermagem: uma abordagem quantitativa

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

Aprovado em ____/____/____

Banca Examinadora

Orientador Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedico este trabalho aos milhares de profissionais de enfermagem que diariamente, de forma resiliente ou não, suportam a violência laboral e o assédio moral em suas já sofridas rotinas de trabalho. Que a exposição e discussão deste tema, possam contribuir para o enfrentamento dessa problemática pelos trabalhadores da enfermagem, em prol da perspectiva de um mundo laboral melhor em que os maiores bens serão a saúde e a dignidade preservadas e respeitadas.

AGRADECIMENTOS

A realização desta dissertação não seria possível sem a contribuição e suporte de algumas pessoas, a quem dirijo meus sinceros agradecimentos.

Ao meu Professor e Orientador **Dr. Genival Fernandes de Freitas**, por suas preciosas orientações e pelo conhecimento compartilhado, de forma humana, com justiça e simplicidade, a quem sinceramente agradeço por tudo o que me foi ofertado.

Aos meus professores da EEUSP, por todo o conhecimento e experiência compartilhados, nas disciplinas cursadas.

A minha querida mãe, **Ms. Francinete de Lima Oliveira** (*in memorian*), por ser minha mentora espiritual e intelectual, e por me ensinar a amar a enfermagem através de seu exemplo impecável unindo ciência, habilidade e humanização, ao qual eu jamais esquecerei.

A minha esposa **Enfermeira Vania Meire Santos Oliveira** pelo apoio e companheirismo, que se traduziram em suporte físico e emocional, incondicional e incansável para a produção deste trabalho.

Ao meu filho **João Victor**, por ser parte do meu reflexo, e por me mostrar e ensinar tantas coisas que considero essenciais para meu aprimoramento como ser humano, bem como por gentilmente abrir mão de minha companhia durante muitos momentos em que precisei me dedicar aos estudos.

Aos meus amigos e companheiros de jornada **Ms. Fabiola Campos Braga** e **Dr. Mauro Antônio Pires Dias da Silva**, pelo incentivo e pelo apoio para que eu pudesse trilhar o caminho acadêmico.

A todos os membros do grupo de estudos do qual faço parte, pelo acolhimento, amizade, companheirismo, parcerias, troca de experiências e crescimento mútuo neste caminho.

A Deus pelo dom da vida, e pela oportunidade de aprender, pesquisar, gerar conhecimento e atuar em prol dos mais fracos e oprimidos pela sociedade e pelo sistema.

Podes dizer-me, Sócrates: a virtude é coisa que se ensina? Ou não é coisa que se ensina, mas que se adquire pelo exercício? Ou nem coisa que se adquire pelo exercício nem coisa que se aprende, mas algo que advém aos homens por natureza ou por alguma outra maneira?

Mênnon

Oliveira MVL. Assédio moral na Enfermagem: uma abordagem quantitativa, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2018.

RESUMO

Introdução: O assédio moral é um problema mundial, que afeta a qualidade de vida dos trabalhadores, alterando a saúde, e atingindo o ambiente no âmbito laboral e social, deteriorando o processo de trabalho e a produtividade. **Objetivos:** Identificar as características das denúncias sobre assédio moral encaminhadas ao Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo, o perfil dos profissionais de enfermagem envolvidos, e os encaminhamentos das denúncias no período de 2011 a 2016. **Método:** Pesquisa de abordagem quantitativa, retrospectiva, exploratória e descritiva, a partir da análise documental nas denúncias sobre assédio moral. Os dados foram analisados, organizados e apresentados através de estatística descritiva, e na análise de variáveis foram observados os valores mínimos e máximos, o cálculo de desvio padrão, médias e medianas, e nas variáveis qualitativas foi calculada a frequência relativa e absoluta. **Resultados:** A idade média, sexo, e tempo de registro profissional dos denunciantes e denunciados foi de $42,34 \pm 10,69(42)$ e $42,08 \pm 9,63(43.50)$, 68,35%(feminino) e 75,27%(feminino), $13,5 \pm 8,0[13,5]$ e $18 \pm 15,7[18,5]$ respectivamente. As categorias profissionais predominantes nos denunciantes e denunciados foram Auxiliares de Enfermagem 46,83% e Enfermeiros 94,64% respectivamente. Dos Enfermeiros denunciados, 44,08% possuem ou possuíram inscrição como Técnicos e Auxiliares de Enfermagem. Dos profissionais de enfermagem denunciantes, 10,25% alegaram problemas de saúde, decorrentes do assédio moral. Em relação a qualidade das denúncias, 55% foram manuscritas e 48,72% vieram desprovidas de qualquer documento de comprovação. **Conclusão:** O estudo identificou características sócio demográficas de denunciantes e denunciados, e das denúncias por assédio moral, e seus encaminhamentos na Autarquia, tendo relevância nos âmbitos laboral, social e político da enfermagem, visando a proteção dos profissionais, e a diminuição da ocorrência do assédio moral.

Palavras-chave: Assédio moral. Enfermagem. Denúncia. Ética da enfermagem. Legislação de enfermagem. Violência.

Oliveira MVL. Bullying in nursing: a quantitative approach, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2017.

ABSTRACT

Introduction: Bullying is a worldwide problem, which affects the quality of life of workers, changing health, and reaching the workplace and social environment, deteriorating the work process and productivity. **Objective:** Identify the characteristics of the reports about workplace harassment sent to Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, the profile of the nursing professionals involved, and the referrals of the denunciations in the Autarchy, from 2011 to 2016. **Method:** Quantitative, retrospective, exploratory and descriptive research, based on the documentary analysis of the allegations of workplace harassment. Data were analyzed, organized and presented through descriptive statistics, and in the analysis of variables the minimum and maximum values, the calculation of standard deviation, averages and medians, and the qualitative variables were calculated the relative and absolute frequency. **Results:** The mean age, sex, and professional registration time of whistleblowers and complainants was 42.34 ± 10.69 (42) and 42.08 ± 9.63 (43.50), 68.35% (female) and 75.27 % (female), 13.5 ± 8.0 [13.5] and 18 ± 15.7 [18.5] respectively. The predominant professional categories in the complainants and denounced were Nursing Assistants 46.83% and Nurses 94.64%, respectively. Of the denounced Nurses, 44.08% have or have registered as Technicians and Nursing Assistants. Of the denouncing nursing professionals, 10.25% claimed health problems due to bullying. Regarding the quality of the complaints, 55% were handwritten and 48.72% were deprived of any document of proof. **Final Considerations:** The study identified socio-demographic characteristics of whistleblowers and denounces, and denunciations of workplace harassment, and its referrals in the Autarchy, having relevance in the labor, social and political fields of nursing, aiming at the protection of professionals, and reducing the occurrence of bullying.

Key words: Harassment. Nursing. Complaint. Nursing ethics. Nursing legislation. Violence.

Lista de Gráficos

Gráfico 1 Relação entre idade dos denunciantes e número de denúncias efetuadas.....	79
Gráfico 2 Relação entre idade dos denunciados e número de denúncias recebidas.....	80
Gráfico 3 Relação entre tempo de inscrição no COREN-SP dos denunciantes e número de denúncias realizadas.....	81
Gráfico 4 Relação entre tempo de inscrição no COREN-SP dos denunciados e número de denúncias recebidas.....	81

Lista de Quadros

Quadro 1. Diferenças entre conflitos e situações que favorecem a ocorrência do assédio moral segundo Cassito et al.....	33
Quadro 2 As cinco principais manobras para destruir um bom profissional segundo Gonzalez de Rivera e Rodríguez-Abuin.....	35
Quadro 3 Tipos de assédio moral relacionados ao agressor e ao agredido segundo Hagopian e Freitas.....	37
Quadro 4 Consequências do Assédio Moral para a saúde dos trabalhadores.....	41
Quadro 5 Profissionais de Enfermagem que encaminharam denúncias por assédio moral ao COREN-SP, alegando problemas de saúde decorrentes do assédio moral no ambiente laboral, e os encaminhamentos da denúncia no COREN-SP.....	85

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Características dos Agressores segundo Silva et al.....	46
Tabela 2 Profissionais e entidades procuradas fora do ambiente laboral, porcentagem dos trabalhadores solicitantes e efetividade da resolução dos casos diante da atuação profissional segundo Hirigoyen.....	54
Tabela 3 Comparativo das denúncias por assédio moral enviadas ao COREN-SP de 2011 a 2016, e o número total de denúncias enviadas, São Paulo - 2017.....	77
Tabela 4 Características sócio demográficas dos denunciantes e denunciados que figuram nas denúncias sobre assédio moral enviadas ao COREN-SP no recorte temporal de 2011 a 2016, São Paulo - 2017.....	78
Tabela 5 Profissionais de Enfermagem, partes nas denúncias e nos processos tramitados no COREN-SP, decorrentes da suposta ocorrência de assédio moral, São Paulo - 2017.....	82
Tabela 6 Outra categoria profissional de inscrição no COREN-SP, dos denunciados por suposta prática de assédio moral além da categoria a qual pertencem enquanto denunciados, São Paulo - 2017.....	83
Tabela 7 Denúncias por assédio moral que contém relatos de problemas de saúde decorrentes do fenômeno, relatados pelos denunciantes, entre os anos de 2011 e 2016, São Paulo - 2017.....	84
Tabela 8 Municípios de origem das denúncias por assédio moral, entre os anos de 2011 e 2016, proporção de profissionais de enfermagem na região, e número de municípios das regiões e porcentagem em relação ao total de municípios do estado, São Paulo - 2017.....	86
Tabela 9 Forma de apresentação das denúncias por assédio moral encaminhadas ao COREN-SP entre os anos de 2011 e 2016, São Paulo - 2017.....	87
Tabela 10 Tipos e quantidades de documentos anexos às 40 denúncias por assédio moral, que vieram com documentos anexos, encaminhadas ao COREN-SP entre os anos de 2011 e 2016, São Paulo - 2017.....	88

Tabela 11 Principais termos, por ocorrência, usados nas denúncias por assédio moral encaminhadas ao COREN-SP entre os anos de 2011 e 2016, para definir o Assédio Moral, São Paulo - 2017.....	89
Tabela 12 Ocorrência das denúncias segundo a instituição de origem, São Paulo - 2017.....	90
Tabela 13 Atendimento dos pressupostos de admissibilidade previstos no Art. 27 do CPEDE, pelas denúncias sobre o suposto assédio moral, entre os anos de 2011 a 2016, São Paulo - 2017.....	92
Tabela 14 Realização de Audiências Prévias de Conciliação entre os anos de 2011 a 2016, São Paulo - 2017.....	93
Tabela 15 Encaminhamentos propostos pelos relatores iniciais nos pareceres fundamentados, apresentados ao Plenário, São Paulo - 2017.....	93
Tabela 16 Qualidade das denúncias enviadas ao COREN-SP e seus encaminhamentos, São Paulo - 2017.....	95
Tabela 17 Artigos do CEPE supostamente infringidos pelos denunciados apontados pelos relatores iniciais na apresentação dos pareceres fundamentados, São Paulo – 2017.....	97
Tabela 18 Pareceres das Comissões de Instrução ao final da Instrução nos processos por assédio moral tramitando no COREN-SP entre os anos de 2011 e 2016, São Paulo - 2017.....	99
Tabela 19 Voto do relator final, indicando culpabilidade ou absolvição, nos pareceres finais nos processos por assédio moral, São Paulo - 2017.....	100
Tabela 20 Artigos do CEPE, apontados pelos relatores finais como infringidos pelos denunciados nos processos ético-disciplinares, por assédio moral, São Paulo - 2017.....	101
Tabela 21 Propostas do relator final no voto indicando culpabilidade ou absolvição, nos julgamentos decorrentes dos processos éticos-disciplinares por assédio moral.....	103

Tabela 22 Decisão final do Plenário diante do voto proposto pelo relator final indicando culpabilidade ou absolvição nos julgamentos decorrentes dos processos éticos-disciplinares por assédio moral, São Paulo - 2017.....105

Tabela 23 Decisão final do Plenário em relação às penalidades propostas pelo relator final no voto apresentado no julgamento dos processos éticos-disciplinares decorrentes do assédio moral, São Paulo - 2017.....105

LISTA DE SIGLAS

ALESP	Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo
BNDES	Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social
CCJ	Comissão de Constituição e Justiça
CEE	Comissão de Ética em Enfermagem
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEPE	Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem
CIPA	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CPEDE	Código de Processo Ético Disciplinar da Enfermagem
EEUSP	Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
EUA	Estados Unidos da América
EU-OSHA	Agência Europeia para a Segurança e a Saúde no Trabalho
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
JILPT	Instituto Japonês de Política e Treinamento Trabalhista
LIPT	Leymann Inventory of Psychological Terrorization
MPT	Ministério Público do Trabalho
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
NR	Normas Regulamentadoras
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
PED	Processo Ético-Disciplinar
RT	Responsável Técnico
SINSAUDESP	Sindicato dos Auxiliares e Técnicos de Enfermagem e Trabalhadores em Estabelecimentos de Serviços de Saúde de São Paulo
SRTE	Superintendências Regionais do Trabalho e Emprego
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
WHO	World Health Organization

LISTA DE ABREVIATURAS

AM

Assédio Moral

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	19
1.1 REVISÃO DA LITERATURA E DELIMITAÇÃO DA TEMÁTICA.....	27
1.1.1 Definições do Assédio Moral.....	27
1.1.2 Assédio moral e o conflito.....	32
1.1.3 Consequências do assédio moral o trabalhador e para a sociedade....	40
1.1.4 Os personagens: a empresa, o assediador e o assediado.....	42
1.1.5 A enfermagem e a ocorrência do Assédio Moral.....	48
1.2 QUEM PODE INTERFERIR NA OCORRENCIA DO ASSÉDIO MORAL.....	51
1.2.1 Interferindo na ocorrência do Assédio Moral no ambiente laboral.....	51
1.2.2 Interferindo na ocorrência do Assédio Moral fora do ambiente laboral	54
1.3 PREVENÇÃO À OCORRENCIA DO ASSÉDIO MORAL.....	57
1.3.1 Como prevenir a ocorrência do assédio moral.....	57
1.3.2 Legislações que penalizam o assédio moral.....	60
1.4 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO, PROBLEMA E HIPÓTESE.....	64
1.5 OBJETIVOS.....	66
2. TRAJETORIA METODOLÓGICA.....	68
2.1 Tipo de pesquisa.....	68
2.2 Aspectos éticos do estudo.....	69
2.3 População do estudo.....	69
2.4 Procedimentos para a coleta dos dados.....	70
2.5 O Instrumento de coleta de dados.....	70
2.6 A operacionalização da coleta de dados.....	70
2.7 A organização e análise dos dados.....	71
2.8 A análise dos dados com foco na literatura e na legislação.....	71
2.8.1 O Conselho Regional de Enfermagem.....	72
2.8.2 O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.....	72
2.8.3 O Código de Processo Ético-Disciplinar da Enfermagem.....	73
2.9 Estatística.....	74
3. RESULTADOS.....	76
3.1 População.....	76
3.1.1 Relação entre idade e denunciante.....	79

3.1.2 Relação entre idade e denunciados.....	80
3.1.3 Relação entre tempo de registro profissional e denunciantes.....	80
3.1.4 Relação entre tempo de registro profissional e denunciados.....	81
3.2 Resultados referentes às denúncias.....	85
3.3 Resultados referentes à tramitação das denúncias.....	90
4. DISCUSSÃO.....	108
5. CONCLUSÃO.....	114
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	116
7. REFERÊNCIAS.....	122
8. APÊNDICES.....	138

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

O mundo passa por sucessivas transformações sociais ao longo do tempo, fato que afeta a vida dos trabalhadores. Atualmente um dos fatores de maior preponderância é a globalização, e o século XX foi uma época de transformações no mundo do trabalho, motivados pela crise de produção e pela acumulação de capital por instituições e empresas, fatores que determinaram as condições no mercado de trabalho, e a correlação de força entre capital e trabalho (Guimarães, Rocha, 2008).

Os trabalhadores que atuam sob o sistema capitalista são reféns das variações na forma de gestão, estando expostos à vulnerabilidade social, à precarização das condições de trabalho, à desregulamentação de direitos trabalhistas e a flexibilização do trabalho no modelo neoliberal, o que atinge todas as categorias profissionais no decorrer da história do capitalismo, impactando negativamente a vida e a saúde das pessoas em âmbito global, especialmente os mais pobres, excluídos economicamente dos bens de consumo e serviços sociais (Silva, 2008).

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) afirma no relatório Igualdade de Gênero e Raça no Trabalho: avanços e desafios, que o trabalho é o mais importante e o mais produtivo instrumento para que as pessoas possam superar a situação de pobreza e alcançar condições de vida dignas, já que têm acesso muito limitado a outros meios tais como terra, tecnologia ou crédito (Organização Internacional do Trabalho, 2010).

Na complexidade do mundo globalizado, as questões inerentes às condições dos trabalhadores tornam-se confusas e adquirem novo sentido e significado, pela falta da nitidez entre capital e trabalho, transformando pessoas em objetos, sem autonomia, sem criatividade, sem direitos, flexibilizados, obrigando-as a vivenciar um individualismo competitivo e canibal, que desgasta o caráter e revela a violência subjetiva no ambiente laboral. Para estas pessoas, o significado do trabalho se confunde com suas vidas, determinando modos agir, pensar e sentir, baseados em significados sociais internalizados, complexos, resultantes de construções sociais decorrentes, da auto realização, independência, valorização e sobrevivência (Barreto, 2013).

A violência e assédio contra os trabalhadores é um abuso de poder, que afeta especialmente àqueles em situação de vulnerabilidade, que têm acesso limitado aos seus direitos tais como liberdade de associação, negociação, trabalho decente, não discriminação e acesso à justiça. Alguns grupos de trabalhadores, e particularmente as mulheres, são afetadas desproporcionalmente pela violência e assédio no trabalho, onde as relações de poder são desiguais, os salários são baixos e as condições de trabalho são precárias, o que as expõe a violência (Organização Internacional do Trabalho, 2017).

O mundo do trabalho está submetido à crescente, constante e grave incidência de violência, o que é uma violação da dignidade e dos direitos humanos, questão intimamente ligada às relações desiguais de poder, onde as mulheres correm maior risco de violência e que certos grupos de mulheres enfrentam riscos significativos, em especial imigrantes e migrantes, trabalhadores domésticos e familiares, e trabalhadores informais que são menos cobertos por acordos de negociação ou legislação (Organização Internacional do Trabalho, 2011).

As definições de violência no mundo do trabalho, incluem uma ampla gama de atos violentos: violência física que pode levar à morte, lesões e assaltos; violência psicossocial / psicológica resultante do bullying, assédio e mobbing, e assédio sexual, violência sexual e abuso (Organização Internacional do Trabalho, 2017).

O termo violência no ambiente laboral, refere-se a práticas desenvolvidas por pessoas, grupos ou segmentos com o objetivo de forçar a submissão de outros trabalhadores com a finalidade de explorar, oprimir, dominar e controlar, impedindo a manifestação da vontade e da autonomia, retirando destes a capacidade de exercerem seus direitos, realizarem desejos e de construir perspectivas, forçando-os a deixar de serem protagonistas de suas trajetórias profissionais, bem como impedindo-os no exercício pleno da cidadania (Teles, 2011).

A OIT em sua 328ª Sessão em Genebra no ano de 2016, no Quinto Relatório Complementar: Resultado da Reunião de especialistas em violência contra Mulheres e homens no mundo do trabalho, reconheceu que a terminologia pode variar entre países, mas que o termo "violência e assédio" foi útil na compreensão de um fenômeno inaceitável de comportamentos e práticas que podem resultar em danos

físicos, psicológicos, sexuais e sofrimento, havendo aí uma atenção especial na violência baseada no gênero. Diante disso os especialistas concordaram com a importância de distinguir dentre as várias formas de violência e assédio, e diante da variação de termos, o avanço na utilização do conceito “violência e assédio” em vez de apenas violência para garantir a adequada compreensão do comportamento inaceitável (Organização Internacional do Trabalho, 2016).

A violência no trabalho é uma tendência ascendente, ocorrendo nos locais de trabalho no mundo todo, o que permite concluir que este problema ultrapassa as fronteiras dos países, os âmbitos de trabalho e categorias profissionais, afetando a dignidade, a saúde, e o desempenho de milhões de pessoas. Os trabalhadores da saúde são atingidos pela violência verbal, sendo os insultos, ofensas e gritos as ocorrências mais comuns, mas também são atingidos pela violência física, como empurrões e golpes, praticados por pacientes e acompanhantes (Acevedo, 2015).

Na década de 1990 a OIT realizou levantamento comparando a violência laboral nos países da União Europeia concluindo que existem diferenças entre os países membros no que tange a ocorrência da violência laboral, mas que a noção de violência laboral é sedimentada e reconhecida, conferindo importância aos atos de violência física e psicológica contra os trabalhadores, com números apontando que 4% dos trabalhadores foram vítimas de violência física, 2% dos trabalhadores foram vítimas de violência sexual e 8% dos trabalhadores foram vítimas de intimidação (Hirigoyen, 2015).

Cerca de um terço dos trabalhadores estão expostos a situações de violência no ambiente de trabalho, a maioria destas relacionadas a agressões provenientes e relacionadas uma estreita relação com o público, fator prevalente da violência no trabalho. Todos estes casos estão relacionados a gestão da organização do processo de trabalho por parte do empregador. A forma como se vinculam o trabalhador com o público é responsabilidade do empregador, podendo ser modificada de forma a diminuir os riscos (Alberto et al., 2015).

Os fatores laborais da ansiedade, da deterioração da comunicação interpessoal, da motivação laboral, do ritmo excessivo de trabalho, ou do stress podem estar ligados a violência laboral, que por sua vez pode se manifestar através

do Assédio Moral (AM), fenômeno corriqueiro na atividade laboral, fator de precarização das condições de trabalho e que atinge trabalhadores no mundo todo. A violência moral no trabalho, sempre esteve atrelada a prática profissional na história da humanidade, mas só começou a ser vista recentemente, sob a ótica das noções de direitos humanos e cidadania, que permitiram perceber sua recorrência no mundo do trabalho, principalmente nas atividades em que há predomínio de mulheres, como é o caso da Enfermagem (Bobroff, 2013).

A ocorrência do AM e as questões relacionadas ao gênero, devem ser compreendidas e analisadas sob o contexto sociocultural, pois em países mais desenvolvidos existe uma real preocupação de oportunidades entre os homens e mulheres, apresentando números mais aproximados na ocorrência do AM entre gêneros, ao passo que nos países latinos, onde reina uma atmosfera machista, os resultados demonstram que as mulheres são as vítimas mais frequentes, como também são assediadas de forma diferente dos homens, com conotações sexistas e machistas, e que o assédio sexual nada mais é do que a evolução do assédio moral, e que em ambos os casos, existe a atitude assediadora e a humilhação do outro para considera-lo um objeto (Hirigoyen, 2015).

A corrida competitiva entre as empresas se intensificou com a globalização, levando a uma mudança nas relações pessoais, estabelecendo novas relações de trabalho, sendo o AM nestas relações, uma ocorrência generalizada, com efeitos hostis e invisíveis, que ameaçam a produtividade e a competitividade, deteriorando a saúde dos trabalhadores, mas manifestando-se primeiramente na própria organização, onde em especial relacionada a questão de gênero, especificamente nesta pesquisa, as mulheres acreditam que são assediadas simplesmente por serem mulheres, por reclamar seus direitos trabalhistas, por se considerarem honestas e por estarem grávidas (Benavides, 2015).

A violência generalizada contra as mulheres, revela sua vulnerabilidade frente ao AM, ficando mais vulneráveis durante a gravidez e a lactação, sendo a discriminação pela gravidez e o assédio sexual duas formas de violência com os quais as mulheres de deparam no mundo do trabalho, e que estão seguramente relacionadas ao Assédio Moral pelo motivo do assediador poder valer-se destas como uma ferramenta para assediá-las (Bermudez, Tinoco, 2015).

Segundo Hirigoyen (2015) não se pode atribuir o AM somente aos processos do capitalismo, da globalização, e da organização do trabalho, entidades que considera abstratas, lembrando a importância do olhar multifacetado sobre a ocorrência do AM, considerando os indivíduos que estão inseridos no ambiente laboral, as vítimas e os agressores, suas histórias e personalidades, como também considerar a questão organizacional e suas regras e formas de gestão.

A causa do AM está relacionada as novas maneiras de organizar e administrar o trabalho, com competição exagerada e a supervalorização da hierarquia nas empresas, muitas vezes com gerentes menos qualificados que os funcionários. Estratégias de treinamento mal definidas, a cultura de indiferença e insensibilidade com o sofrimento alheio, aliados à falta de pessoal, o que leva a sobrecarga física e mental dos trabalhadores, obrigando a jornadas extras impostas e não pagas. A indefinição de funções e responsabilidades, a reestruturação com o duplo objetivo de cortar gastos e eliminar os trabalhadores doentes e acidentados do ambiente do trabalho (Barreto, 2015).

O AM, incide sobre os trabalhadores, não importando o tipo de sua inserção na organização, seu contrato de trabalho, pois trabalhadores efetivos, temporários, estagiários, terceirizados, consultores e prestadores de serviços podem sofrer com a prática. Pode envolver qualquer trabalhador, em qualquer das instâncias hierárquicas institucionais, podendo ocorrer entre colegas, assédio horizontal, partindo de subordinados para superiores, assédio ascendente, partindo de supervisores para subordinados, assédio descendente, ou ainda ocorrer de forma simultânea entre diversas pessoas em relação ao alvo, assédio misto (Uchimura, 2015).

A OIT, por considerar que a discriminação é um relevante impeditivo e uma clara violação dos direitos humanos para o alcance do bem-estar material, para o desenvolvimento espiritual em condições de liberdade e de dignidade, e para a segurança econômica e de igual oportunidade, adotou a Convenção sobre a Discriminação, definindo-a como *toda a distinção, exclusão ou preferência, com base em raça, cor, sexo, religião, opinião política, nacionalidade ou origem social, que tenha por efeito anular ou reduzir a igualdade de oportunidade ou de tratamento no emprego*, o que a liga diretamente ao fenômeno que seria definido décadas mais tarde como AM, e seu aspecto discriminatório (Organização Internacional do Trabalho, 1958).

Todas as ocorrências de AM estão relacionadas com a discriminação, pois é um fenômeno no mundo do trabalho que confirma a não aceitação de uma diferença ou característica do trabalhador, sendo geralmente um ato dissimulado por ser proibido pela legislação. O AM discriminatório pode ocorrer em função de deficiência física ou doença, por motivo de gênero ou orientação sexual, por pertencer a entidade representativa de trabalhadores, ou ainda por motivos raciais ou religiosos (Hirigoyen, 2015).

O AM está relacionado ao autoritarismo e a assimetria de poder, manifestando-se no propósito de desmoralizar e desqualificar o trabalhador, fato que degrada o ambiente e as condições de trabalho, indicando a existência do vínculo entre as relações sociais no trabalho e os indicadores de risco à saúde do trabalhador. Estas relações, quando assimétricas, autoritárias e intimidadoras, geram um ambiente carregado de terror psicológico e de violência subjetiva, impondo aos trabalhadores múltiplos medos, silêncio forçado, sofrimento e vergonha (Barreto, 2013).

Os fatores psicossociais que atuam sobre o trabalhador submetido ao AM, são qualificados pelo tempo de exposição ao fenômeno, jornada de trabalho, exigências emocionais, autonomia insuficiente, má qualidade das relações sociais com a hierarquia, conflitos de valores e a instabilidade laboral (Arancibia, 2015).

O assédio moral é fato comum nas relações de trabalho com grande potencial para gerar danos, muitas vezes, irreversíveis na vida do trabalhador, não se limitando a lesionar apenas a saúde, afetando inclusive os campos afetivo, social e patrimonial (Azevedo, Araújo, 2012).

O AM pode não causar o adoecimento da totalidade dos trabalhadores, mas possui potencialidade para causar doenças graves e alterações psicossomáticas, não mostrando diretamente o nexo entre as experiências vivenciadas pelos trabalhadores e seus efeitos na saúde, por seu caráter subjetivo, sendo o adoecimento, uma de suas principais consequências (Soboll, Horst, 2015).

Os agravos à saúde do trabalhador decorrentes da submissão ao AM, são a cefaleia, os distúrbios cardiovasculares, digestivos e musculares. São descritos ainda a insônia, perda da vitalidade, que podem ocorrer isoladamente ou acompanhadas da

agressividade, angústia, ansiedade, depressão, desalento, desespero, desilusão, incapacidade para o trabalho, medo, pensamentos repetitivos, perda do sentido da atividade laboral, desenvolvimento de psicoses, síndrome do pânico, stress, stress pós traumático, tristeza profunda, vergonha, e em casos extremos a ideação e a prática do suicídio (Acevedo, 2015; Hirigoyen, 2015; Soboll, Horst, 2015; Barreto, 2013; Mininel, Baptista, Felli, 2011; Inácio, Salim, 2010).

A violência laboral manifesta através do AM, pode causar incapacidades temporárias ou definitivas e só se torna um problema preocupante para a empresa, quando afeta a capacidade produtiva do trabalhador. Em resposta a violência sofrida no local de trabalho, os trabalhadores adotam estratégias de evasão, que são as licenças, mudança de emprego ou trabalho, e renúncia, sendo comumente banalizadas pelos chefes institucionais (Acevedo 2015; Mininel, Baptista, Felli, 2011).

A falta de estratégias preventivas para reduzir o impacto ou eliminar a ocorrência dos riscos psicossociais no ambiente laboral, decorrem da falta de informação a respeito dos males que estes fatores podem causar à saúde dos trabalhadores, e do entendimento equivocado de que os problemas derivados do stress são de carácter individual e somente afetam indivíduos predispostos, que desempenham atividades intelectuais em detrimento da atividade manual (Ramírez, 2015).

Em situações onde o assédio comprovadamente ocorra, é necessário que o trabalhador atingido busque ajuda, pois as vítimas estão isoladas e nem sempre conseguem o auxílio que buscam para a solução do problema. É recomendado falar sobre a ocorrência, onde o trabalhador possa expressar seu sofrimento, buscando ajuda entre os colegas, buscando a união dos trabalhadores, o que pode impedir que o assediador continue a agir de forma nociva. O trabalhador pode ainda solicitar ajuda de entidades representativas, que podem realizar vistorias trabalhistas e sindicais nas instituições (Hirigoyen, 2015).

O sistema educacional é uma ferramenta que pode ser usada de forma contundente contra a ocorrência do AM, aproveitando-se do carácter filosófico e político do processo de ensino, para gerar igualdade social, cívica e cultural, e usando os conteúdos programáticos de educação voltados para a ética, para formar pessoas que

possam compreender as múltiplas estruturas e facetas legais, institucionais e laborais que controlam e dominam os processos sociais, produtivos, familiares e do emprego, com o propósito de modificar as condições opressivas relacionados ao emprego e trabalho (Acosta, 2015).

As organizações de trabalhadores devem abordar e confrontar o AM não como uma reclamação isolada, mas como um fenômeno oculto, enraizado nos relacionamentos no ambiente conceptual e na cultura organizacional, sendo primordial através do trabalho de equipes interdisciplinares, o levantamento dos fatores relacionados a causa e as consequências do AM, buscando intervenções para a proteção dos trabalhadores, capacitando e sensibilizando as pessoas, responsabilizando a diretoria e a gestão das empresas sobre o forma da gestão institucional, incentivando e instituindo formas de medir a violência psicológica e física, e implantando de forma individual e coletiva o auto cuidado e o cuidado ao trabalhador, com protocolos de intervenção, procurando erradicar o AM, e apoiar a dignidade dos trabalhadores (Dornel, Mauros, Stemphelet, 2015).

1.1 REVISÃO DA LITERATURA E DELIMITAÇÃO DA TEMÁTICA

1.1.1 Conceito e Definição do Assédio Moral

Segundo Hirigoyen (2015) O assédio moral é definido por muitos termos, em diferentes lugares do mundo onde é pesquisado, em várias culturas e contextos. Na década de 1960, o Médico Peter Paul Heinemann descreveu o comportamento hostil de determinadas crianças em relação a outras, dentro das escolas, fazendo um paralelo com experiências realizadas primordialmente pelo Etnólogo Konrad Lorenz que descreveu o comportamento agressivo de animais que queriam expulsar intrusos.

A autora francesa afirma ainda que na década de 1980 o Psicólogo Heinz Leimann usou o mesmo termo para descrever formas severas de assédio dentro das organizações. O termo usado em todos estes casos foi o *mobbing*. Este termo deriva do verbo inglês *mob*, que significa maltratar, atacar, perseguir, sitiado. Para Heinz Leimann, o *mobbing*, consiste em manobras hostis, frequentes e repetitivas no local de trabalho, visando sempre a mesma pessoa, e provém de um conflito que degenera, sendo uma forma grave de stress psicossocial (Hirigoyen, 2015)

Este termo se difundiu na década de 1990 entre pesquisadores sobre a temática, nos países escandinavos e Alemanha. Outra definição do termo *mobbing* são as ações repetidas e repreensíveis ou claramente negativas, dirigidas contra empregados de uma maneira ofensiva, e que podem conduzir a seu isolamento do grupo no local de trabalho. Atualmente o termo é utilizado e sua definição corresponde ao início das perseguições coletivas e a violência ligada à organização, e pode incluir desvios que culminam em violência física (Hirigoyen, 2015).

O termo *bullying*, também é conhecido na Inglaterra, o termo *bully* significa tratar com desumanidade, com grosseria, e o substantivo *bully* refere-se a uma pessoa grosseira e tirânica, que ataca os mais fracos. Inicialmente não era usado para definir a violência laboral, mas para descrever humilhações, vexames ou ameaças que crianças ou grupos de crianças infligiam a outras. Com o passar do tempo, abrangeu agressões observadas no exército, nos esportes, na vida familiar, em especial aos idosos, e posteriormente foi usada para definir a violência laboral. Possui conotação mais ampla do que o termo *mobbing*, abrangendo desde piadas e isolamento, até condutas abusivas de conotação sexual ou agressões físicas, referindo-se ainda a ofensas ou violência individual do que a violência organizacional, sendo o *bullying* originário em sua maior parte de superiores hierárquicos e o *mobbing* um fenômeno de grupo (Hirigoyen, 2015).

Em 1976, o psiquiatra americano Carroll Brodsky publicou um livro intitulado *The harassed worker*, definindo a prática como ataques repetitivos e voluntários de uma pessoa a outra, com o propósito de atormentar, minar ou provocar, assinalando ainda em sua publicação os efeitos destes atos a saúde do trabalhador. No entanto o termo *harassment* foi introduzido nos EUA através da publicação de um artigo de Heinz Leymann na revista americana *Violence and Victims*, sendo reconhecido como pioneiro na pesquisa do assédio moral no local de trabalho, bem como o pai da prevenção a esta prática no ambiente laboral. O termo *workplace harassment* é atualmente cada vez mais utilizado, sendo utilizado por exemplo pela Agência Europeia para a Segurança e a Saúde no Trabalho (EU-OSHA). Em alguns países, o termo *harassment* se refere particularmente ao assédio sexual, sendo substituído pelo termo *mobbing* quando a referência é o assédio moral (Hirigoyen, 2015; The Japan Institute for Labour Policy and Training (JILPT), 2013).

Em inglês o termo *whistleblowers* define o indivíduo delator, o denunciante, que em consequência disso torna-se alvo de retaliações. É aquele que decide alertar a opinião pública sobre mal feitos ou atos de corrupção, denunciar violações legais no ambiente em que trabalha, ou ações de empresas ou instituições que apresentam perigo importante ou específico relacionado a saúde ou segurança pública. São aqueles que denunciam problemas de funcionamento de um sistema, e evidentemente sofrem represálias da parte do próprio sistema. É uma forma peculiar de assédio moral, destinada a silenciar àqueles que não obedecem às regras do jogo, estando submetidos a ações as quais podem certamente serem definidas como assédio moral (Hirigoyen, 2015).

No Japão, o termo *ijime* é usado para descrever as ofensas e humilhações a que crianças são submetidas nas escolas, como também para descrever nas empresas, as pretensões de um grupo objetivando formar jovens recém contratados, ou ainda inserir indivíduos no grupo e os tornar adaptados. É um instrumento de controle social do mundo do trabalho, relacionado a produtividade e a submissão, e começou a ser praticado na década de 1970. Tal prática atendeu a necessidade da indústria e dos bancos, em nome do crescimento do país, decorrendo de uma reorganização do sistema educacional, com o objetivo de formar pessoas que se autocensurassem para se adequar aos regulamentos impostos. Na década de 1990 evoluiu, exigindo trabalhadores capazes de produzir ideias próprias, e que pudessem se adaptar a um novo molde, mudando a forma de pressão para incluir os indivíduos dentro de um grupo e sem personalidade a se demitirem através de agressões ou pressões psicológicas, principalmente os mais velhos ou considerados inúteis, sendo a forma mais cruel de assédio e que não encontrou sua equivalência na língua japonesa (Hirigoyen, 2015).

A grande variedade de expressões que definem este fenômeno do mundo do trabalho, está diretamente relacionada a cultura local e ao destaque dado à violência laboral. A variedade de expressões revela uma riqueza etimológica, mas em contraponto, dificulta o foco e a definição do AM a nível mundial, exigindo dos estudiosos e organismos relacionados ao trabalho, aproximação, troca de conhecimentos, desenvolvimento de estudos e teorias, e o estabelecimento de práticas transculturais. Em vários países, são usados termos específicos para a

definição do AM: França – *harcèlement moral*, Itália – *molestie psicologiche*, Inglaterra, Austrália e Irlanda – *bullying, bossing, harassment*, nos Estados Unidos, Países nórdicos, bálticos e da Europa Central – *mobbing*, Japão – *murahachibu*, Portugal – *Coacção moral*, países hispânicos – *Acoso moral, acoso psicológico* ou *psicoterrorismo*, e no Brasil – *Assédio moral, assédio psicológico, mobbing* (Guimarães, Rimoldi, 2006).

Dentre os vários pesquisadores que estudam esta temática, Hirigoyen (2014, p. 65) define o fenômeno como:

[...] toda e qualquer conduta abusiva manifestando-se sobretudo por comportamentos, palavras, atos, gestos, escritos que possam trazer dano à personalidade, à dignidade ou a integridade física ou psíquica de uma pessoa, pôr em perigo seu emprego ou degradar o ambiente de trabalho. [...]

A pesquisadora afirma que não importa qual seja a definição adotada, o AM é uma violência velada, não perceptível, mas destrutiva, não devendo os ataques ao trabalhador, serem apontados de maneira isolada, para não se cometer o equívoco de não os considerar graves, e que o efeito cumulativo destes episódios se constitui a agressão do AM, com graves danos à saúde do trabalhador.

Anda no campo das definições, temos Costa e Reusch (2014, p. 6) que definem o AM como:

[...] a prática de atos agressivos dirigidos ao empregado, consistindo não apenas um problema para a vítima, pois contamina todo o ambiente de trabalho, atingindo o empregador e os demais empregados. Pode manifestar-se através de vários comportamentos ofensivos. São ataques físicos ou psicológicos, constantes, sempre de maneira negativa que provocam um abalo psíquico na vítima. São tipicamente imprevisíveis, irracionais e injustos. [...]

Barreto (2013, p. 40) em suas considerações sobre o AM, refere que os trabalhadores o definem como:

[...] toda a sorte de repreensões, cobranças, ameaças, intimidações, constrangimentos e humilhações na relação dos superiores hierárquicos com seus subordinados, o que transforma o ambiente de trabalho em um lócus de desprazer, tristeza e sofrimento e, até mesmo, desconfiança entre os pares [...]

A autora ressalta ainda que em grande parte dos casos, as consequências do fenômeno podem ultrapassar as fronteiras do ambiente laboral, atingindo o ambiente

social e familiar do trabalhador, que reproduz a distância as humilhações sofridas enquanto trabalha (Barreto, 2013).

A Cartilha publicada pelo Ministério do Trabalho define o AM como atos cruéis e desumanos que caracterizam uma atitude violenta e sem ética nas relações de trabalho, praticada por um ou mais chefes contra seus subordinados, constituindo-se na exposição de trabalhadoras e trabalhadores a situações vexatórias, constrangedoras e humilhantes durante o exercício de sua função, também chamada de violência moral, com o objetivo humilhar, desqualificar e desestabilizar emocionalmente a relação da vítima com a organização e o ambiente de trabalho, e que põe em risco a saúde e a vida da vítima e seu emprego (Brasil, 2013).

Ainda em 2013, o Senado Federal Brasileiro, produziu uma cartilha intitulada Assédio Moral e Sexual, como parte do Plano de Ação do Programa Pró-Equidade de Gênero e Raça do Senado Federal onde na página 6, define o AM como:

[...] a repetição deliberada de gestos, palavras (orais ou escritas) e/ou comportamentos de natureza psicológica, os quais expõem o(a) servidor(a), o(a) empregado(a) ou o(a) estagiário(a) (ou grupo de servidores(as) e empregados(as) a situações humilhantes e constrangedoras, capazes de lhes causar ofensa à personalidade, à dignidade ou à integridade psíquica ou física, com o objetivo de excluí-los(as) das suas funções ou de deteriorar o ambiente de trabalho. [...]

O documento deixa claro que deve haver a habitualidade e a intencionalidade para a caracterização do assédio moral, colocando ainda que embora o AM seja praticado no ambiente laboral, é possível que seja verificado em outros ambientes, desde que a prática esteja relacionada às relações de poder referentes ao ambiente profissional (Brasil, 2013).

Leymann (1990, p. 120) aqui já mencionado como o pioneiro dos atuais estudos sobre o AM o define como:

[...] comunicação hostil e antiética, que é dirigida de forma sistemática por uma ou várias pessoas em direção a um indivíduo, havendo casos em que o assédio moral é mútuo, em ações que ocorrem frequentemente e durante um longo período e, por causa dessa frequência e duração, resultam em problemas psíquicos, psicossomáticos e sociais. Esta definição elimina os conflitos, concentrando-se na zona de transição onde a situação psicossocial começa a resultar em estados patológicos psiquiátricos e / ou psicossomáticos. [...]

O AM é um fenômeno que pode ser objetivo ou subjetivo, com ampla definição, relacionado a atitudes repetitivas que atinjam a autoestima e a segurança do trabalhador, na degradação do ambiente do trabalho, carreira profissional ou estabilidade do vínculo, com uma ampla gama de consequências para o trabalhador afetado.

1.1.2 Assédio moral e conflito

No mundo do trabalho as relações interpessoais são dinâmicas, podendo acontecer o conflito, ocorrência comum no ambiente laboral, que faz parte do relacionamento humano. Também pode ocorrer o AM, prática condenável, que pode trazer sérias consequências a saúde do trabalhador, tornando-se imperativa a diferenciação destes fenômenos que são confundidos. Quando existe a prática do AM no ambiente laboral, é porque o conflito foi suprimido ou sufocado, pois na situação onde existe o conflito, o trabalhador tem a liberdade para falar, discutir e equacionar situações em correlação de forças com seus líderes, colegas ou liderados, e em caso contrário, haverá o subjetivo, o não falado, o escondido (Hirigoyen, 2015).

Em muitos ambientes laborais existe um círculo vicioso, onde os trabalhadores estão submetidos de forma crítica e velada a uma realidade onde tem medo de serem assediados e acusados, as testemunhas têm medo de serem demitidas, as empresas temem perder a produtividade, como também temem ser submetidas a perda do padrão de qualidade, indenizações ou ressarcimentos por danos morais e escândalos (Ruwer, Canoas, 2010).

A desigualdade nas forças correlatas no relacionamento do trabalhador com sua chefia no ambiente laboral não é um critério para a caracterização do AM, mas pode desequilibrar a relação, o trabalhador ser agredido, e empurrado para uma situação de submissão e inferioridade, independentemente de sua posição formal na hierarquia institucional (Soboll, Horst, 2015).

No contexto trabalhista atual, as nomenclaturas para definir quem trabalha foram mudadas, os conflitos neutralizados, impondo-se uma nova ordem pelo capital, em que trabalhadores devem estar constantemente motivados e atuantes,

flexibilizados emocionalmente, sendo maleáveis e submissos, existindo uma mistura da vida do trabalhador com a vida da empresa (Barreto, 2013).

O conflito é encontro entre diferentes culturas profissionais, visões de mundo, valores, reivindicações profissionais, disputas de poder ou recursos escassos, realizando-se pelo desentendimento entre duas ou mais pessoas, pela dificuldade de lidar com as diferenças, associada a impossibilidade da convergência de interesses e opiniões, sendo comum em ambientes competitivos ou baseados na participação dos trabalhadores. As características do conflito que o diferenciam do AM são: a prática da comunicação direta, a preservação da interação entre os trabalhadores divergentes, a frequência ocasional em torno de elementos ou situações específicas, a manutenção dos ideais defendidos relacionado ao alcance de metas ou desdobramentos de um projeto, a resolução de situações pontuais, e o não afastamento do trabalho dos profissionais que tenham opiniões diferentes (Fundação Oswaldo Cruz, 2014).

O relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2003) apresenta um quadro comparativo caracterizando o conflito e o assédio moral:

Quadro 1 – Diferenças entre conflitos e situações que favorecem a ocorrência do assédio moral.

Conflitos	Situações de assédio moral
Regras e tarefas claras	Ambiguidade nas regras
Relações colaborativas	Comportamento não cooperativo/boicote
Objetivos comuns e compartilhados	Falta de previsão e planejamento
Relações interpessoais explícitas	Relações interpessoais ambíguas
Organização saudável	Falhas organizacionais
Confrontos e discordâncias ocasionais	Ações antiéticas frequentes e demoradas
Estratégias abertas e francas	Estratégias equivocadas
Conflito aberto e discussão	Ações encobertas e negação de conflitos
Comunicação direta	Comunicação oblíqua e evasiva

Fonte: Compilado de Cassito et al. – Raising Awareness of Psychological Harassment at work – Protection worker health series n.4, 2003

Quando existem oportunidades e forças equivalentes em uma situação de conflito, esta pode ser considerada legítima, em um processo relacional onde cada envolvido tem sua oportunidade. Evitar os conflitos é um equívoco, pois se constituem momentos de consideração mútua, de enriquecimento no relacionamento, e de mudanças (Hirigoyen, 2015, 2014).

Na origem do assédio, não existem explicações óbvias, mas um conjunto de sentimentos inconfessáveis. O ponto de partida para o AM ocorre quando alguém reduz outro trabalhador a uma posição de impotência, para agredi-lo sem que possa revidar, em uma relação profissional assimétrica, em um relacionamento de dominação onde quem comanda o processo, submete o dominado à perda de sua identidade. Mesmo ocorrendo entre colegas no mesmo nível hierárquico ou de forma ascendente, existe a dominação psicológica e a submissão da vítima, em incidentes, onde a ausência de testemunhas ou interlocutores fazem com que a identidade do agredido possa ser facilmente destruída (Hirigoyen, 2015).

A dificuldade da detecção e da penalização do AM, está relacionada à sua "camuflagem" ou "invisibilidade" e, conseqüentemente, ao alto grau de subjetividade envolvido na questão. A comprovação das conseqüências ou do sofrimento da vítima, e a sua causa, nem sempre é aparente, pois tais humilhações não deixam marcas do agressor (Antunes, Carloto, Strey, 2012).

Segundo afirmam Gonzalez de Rivera e Rodríguez-Abuin (2005, p. 3), Leymann criou a conceituação do AM, como também realizou os primeiros estudos clínicos e epidemiológicos sobre o fenômeno. A classificação conceitual sobre a operacionalização do AM, mencionada no estudo de Gonzalez de Rivera e Rodríguez-Abuin, baseado no trabalho de Leymann e Tallgren (1989), divide a forma como os assediadores praticam o assédio moral, em cinco grupos específicos de ações direcionadas às vítimas, denominadas pelos autores espanhóis como *“As cinco principais manobras para destruir um bom profissional”* conforme exposto a seguir:

Quadro 2 - As cinco principais manobras para destruir um bom profissional.

Limitar a comunicação	O assediador impõe sua autoridade determinando o que pode ser dito, sendo negado à vítima o direito de se expressar ou de ser ouvida.
Limitar o contato social	Inviabilizar a comunicação e a informação, e isolar fisicamente a vítima, não lhe dirigir a palavra, e tentar que ninguém o faça.
Desacreditar e ridicularizar	Permitir ou fazer piadas ridicularizando a vítima, sua família, ou suas características pessoais na presença de seus colegas de trabalho.
Desqualificar profissionalmente	Atribuir à vítima tarefas abaixo ou acima de sua capacidade, obriga-la a executar tarefas absurdas ou inúteis, criticar pelos mínimos erros ou defeitos, desprezar seu trabalho e suas habilidades.
Comprometer a saúde ou integridade física	submeter a vítima a trabalhos prejudiciais ou perigosos.

Fonte: Compilado de Gonzalez de Rivera, JL y Rodríguez-Abuin, MJ: Cuestionario de estrategias de acoso en el trabajo. El LIPT-60. Editorial EOS, Madrid, 2005

Para definir os métodos de assédio Hirigoyen (2015, p. 108 e 109) apresenta uma lista de atitudes hostis, com quatro grupos de ações praticadas pelos assediadores contra suas vítimas, agrupando-as por condições de trabalho, comunicação, atentado contra a dignidade, e violência explícita contra o trabalhador. Algumas destas ações são sutis e difíceis de serem detectadas ao passo que outras são mais evidentes, portanto detectáveis, e algumas podem ocupar simultaneamente duas ou mais categorizações propostas pela autora:

Lista de atitudes hostis:

1) Deterioração proposital das condições de trabalho:

- a) Retirar a autonomia da vítima
- b) Privar de informações úteis para realização das tarefas
- c) Contestar sistematicamente todas as decisões da vítima
- d) Criticar o trabalho da vítima de forma injusta e exagerada
- e) Privar a vítima do acesso aos seus instrumentos de trabalho
- f) Retirar da vítima o trabalho que normalmente a compete
- g) Dar à vítima permanentemente novas tarefas
- h) Atribuir sistematicamente tarefas inferiores às competências da vítima
- i) Pressionar a vítima para que não faça valer seus direitos
- j) Impedir a obtenção de promoções pela vítima
- k) Atribuir a vítima contra sua vontade trabalhos perigosos
- l) Atribuir a vítima trabalhos incompatíveis com sua saúde
- m) Causar danos no local de trabalho da vítima
- n) Dar propositalmente instruções impossíveis de executar
- o) Não levar em conta recomendações médicas em relação a vítima
- p) Induzir a vítima ao erro

2) Isolamento e recusa de comunicação

- a) Interromper a vítima constantemente
- b) Superior ou colegas não conversam com a vítima
- c) Comunicar-se exclusivamente por escrito com a vítima
- d) Recusar todo tipo de contato com a vítima, inclusive o visual
- e) Colocar a vítima separadamente dos outros trabalhadores
- f) Ignorar a presença da vítima, dirigindo-se apenas a outros trabalhadores
- g) Proibir os colegas de se comunicarem com a vítima
- h) Não permitir que a vítima fale com ninguém
- i) Recusar qualquer pedido de contato com a direção pela vítima

3) Atentado contra a dignidade

- a) Usar insinuações desdenhosas para qualificar a vítima
- b) Usar gestual corporal de desprezo diante da vítima
- c) Desacreditar a vítima diante dos colegas, superiores ou subordinados
- d) Espalhar boatos a respeito da vítima
- e) Atribuir problemas psicológicos a vítima
- f) Zombar de deficiências ou do aspecto físico da vítima

- g) Criticar a vida privada da vítima
- h) Zombar da origem ou da nacionalidade da vítima
- i) Implicar com a crença religiosa ou convicção política da vítima
- j) Atribuir tarefas humilhantes a vítima
- k) Injuriar a vítima com termos obscenos ou degradantes

4) Violência verbal, física ou sexual

- a) Ameaçar a vítima com perspectiva de violência física
- b) Agredir fisicamente, mesmo que de leve
- c) Gritar com a vítima
- d) Invadir a vida privada da vítima
- e) Seguir ou espionar a vítima na rua ou em seu domicílio
- f) Estragar o carro ou outros bens materiais da vítima
- g) Assediar ou agredir sexualmente a vítima
- h) Não levar em conta os problemas de saúde da vítima

No grupo inexistente a soma dos comportamentos individuais, mas há um novo comportamento coletivo, onde as individualidades são dissolvidas, existindo uma nova concepção deste comportamento em relação aos colegas e ao chefe (Hirigoyen, 2014).

Segundo Carnero, Martínez, Sánchez-Mangas (2010) o AM transcende as questões da hierarquia institucional, devendo usar o indicativo da direção de onde vem e a quem é dirigido o fenômeno, classificando-o como descendente, ascendente, lateral e misto o que é mostrado na tabela a seguir:

Quadro 3 - Tipo de assédio relacionado ao agressor e ao agredido

Tipo de Assédio	Agressor	Agredido
Horizontal ou simétrico	Nível hierárquico idêntico	Nível hierárquico idêntico
Vertical ou assimétrico ascendente	Subordinados	Nível hierárquico superior
Vertical ou assimétrico descendente	Nível hierárquico superior	Subordinados
Misto	Nível hierárquico superior, idêntico e subordinados	Nível hierárquico superior, idêntico e subordinados

Fonte: Compilado de Hagopian e Freitas, Assédio Moral na Enfermagem in Oguisso e Zoboli, Ética e bioética: desafios para a enfermagem e a saúde, 2017

Na ocorrência do AM no sentido vertical, nas relações de trabalho marcadas pela diferença de posição hierárquica, a classificação do fenômeno é definida como descendente, consistindo no AM praticado por superior hierárquico em relação a um subordinado e ascendente, quando um subordinado ou vários subordinados promovem o AM contra um superior hierárquico (Brasil, 2013).

O AM descendente está vinculado à imposição aos assalariados, da disposição de aceitar tudo para manterem seus empregos, com a permissão da organização, para que indivíduos de maneira perversa dirijam seus subordinados, por conveniência ou simplesmente porque não se importam com isso, gerando graves consequências à saúde dos trabalhadores afetados. Pessoas inseguras e narcisistas usam excessivamente suas posições dentro da hierarquia para manterem o controle e o poder, em manobras desprovidas de ética, para o engrandecimento próprio, necessitando do rebaixamento alheio para seu próprio destaque (Hirigoyen, 2014).

Para o trabalhador assediado na modalidade do AM descendente, as consequências para sua saúde são mais graves do que os outros tipos, pela dificuldade da vítima em lidar com a situação, encontrar uma solução, bem como pela situação de isolamento mais agravada. Existe uma dificuldade na distinção entre o cometimento do AM, do exercício das prerrogativas de função dentro da hierarquia institucional, onde a própria questão da subordinação remete a uma relação desigual, onde alguns gestores inseguros abusam de sua posição, gerando situações onde pode ocorrer o AM (Hirigoyen, 2015).

A situação onde ocorre o AM ascendente é mais rara, em situações onde o líder por algum motivo não leva em conta vontades ou opiniões do grupo que lidera em relação às tarefas desenvolvidas, levando um trabalhador ou um grupo deles a se unirem para praticarem atitudes ligadas ao AM, contra um superior hierárquico (Hirigoyen, 2014).

Por ser mais raro, este tipo de assédio não é levado em consideração, mas possui o mesmo poder de destruição. Neste caso, o assediado não sabe a quem buscar para procurar ajuda, mesmo porque, pela sua posição hierárquica, pode não ter acesso a entidades de defesa dos direitos do trabalhador. Normalmente se manifesta diante de falsas alegações de cometimento de AM por parte dos

subordinados e por reações coletivas do grupo contra as decisões ou modo de agir do superior hierárquico (Hirigoyen, 2015).

Na ocorrência do AM no sentido horizontal, não existem diferenças de posição hierárquica entre os personagens envolvidos no fenômeno. Isto ocorre entre colegas de trabalho, sem relação de subordinação (Brasil, 2013).

No grupo existe o nivelamento do comportamento dos indivíduos e a dificuldade em conviver com as diferenças. O AM horizontal manifesta-se através de brincadeiras e piadas grosseiras, gestos obscenos, desprezo por tudo que a vítima faz ou diz. Instituições têm dificuldades em fazer valer dentro de seus ambientes os direitos humanos, deixando acontecer sem qualquer controle, a discriminação em relação a gênero ou raça. As características individuais, como grau de estudo ou relações interpessoais com pessoas com nível hierárquico superior, são fatores que podem levar ao assédio. O fenômeno pode ocorrer ainda por inimizades pessoais, por competitividade no ambiente laboral, ou promoção. Este tipo de AM cria situações de difícil solução por inabilidade institucional, ou incompetência de chefia ou gerencial, que se não forem devidamente acompanhadas podem gerar boatos, prejudicando os trabalhadores envolvidos. Predominam nos ambientes laborais a escolha de responsáveis hierárquicos com habilidades técnicas em detrimento da competência gerencial para equipes, constituindo-se um sério agravante dentro do ambiente laboral, pois quem deveria prestar o primeiro socorro às vítimas no caso da ocorrência do AM, não sabe o que fazer, ou se interfere, o faz de forma inadequada, não inspirando confiança nos liderados (Hirigoyen, 2015).

Na ocorrência do AM denominado como misto, acontece a cumulação do assédio moral vertical e do horizontal. A pessoa é assediada por superiores hierárquicos e também por colegas de trabalho com os quais não mantém relação de subordinação (Brasil, 2013).

O assédio misto pode advir de uma situação relacionada ao assédio horizontal, que depois de algum tempo de sua ocorrência, por incompetência dos superiores hierárquicos na resolução da situação, ou ainda por omissão, tornam-se cúmplices dos colegas assediadores da vítima. Pode ainda vir do superior hierárquico que escolhe uma vítima ou algumas vítimas para servirem de exemplo para os colegas

sofrendo pressão em situações de cometimento do assédio, considerando-a (as) responsável (eis) por tudo de errado que possa ocorrer no ambiente laboral, contando nesta situação com o silêncio ou com a convivência dos colegas. Infelizmente muitas vezes o grupo segue o exemplo do líder, mesmo que este exemplo seja ruim. Outra questão relevante é que a vítima ou as vítimas, não suportam estas ocorrências e acabam modificando seus comportamentos, o que reforça mais ainda seu isolamento frente a equipe dentro do ambiente laboral (Hirigoyen, 2015).

Em pesquisas, foram identificadas a ocorrência do AM vertical, do tipo assimétrico descendente, o ascendente e o horizontal ou simétrico. O tipo descendente foi identificado como o mais frequente, e o ascendente foi o de menor ocorrência, não devendo, entretanto, ser desconsiderado, pois tem o mesmo poder destrutivo dos outros tipos de assédio. A ocorrência mais rara foi do tipo horizontal (Andrade et al., 2015; Pereira, 2011).

1.1.3 Consequências do assédio moral para o trabalhador e para a sociedade

Os agentes são fatores presentes no ambiente laboral, que podem trazer riscos profissionais e agravos à saúde dos trabalhadores. Os agravos podem advir de vários fatores nocivos, e dentre estes fatores, temos especificamente os agentes psicossociais, cujas condições desfavoráveis, podem ameaçar o bem-estar dos indivíduos, gerando uma resposta orgânica provocada, estando relacionada a presença de estressores, a relação com o trabalho, ou a forma como o trabalho é desenvolvido (Lucas, 2004).

A violência no ambiente institucional ocorre em formas variadas, e uma delas se manifesta na ocorrência do AM, que por sua natureza subjetiva, é difícil de ser constatado, mas que pode trazer ao trabalhador sofrimentos psíquicos, merecendo atenção das organizações de saúde, dos profissionais e pela sociedade em geral, pelos graves danos psicológicos que pode provocar na desestruturação da vida de uma pessoa, não somente no desempenho no trabalho, mas também à sua autoestima e relações sociais (Thofehrn et al., 2008).

Atualmente ocorre a introdução de novas tecnologias no ambiente laboral e novas formas de gerenciar o trabalho, devido a necessidade do aumento de produtividade e da qualidade dos produtos. O trabalhador é submetido a situações de

terceirização, quarteirização, e contratos temporários, que trazem flexibilidade, agilidade e competitividade às empresas, mas não oferecem a contrapartida ao trabalhador. Por esta razão os postos de trabalho diminuem, alavancando o subemprego, a diminuição de salários, aumento das jornadas, as doenças e mortes mais presentes e ligadas ao ambiente laboral, que são problemas mais graves que o próprio desemprego. Esta realidade ligada a reestruturação capitalista, aliada à ausência de políticas efetivas de proteção à saúde do trabalhador, deixa em seu rastro muitos doentes dentro do trabalho e em consequência do trabalho, que são posteriormente demitidos, marginalizados do consumo, dos bens e serviços oferecidos pela sociedade, e destituídos de suas dignidades e seus direitos fundamentais (Barreto, 2013).

Segundo a OMS podem acontecer diversas manifestações decorrentes dos efeitos do AM sobre a saúde dos trabalhadores conforme o quadro a seguir:

Quadro 4 - Consequências do Assédio Moral para a saúde dos trabalhadores

Psicopatológicas	Psicossomáticas	Comportamentais
Ansiedade	Cefaleias	Agressividade contra si e contra os outros
Apatia	Crises de asma	Aumento do consumo de álcool de outras drogas
Depressão	Dermatites	Aumento do consumo de cigarros
Insegurança	Doenças coronarianas	Desordens de apetite
Irritação	Dores musculares	Disfunção sexual
Insônia	Gastrite	Isolamento social
Melancolia	Hipertensão arterial	
Mudança de humor	Taquicardia	
Pânico e fobias		
Pesadelos		

Fonte: Traduzido e Adaptado de WHO. Psychological Harassment at work, 2003, p. 16

Os trabalhadores submetidos ao AM, sentem-se desmotivados, desqualificados, desvalorizados, traídos, apresentam baixa autoestima, o que as leva a ser prisioneiras de afetos tristes, experimentando e vivendo emoções correlatas a angústia, medo, mágoa, raiva, revolta, ressentimentos, vergonha, e a vingança, impedindo-as ainda de tomar qualquer decisão ou ação contra esta ocorrência destruidora (Barreto, 2013).

As consequências da submissão dos trabalhadores ao AM, podem se constituir de alterações psíquicas superficiais e imediatas, manifestas através da confusão mental, descrita como dificuldade de pensar, estado gerador de estresse, agravado pela dúvida do trabalhador quanto a própria responsabilidade e culpa, ou à submissão por medo, levando ao isolamento. A manutenção deste estado, pode trazer a piora das alterações, levando a modificações psíquicas mais intensas manifestas pela depressão crônica, e o surgimento de traços paranoides, podendo resultar em uma patologia delirante, ou mania de perseguição, chamada de psicose alucinatória crônica (Caniato, Lima, 2008).

A pior e derradeira das consequências decorrentes do AM para o trabalhador assediado é a ideação suicida, que é um estado relativo ao indivíduo que pensa em se suicidar. Pesquisas demonstraram que a forma como é organizado o trabalho, a duração e a frequência do AM, e o tipo de assédio sofrido, podem ter papel crucial e significativo sobre o trabalhador e a ideação suicida (Barreto, Berentchein, Pereira, 2011).

Segundo Guedes (2006) a prática do AM e suas consequências para os trabalhadores, aumentam os custos das empresas, que também são penalizadas pelas faltas dos trabalhadores, por suas doenças, pelas substituições de trabalhadores afastados, pela diminuição da capacidade de produção, e com as despesas com processos judiciais. Um trabalhador assediado pode ter queda de até 60% de sua capacidade produtiva.

O Estado e a sociedade também pagam um alto custo devido à prática do AM, com despesas decorrentes da diminuição da capacidade produtiva do país e de sua economia, com o aumento desnecessário de despesas do sistema de saúde que cuidará e gerará despesas com o tratamento dos trabalhadores assediados dependam do sistema previdenciário, que arcará com as licenças de saúde e com as aposentadorias precoces (Terrin, Oliveira, 2007).

1.1.4 Os personagens: a empresa, o assediador e o assediado

Na definição de quem são os principais personagens que atuam no cenário do ambiente laboral em relação a ocorrência do AM, há quem acredite que o ambiente

laboral é um espaço neutro, que depende somente da personalidade, comportamento e posicionamento dos indivíduos que ali atuam, o que supostamente definiria o ambiente conceptual.

A possibilidade de uma organização ser considerada um “coletivo moral” depende da possibilidade que seus trabalhadores possuem em decidir autonomamente entre diversas opções de ação, bem como de serem responsabilizados pessoalmente por estas ações, caso contrário a estrutura da organização e seus princípios instituídos estão em primeiro plano na determinação da forma da condução das relações interpessoais no ambiente laboral. Pode-se ainda afirmar que deve ser atribuída a responsabilidade de ação como agentes morais às empresas e organizações pelo fato de possuírem personalidade jurídica, entes organizados, que possuem normas que devem ser respeitadas pelos membros inseridos, possuindo responsabilidade ética e moral relevante, não podendo definirem-se como inimputáveis e atribuírem a si fatores atenuantes. Na ausência dessas condições pode ocorrer um estado denominado como “violência estrutural” que atua anonimamente e de forma impessoal dentro das organizações, associada a um processo de desumanização e rigidez hierárquica, com o objetivo de subjugar e adestrar indivíduos, submetendo-os à lógica do poder dominante (Leissinger, 2001).

O AM é praticado de forma contínua, e ultrapassa os limites da relação laboral entre o assediador e o assediado, sendo potencializada pela forma de gestão presente no ambiente laboral, e tem relação com valores baseados em ideologia de alta qualidade e individualismo, com cobranças cada vez maiores, que não tem compromisso com os limites pessoais e coletivos dos trabalhadores e nem com a qualidade das relações interpessoais (Soboll, Horst, 2015).

Pesquisas demonstram que o AM é praticado em ambientes laborais onde existe alta incidência do stress, falta de regras internas para os comportamentos e para os métodos de gestão. Diversos fatores relacionados a globalização e seus processos desumanos, criam um ambiente de alta tensão onde aqueles que não o suportam são expurgados. Existem empresas que fingem não ver a violência laboral e o AM ou até o encorajam, comportamento condescendente, que gera competição entre os trabalhadores, que perdendo seus referenciais, deixam-se influenciar pela

política institucional, fazendo com que o medo de perder postos ou o próprio trabalho suprima o respeito mútuo, e permita o surgimento de sentimentos negativos que passarão a balizar as suas condutas, favorecendo o processo de desvalorização e desumanização do ambiente, o que pode ser definido como coisificação ou robotização do ser humano, onde importa que o trabalhador se submeta aos objetivos institucionais ligados a produtividade ou de “vestir a camisa”, em detrimento do que pensa, sente ou vive (Hirigoyen 2015, 2013).

A instituição age como entidade através dos trabalhadores que nela atuam, nos múltiplos planos hierárquicos, constituindo-se um sistema social. Das orientações institucionais de valores aliadas a consciência dos trabalhadores, advirão a moralidade ou a falta dela nas ações exercidas, colocando também sobre os trabalhadores a responsabilidade moral sobre seus comportamentos, dando a possibilidade de solidificar ou modificar o sistema e suas regras, o que depende também da vontade e do exercício de suas convicções morais. Quando a pressão institucional e a produtividade inibem este processo, os trabalhadores assumem uma postura sem crítica e reflexão, possibilitando ambiente propício para a ação destrutiva sobre si próprios e sobre o ambiente laboral, onde supostamente os fins justificariam os meios. Em qualquer contexto institucional as pessoas são responsáveis como atores morais, mesmo que supostamente sejam influenciados pela filosofia institucional ou pelo comportamento de superiores hierárquicos, sendo sempre os trabalhadores, individualmente, os sujeitos de ação, não o coletivo (Leissinger, 2001).

Farias (2017) afirma que existem limites impostos ao poder diretivo específico do empregador, que não é absoluto, mas sim, limitado pelos direitos fundamentais previstos na Constituição Federal, tais como a dignidade da pessoa humana, a privacidade e a intimidade, trazendo direitos e garantias à parte hipossuficiente da relação trabalhista, que é o empregado.

Segundo Benhame (2006), as instituições são responsáveis pelos atos praticados por seus prepostos na ocorrência do assédio moral. Podem agir com culpa em duas situações específicas: culpa *in elegendo*, escolhendo um profissional de forma a não levar em conta as questões éticas inerentes ao indivíduo contratado, dando ênfase somente às competências técnicas, resultados e lucratividade. A

instituição pode ainda ter responsabilidade por culpa *in vigilando*, por não verificar, perceber ou controlar atitudes relacionadas à prática do AM, advindas de seus funcionários.

Em relação ao contexto institucional, relacionado a prática do AM, Barreto afirma que:

As empresas ao imporem valores aderidos à produção, manifestam uma ética institucional que se realiza em omissão, discriminação e exclusão dos adoecidos, que, destituídos do estatuto de trabalhador e impedidos de trabalhar, são coisificados, sentindo-se inúteis. [...] revelam um sofrimento que impõe rupturas com valores, prazeres e práticas. A autodesvalorização se cristaliza na falta de apoio, nos diferentes espaços sociais, produzindo um sentimento de desinteresse e desapego pela vida [...] (BARRETO, 2013, p. 154)

Para traçar um perfil do assediador, consideramos que, *“na origem dos procedimentos de assédio, não existem explicações óbvias, mas, sim, um conjunto de sentimentos inconfessáveis”* (Hirigoyen, 2015, p.37).

O assediador usa sua rede de relações e pratica uma relação laboral sustentada no autoritarismo, intolerância, desconfiança e no medo. Submete àqueles que estão sob suas ordens a um estado de precariedade e ilegitimidade, em situações de difícil conciliação. São controladores e expõe suas vítimas a situações de constrangimento, contagiando negativamente seus subordinados e colegas de trabalho de suas vítimas, sendo frequentemente seguidos em suas atitudes inadequadas. São incapazes de compreender particularidades dos subordinados, sendo protagonistas de ações de desvalorização e humilhação, causa de problemas de saúde de ordem física e psíquica de suas vítimas (Barreto, 2013).

Em relação às características dos assediadores Hirigoyen faz uma relação da presença da perversidade narcisista em suas personalidades afirmando que:

[...] são considerados psicóticos sem sintomas, que encontram seu equilíbrio descarregando em um outro a dor que não sentem e as contradições internas que se recusam a perceber. [...] eles fazem mal porque não sabem agir de outro modo para existir. [...] A transferência da dor lhe permite valorizar-se às custas do outro. [...] (HIRIGOYEN, 2014, p. 141)

A autora afirma ainda que a perversão presente nos atos do assediador é a implantação do funcionamento perverso em uma personalidade narcísica que deve apresentar ao menos cinco das seguintes manifestações: visão própria de grandeza

e importância; fantasias de sucesso ilimitado e de poder; crença em ser especial e único; necessidade excessiva de ser admirado; pensamento de que tudo lhe é devido; exploração do outro nas relações interpessoais; falta de empatia; inveja; e comportamento arrogante. Comporta-se como um “vampiro” social, roubando sonhos e sentimentos alheios, em um relacionamento doentio e destrutivo, enganando e promovendo uma boa imagem de si próprio. Comporta-se ainda como um irresponsável, porque nada que dê errado é de sua responsabilidade, mas sim atribuída a outro que em sua concepção deveria estar presente ou zelar para o sucesso da empreitada, cultivando um relacionamento parasita e dependente, mas ainda assim violento com subordinados que se sujeitam às suas ações, rotulando aqueles que percebem seu comportamento inadequado, como hostis e rejeitadores. Assediadores são impotentes, sentindo-se incomodados quando estão sós, não tendo a quem explorar, buscam a própria proteção, projetando em suas vítimas tudo aquilo que não suportam em si mesmos, como uma forma de defesa contra suas angústias (Hirigoyen, 2014).

Silva *et al* (2015) mostram características e proporções referentes a assediadores, encontradas em sua pesquisa:

Tabela 1 - Características dos Agressores.

Características do agressor	n	%
Excessivamente estressado	10	100
Sempre tem razão	08	80
Inseguro	07	70
Dá ordens contraditórias	06	60
Invejoso	06	60
Egoísta	06	60
Conta vantagens e não admite que seus colegas saibam mais que ele	05	50
Preconceituoso	05	50
Humilha os subordinados por prazer	04	40
Necessita de público para se sentir respeitado	04	40
Sempre pronto para receber elogios, se criticado, culpa os subordinados	04	40

Fonte: Compilado de Silva *et al*, Assédio moral: estudo com enfermeiros da estratégia saúde da família, 2013

O assediador impede o crescimento profissional do assediado, impedindo o seu crescimento profissional e perseguindo-o, fazendo com que se sinta desamparado, desmotivado, em intenso sofrimento psíquico, muitas vezes, desista do seu emprego (Cahu et al., 2014).

O perfil do chefe assediador segundo os trabalhadores também é descrito como:

[...] exerce mando de forma autoritária, revelando-se um pequeno déspota, indiferente ao sofrimento e às dificuldades alheias. Usa e abusa de práticas autoritárias, desmandos, cooptações, amedronta, intimida, grita, xinga, ameaça, humilha e constrange. Sem consideração pelo outro, usa práticas cruéis, quando seu subordinado detém um maior conhecimento que o seu. Inseguro, esconde a fraqueza, disseminando o terror, indiferença, fofocas e maledicências, e outras vezes sedução, cooptação e pequenas corrupções. Para alcançar metas, exige sem sentimentalismos e rusticamente dos seus subordinados uma obediência cega ao seu comando. [...] (BARRETO, 2013, p. 206)

Segundo a definição dos trabalhadores entrevistados por Barreto (2013, p. 147), *o trabalhador qualificado, é aquele que mais produz e não se queixa, que silencia sua dor.*

A vítima do AM, apresenta características de competência, flexibilidade e produtividade compatíveis com as exigências do mercado de trabalho, bem como atende os requisitos institucionais relacionados a forma de gerir e organizar o trabalho, provocando insegurança entre seus pares e a chefia, características que chamam a atenção no ambiente laboral, tornando-os potenciais vítimas do assédio (Brasil, 2013).

São vítimas simplesmente porque foram designadas para assim o serem pelo assediador. Inocentes, pagarão por algo que não são responsáveis, inconscientemente consentindo e sendo cúmplices de seus algozes, onde até mesmo as supostas testemunhas do seu sofrimento no ambiente laboral desconfiarão delas, como se não houvessem vítimas inocentes (Hirigoyen, 2013).

São pessoas atípicas, com características associadas a gênero ou raça, mas também portadoras de características mais sutis não percebidas por seus pares. Pessoas competentes ou hábeis para a execução de trabalhos ou proposição de soluções, que normalmente constituem-se um risco para os incompetentes. Expansivas e portadoras de personalidades fortes, comumente mal interpretadas diante de sua facilidade e sinceridade na comunicação, ou ainda por resistir a

padronização, não entrar no “quadrado”, ou não “vestir a camisa”, senso comum do grupo em que labora. São assediadas por fazer alianças com as pessoas consideradas pela organização ou instituição como “erradas” ou não possuir a rede de comunicação “certa”, ou ainda pertencer ao grupo dos trabalhadores protegidos, tais como gestantes, doentes com estabilidade transitória, representantes dos trabalhadores, ou funcionários públicos. Pessoas consideradas não produtivas são apontadas como as que através de sua deficiência ligada ao desempenho, sobrecarregam os outros trabalhadores em uma equipe de trabalho, e finalmente os trabalhadores que passam por problemas pessoais e que estão temporariamente fragilizados emocionalmente, também podem ser alvo de comportamentos assediadores (Hirigoyen, 2015).

A autora afirma ainda que não existe um perfil psicológico específico para assediados, mas existe sim contextos profissionais ou situações onde ocorrerá o AM com maior facilidade ou um maior risco de ser visado. A vítima é o símbolo do “bode expiatório” em um paralelo com antigos rituais religiosos, onde se coloca sobre uma personalidade a culpa e responsabilidade do que acontece em um ambiente, que seja classificado como detestável, inadequado, mau ou ruim. Através da escolha de uma vítima, um ambiente laboral desagregado, inadequado, com falhas administrativas e de comunicação, onde trabalham profissionais que sentem raiva não direcionada e identificada, com um chefe incompetente no que tange a gestão dos relacionamentos interpessoais, consegue promover uma certa conciliação, haja vista que elegem uma vítima, identificando-a como o “problema” central e desagregador do lugar, descarregando sobre ela suas frustrações e tensões (Hirigoyen, 2015).

1.1.5 A enfermagem e a ocorrência do Assédio Moral

Todas as mudanças que ocorrem no mundo do trabalho, também afetaram a Enfermagem, que é uma profissão autônoma na área da saúde, trazendo grandes desafios aos profissionais para atender às demandas inerentes à profissão, altamente estressante, devido as grandes responsabilidades assumidas no cuidar, pela organização do trabalho, em detrimento das condições ideais de trabalho, agravadas pela exposição à violência cotidiana, na qual está inserida o AM. Os pacientes e demais membros da equipe de saúde, por diversos motivos adotam postura agressiva

e ofensiva perante os trabalhadores de enfermagem (Hagopian, Freitas, 2017; Mininel, Baptista, Felli, 2011).

No setor da saúde existem ainda estruturas administrativas e burocráticas rígidas, verticalizadas, que pressupõe rígida obediência à normas, regras e determinações em oposição à gestão participativa, a exemplo da enfermagem, que tem um corpo profissional fechado, e direção com grande autonomia. Possui ainda internamente uma estrutura de comando vertical, formal, legitimada, e que confere alto grau de poder dos enfermeiros sobre técnicos e auxiliares de enfermagem (Matos, Pires, 2006).

No Brasil, 28,7% dos profissionais de enfermagem referem sofrer algum tipo de violência no trabalho, 66% dos declarantes referem sofrer violência psicológica, 17,1% referem sofrer com a violência institucional, 15,6% referem sofrer violência física, e 0,9% a violência sexual. Em relação a discriminação no ambiente laboral, 18,1% dos profissionais de enfermagem referem sofrer discriminação em relação ao gênero (44,7%), raça (25,3%), obesidade (21,4%), orientação sexual (5,1%) e por ser portador de necessidades especiais (3,4%), ressaltando que um grande número dos profissionais declarantes, sofrem mais de um tipo de discriminação. Em relação ao sentimento de cordialidade e respeito no ambiente laboral, 24,7% dos profissionais de enfermagem referem que não é bem tratado por seus superiores, e 23% da equipe de enfermagem não se sente acolhida com respeito por seus colegas da equipe multiprofissional da saúde (Machado et al., 2016).

No estado de São Paulo, a insegurança e o desgaste no ambiente laboral é relatado por 64% dos profissionais de enfermagem devido ao risco de agressão, excesso de trabalho e falta de estrutura e condições laborais. Em relação ao sentimento de cordialidade e respeito no ambiente laboral, 23,1% dos profissionais de enfermagem referem que não é bem tratado por seus colegas de trabalho, e 33% dos profissionais referem que sua relação com a chefia não é predominantemente amistosa, bem como não tem liberdade para se expressar com suas chefias (Conselho Regional de Enfermagem, 2015).

Na enfermagem o AM ocorre em todos os ambientes de trabalho, sendo prática comum no ambiente organizacional da profissão, e uma forma deficiente de gestão

no trabalho, onde muitos profissionais aceitam e reproduzem este comportamento como parte da cultura organizacional (Fontes, Carvalho, 2012; Fontes, Peloso, Carvalho, 2011; Lisboa, 2010).

O conhecimento dos profissionais de enfermagem a respeito do AM é extremamente relevante, para que possam detectá-lo se houver a ocorrência em suas atividades laborais. Fontes e Carvalho (2012) afirmam em sua pesquisa, que 29,65% dos enfermeiros se perceberam como vítimas de assédio moral no trabalho, e que (64,82%) dos profissionais de enfermagem já presenciaram colegas vítimas de condutas de assédio moral no trabalho. Fontes et al (2013) identificaram que 11,56% dos enfermeiros foram vítimas do AM. Cahu et al. (2014) afirmam que o assediador atrapalha e impede o crescimento profissional do assediado, perseguindo-o, e a vítima sentindo-se desamparada, desmotivada, e em intenso sofrimento psíquico, muitas vezes, desiste do emprego. Cezar e Marziale (2006) em sua pesquisa, afirmam que 30% trabalhadores de enfermagem perceberam o AM como uma das formas de violência, à qual estão expostos.

Cahu et al. (2014) em pesquisa realizada com profissionais de enfermagem em um programa de residência, apontam como as principais agressões, a crítica ao trabalho da vítima de forma injusta e exagerada (47,41%), fazer circular maldades e calúnias a respeito da vítima (40,52%), e falar mal dessa em público (31,03%). Outra situação apontada pelos autores citados refere-se ao fato de que o assediador agride a vítima somente quando estão a sós (12,57%), revelando como o assédio moral pode ser invisível, mostrando que o agressor age sem deixar indícios e que as agressões ocorrem com certa frequência, sendo difícil prová-las, posto que as agressões somente são cometidas quando não há testemunhas, apenas o assediador e a vítima.

Em pesquisa sobre as variáveis envolvidas na percepção do assédio moral no ambiente laboral da Enfermagem, abordando as condutas associadas ao assédio moral, Fontes e Carvalho (2012) referem como as atitudes mais percebidas e referidas pelos sujeitos de sua pesquisa, foram o questionamento das decisões dos enfermeiros (26,13%), seguida de ataques verbais criticando trabalhos realizados (16,58%), condutas utilizadas para atingir a dignidade dos enfermeiros e a fazê-los parecer incompetentes.

1.2 QUEM PODE INTERFERIR NA OCORRÊNCIA DO ASSÉDIO MORAL

1.2.1 Interferindo na ocorrência do assédio moral no ambiente laboral

Em uma instituição a intervenção na ocorrência de situações relacionadas ao AM, pode ser interna ou externa, sendo um problema de possível solução diante de atuação multidisciplinar que é positiva quando existe efetiva disposição de cada um dos profissionais envolvidos para exercerem suas respectivas atribuições e responsabilidades.

A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes tem grande importância para a saúde do trabalhador, haja vista que tem o objetivo da prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador, estando intimamente ligada a solução de problemas ligados a segurança no ambiente laboral e seu aprimoramento, tendo ainda a prerrogativa de intervenção em caso de risco profissional prioritário que é o caso do AM, pois o fenômeno pode predispor ao trabalhador situações de acidentes laborais, tendo limitação de atuação por não ser obrigatória sua constituição em empresas com número inferior a 19 trabalhadores (Hirigoyen, 2015; Norma Regulamentadora 4).

Pode atuar decisivamente na prevenção do AM através de ações voltadas a disseminação do conhecimento do fenômeno através de palestras e treinamentos de sensibilização atuando como agente multiplicador destas informações e processos junto aos trabalhadores, propondo ainda diretrizes e políticas institucionais de gestão, aperfeiçoando constantemente fluxos e processos ligados ao relacionamento interpessoal no ambiente laboral, bem como no diagnóstico situacional e acompanhamento da resolução dos problemas diagnosticados junto às áreas responsáveis (Arean, 2012).

O setor de Medicina do Trabalho, o médico, o enfermeiro do trabalho, e o Técnico de Enfermagem do Trabalho, são personagens que dentro de suas prerrogativas podem intervir no caso da detecção do adoecimento físico e psicológico do trabalhador em decorrência do AM, sendo importantes interlocutores, sendo ainda este setor um dos raros lugares dentro de uma empresa onde o trabalhador possa se comunicar adequadamente, sendo os profissionais que aí atuam eleitos como

importantes mediadores internos quando detêm a confiança dos trabalhadores atendidos (Hirigoyen, 2015).

O profissional de enfermagem do trabalho deve atuar de forma de prevenir a ocorrência do AM pelo conhecimento, atuando de forma a diminuir a intensidade de trabalho e a competitividade, propondo metas coletivas para o bem-estar do trabalhador, sendo profissional indispensável para o favorecimento do crescimento profissional, garantindo melhoria no ambiente laboral (Lima et al., 2013).

Azevedo e Araujo (2012) afirmam que o enfermeiro ocupacional é um educador e deve incentivar à prática do diálogo constante e permanente e a implantação de código de ética e de conduta de todos os trabalhadores, inclusive das chefias.

Quando a relação entre o trabalhador e estes profissionais são desprovidas das atitudes éticas e de confiança, o trabalhador doente sente-se desamparado, solitário e sem esperança. As atitudes que mais frequentemente reforçam esta situação junto ao trabalhador doente, são o fato de considera-lo como mentiroso, menosprezar suas queixas afirmando que são de origem psicológica ou nervosa, tratar o trabalhador sem afeto e compreensão ridicularizando-o, não garantir ao trabalhador a privacidade durante as consultas, negar o acesso a laudos e exames ou reter a documentação e acusa-lo de comprar atestados duvidando de sua veracidade e sofrimento. Estas situações são corriqueiras e comuns, e só agravam o quadro patológico apresentado pelo trabalhador em decorrência de estar submetido ao AM (Barreto, 2013).

O Departamento de Recursos Humanos é a ligação entre os trabalhadores e a direção da empresa, mas com frequência reproduz a neutralidade das instituições frente a ocorrência do AM, oscilando desde a negação, passando pela banalização e a perplexidade diante do conhecimento da prática do assédio, devendo estar atentos a indicadores de alerta tais como absenteísmos específicos, setores com desempenho abaixo do normal sem explicações lógicas, ou ainda vários trabalhadores adoecendo ou entrando em licença médica, ou ainda pedindo transferência de setor (Hirigoyen, 2015).

O departamento de RH pode estimular a comunicação autêntica em situações profissionais que envolvam conflitos que não são simples. Pode criar um setor de ouvidoria interna para que pessoas que se sintam isoladas ou assediadas no ambiente

laboral possam se expressar. Pode ainda criar regras claras sobre o AM, deixando claro a todos os trabalhadores que a empresa ou organização que é contra esse tipo de ocorrência e quais as possíveis punições para os eventuais transgressores. Essas normas devem ser objetos de palestras que abordam relações humanas, estilos de liderança e clima organizacional, e que servirão para explicitar os conceitos, estabelecer responsabilidades e orientar os funcionários e gestores. Atuar preventivamente é de suma importância para a inibição da ocorrência do AM no ambiente laboral, partindo do pressuposto que as diferenças entre as pessoas, não são um mal a ser combatido, mas um ganho na diversidade de ideias e na construção de um ambiente plural (Martiningo, Filho, Siqueira 2008).

A Comissão de Ética em Enfermagem (CEE) é um grupo formado por profissionais de enfermagem que representam o Conselho Regional de Enfermagem junto às instituições de saúde, com função educativa, consultiva e fiscalizadora do exercício profissional e ético dos membros da equipe de Enfermagem, e devem manter a autonomia e imparcialidade, no que diz respeito aos seus atos. Tem ainda o papel de atuar preventivamente junto aos profissionais de Enfermagem, fomentando o exercício de suas atribuições legais, bem como à necessidade de salvaguardar a segurança do cliente, do profissional e das instituições, sendo ainda fonte consultiva para questões que envolvam o exercício profissional de Enfermagem. Devem atuar ativamente no aprimoramento e atualização do conhecimento dos profissionais de Enfermagem, promovendo eventos que visam o estudo e a discussão das questões éticas e legais, contribuindo para o desenvolvimento da consciência ética dos profissionais de Enfermagem. Frente a infração dos princípios éticos vigentes, como é o caso do AM, deve instaurar o procedimento sindicante, instruir e elaborar relatório, sem juízo de valor, com o posterior encaminhamento do relatório final, contendo o resultado das apurações do procedimento sindicante ao Enfermeiro Responsável Técnico (RT) e ao COREN-SP, para providencias administrativas no âmbito institucional e do Conselho Regional de Enfermagem (Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, 2014).

Os consultores independentes contratados por empresas para ações rápidas de diagnóstico situacional e realizar auditorias sociais, tem o objetivo de compreender comportamentos para realizar ações efetivas, pois o AM é prejudicial ao bom funcionamento da empresa e a sua imagem. Por questões óbvias ao se contratar este

profissional, a empresa deve se certificar de sua competência e experiência na área, devendo haver completa independência para que possa desempenhar adequadamente seu papel de mediador (Hirigoyen, 2015).

1.2.2 Interferindo na ocorrência do assédio moral fora do ambiente laboral

O impacto sobre a saúde psíquica do trabalhador advinda da prática do AM, reforça que os profissionais ou entidades procuradas pelos trabalhadores devem ter postura acolhedora e prudente, sempre em apoio às vítimas, pois se assim não for, sofrerão um segundo ataque fora do seu ambiente laboral, por parte daqueles que tem o papel de protege-las (Hirigoyen 2015).

As vítimas do AM não encontrando apoio dentro do local de trabalho contra a ocorrência do AM, podem fazê-lo junto a profissionais e entidades externas às empresas onde laboram. Em seu levantamento sobre esta prática Hirigoyen (2015) demonstra que:

Tabela 2 - Profissionais ou entidades procuradas fora do ambiente laboral, porcentagem dos trabalhadores solicitantes e efetividade da resolução dos casos diante da atuação profissional.

Profissional procurado	trabalhadores	Efetividade
	%	%
Advogado	35	18
Fiscalização do trabalho	32	10
Médico generalista	65	42
Médico psiquiatra	52	42

Fonte: Compilado de Hirigoyen, Mal-estar no trabalho: redefinindo o assédio moral, 2015

Existe uma grande dificuldade no estabelecimento do nexo causal entre o trabalho e a doença o que tem colocado dificuldades para os trabalhadores no reconhecimento dos seus direitos, bem como na responsabilização das instituições por estas questões (Soboll, Horst, 2015).

O trabalhador que sofre a pressão e os efeitos advindos do AM, procura com frequência o médico, não somente nos ambulatórios das empresas, mas também no INSS, ou na medicina de grupo e seus consultórios, em busca de alívio para seus

problemas, mas raramente são ouvidos, havendo uma postura de ironia e menosprezo às queixas, sem fechamento de diagnósticos, com retenção ou negação de exames, ou ainda ridicularizando sintomas, revelando a deterioração da relação médico paciente, e a incapacidade do médico lidar com as mazelas e o sofrimento de seus clientes (Barreto, 2013).

O médico tem um papel preponderante em ajudar as vítimas do AM, ouvindo e buscando entender o sofrimento do trabalhador, estimulando-o a buscar uma opinião jurídica concomitante ao tratamento, junto a um advogado ou a sua entidade representativa. Pode ainda ensinar o trabalhador a manter a calma diante de situações onde seja afrontado, bem como a registrar as ofensas, humilhações e outros fatos inerentes ao AM e a violência laboral. Diante da necessidade ansiosa ou depressiva do trabalhador, pode prescrever tratamento medicamentoso adequado, que pode ser útil na luta do trabalhador na resistência e luta contra o AM, bem como se a saúde deste estiver em risco e houver a necessidade, afasta-lo do ambiente laboral através de suas prerrogativas profissionais. Mesmo que não conheça o ambiente laboral, pode avaliar seus efeitos na saúde do trabalhador, dando crédito ao seu relato, e atestando em seus relatórios as relações entre o relato do trabalhador, saúde, doença e ambiente laboral (Hirigoyen, 2015).

O acesso à informação sobre o AM pelos trabalhadores, aliada a ação sindical organizada é uma das melhores formas da prevenção e solução do problema (Sindicato dos Empregados em Estabelecimentos de Serviços de Saúde de São Paulo).

Os sindicatos, enquanto entidade representativa dos trabalhadores, tem sua atuação ligada a defesa do trabalhador frente às situações manifestas de abusos e nas questões coletivas, mas possuem limitações de atuação por não estarem presentes na totalidade das instituições e organizações, bem como por questões ligadas ao aprimoramento de seus membros no reconhecimento das situações de ocorrência do AM, bem como seus encaminhamentos adequados (Hirigoyen, 2015).

Infelizmente em grande medida os sindicatos estão alheios e indiferentes ao sofrimento do trabalhador. Quando o trabalhador procura seus direitos precisa superar o medo e o estigma que a entidade sindical possui no ambiente laboral da empresa

em que labora. As atividades sindicais recentes, mostram entidades enfraquecidas e supostamente subordinadas ao poder do capital, e que muitas vezes ignoram o sofrimento do trabalhador, dando suporte e prestando assistência insuficiente ante os anseios daqueles que buscam a entidade (Barreto, 2013).

A fiscalização do trabalho também pode atuar contra a ocorrência do AM, aplicando as disposições da Lei Trabalhista, dos regulamentos inerentes ao regime de trabalho, bem como as convenções e acordos coletivos, mesmo o fenômeno de natureza subjetiva, a fiscalização pode avaliar as condições de trabalho e o contexto laboral que propicia este tipo de ocorrência, deixando sempre claro que ao empregador cabe a adoção de todas as medidas necessárias para garantir a segurança e proteger a saúde dos trabalhadores (Hirigoyen, 2015).

De acordo com a CLT - Decreto Lei nº 5.452 de 01 de Maio de 1943, em seu artigo 156, compete às Superintendências Regionais do Trabalho e Emprego (SRTE), promover a fiscalização do cumprimento das normas de segurança e medicina do trabalho, cabendo aos auditores-fiscais a verificação do ambiente de trabalho e sua condição para o trabalhador, tendo ainda a competência legal para impor as penalidades cabíveis, evitando que se repitam (Brasil, 1943).

Os Advogados são profissionais que podem intervir sobre a ocorrência do AM, mas muitos trabalhadores ainda possuem uma visão preconceituosa por entenderem que ao buscar a orientação deste profissional, pode se iniciar um processo que culminará com sua demissão da empresa, ou ainda que acelerará este processo. Via de regra os Advogados interveem de forma tardia no contexto do AM, haja vista somente serem procurados após a demissão do trabalhador, tentando obter algum tipo de reparação para prejuízos sofridos. Orientações e aconselhamentos jurídicos adequados a qualquer momento, podem se configurar como prevenção ao AM, provendo elementos para o trabalhador defender-se de práticas discriminatórias, preservando assim, sua saúde física e mental, bem como o ambiente laboral. Os advogados podem atender os profissionais em seus escritórios, bem como podem fazer parte do corpo de profissionais disponíveis ao trabalhador em associações, e sindicatos (Hirigoyen, 2015).

No Brasil, temos uma entidade profissional, autárquica, que também tem suas prerrogativas voltadas a fiscalização no âmbito ético e legal do exercício profissional, denominada conselho. Sobre suas funções Côrte afirma que:

O Estado, na busca de agilizar suas atribuições, delega aos conselhos profissionais a função pública de fiscalizar, defender e disciplinar o exercício da atividade profissional, bem como o dever de zelar pelo interesse público. Delega, também, a supervisão qualitativa, ética e técnica do exercício das profissões, de acordo com a Lei, com o único objetivo de assegurar qualidade aos serviços prestados à sociedade, de uma perspectiva do profissional para a sociedade e não do profissional para o profissional de forma corporativa. Mesmo assim, é o profissional fiscalizando o profissional. Diferentemente dos sindicatos, os conselhos não se caracterizam pelo corporativismo. Se um determinado profissional cometer algum erro, no exercício de sua profissão, o seu respectivo conselho abrirá processo ético disciplinar, aplicará a penalidade e, se for o caso, denunciará ao Ministério do Público. (Côrte, 2016, p. 2)

Segundo Rezende (2007) os Conselhos têm a prerrogativa de defender e disciplinar o exercício profissional, representar os interesses gerais e individuais dos profissionais, e assegurar a qualidade dos serviços prestados à sociedade. A partir da década de 80, os Conselhos se inseriram nas lutas e reivindicações da sociedade, atuando na construção coletiva de espaços democráticos de defesa das políticas públicas, e contribuindo para a institucionalização de princípios democráticos previstos na Constituição. Vários Conselhos têm priorizado ações que estimulam a qualificação dos profissionais, atuando por melhores condições de trabalho, bem como a democratização das relações profissionais.

1.3 PREVENÇÃO À OCORRÊNCIA DO ASSÉDIO MORAL

1.3.1 Como prevenir a ocorrência do assédio moral

Diante da ocorrência do AM, torna-se imperativa a implantação de medidas de prevenção ao fenômeno, pelo motivo comprovado dos grandes prejuízos causados por sua ocorrência à saúde física e mental dos trabalhadores, pela degradação do ambiente laboral e por seus riscos inerentes, bem como pelos prejuízos que podem advir a entidade que incentivar ou ignora sua prática dentro de suas dependências.

Ações voltadas a educação, ao esclarecimento e a difusão da informação sobre a ocorrência do AM, e ainda a implantação de políticas institucionais para construção

e manutenção de um ambiente laboral equilibrado e saudável, são essenciais na prevenção do fenômeno.

Muitos gestores e empregados não atuam minimamente em medidas de controle e prevenção da violência nas instituições de saúde. Na pesquisa de Lima e Souza (2015) segundo os trabalhadores entrevistados, pouca ou nenhuma medida de prevenção e controle da violência existe nas instituições pesquisadas, não sendo identificados investimentos contra este fenômeno, e nem medidas simples de prevenção à violência tais como a adoção de registro interno das ocorrências praticadas por funcionários e clientes, ou ainda de treinamentos sobre como prevenir, lidar, enfrentar e controlar situações de violência no ambiente de trabalho, o que demonstra o quanto o empregador desdenha das situações de violência vividas pelos trabalhadores, que acabam se habituando a esta situação, não identificando a violência como um risco laboral.

A nível institucional a negação da ocorrência do AM sempre é o caminho mais fácil. As instituições e as hierarquias devem parar de fazer a defesa corporativista de pessoas que ocupam cargos em escalões hierárquicos superiores, quando acusadas de cometer o AM. Torna-se imperativo reconhecer injustiças, acompanhar gestores, gerentes e equipes, reconhecendo os benefícios da manutenção do ambiente conceptual em equipes motivadas e saudáveis, promovendo a capacitação em todos os níveis, principalmente no que tange as ferramentas de gestão para atingir estes resultados (Hirigoyen, 2015).

Uma das responsabilidades dos líderes organizacionais, é a criação e a manutenção de organizações emocionalmente inteligentes, identificando a realidade no ambiente laboral organizacional, para realizar as intervenções necessárias para conseguir a mudança e contribuir para que os trabalhadores descubram o seu papel no mundo do trabalho atual. O desenvolvimento de competências emocionais em gerentes, tem relação crucial no desenvolvimento de espaços laborais livres de lideranças negativas, voltadas ao respeito, à dignidade e na preservação dos direitos humanos (Peña, Fernandez, 2015).

O grande desafio diante da violência laboral, na qual o AM está inserido, exige medidas amplas, de curto, médio e longo prazo, para seu controle nos ambientes

laborais, avaliando costumes, definindo quais ações são moralmente aceitáveis e quais não são, e ainda estabelecendo os princípios de valorização e condução da vida. O enfermeiro ocupacional nas organizações é um educador, devendo incentivar à prática do diálogo constante e permanente, bem como a implantação de um código de ética e de conduta para todos os trabalhadores, inclusive as chefias (Azevedo, Araújo, 2012).

A nível institucional pode-se ainda demonstrar a donos de empresas céticos quanto a questões éticas e morais e mais pragmáticos, argumentos econômicos que demonstrem que investir em estratégias de prevenção à ocorrência do AM, são um bom investimento, levando-se em conta as despesas causadas à instituição pelo absenteísmo, bem como pelas indenizações eventualmente pagas em demissões desnecessárias, ou em ações na justiça trabalhista, ou ainda na queda da produção causada por funcionários desmotivados (Hirigoyen, 2015).

A prevenção ao AM inicia-se na formação profissional, com ações voltadas a construção da consciência profissional, inserindo o tema no projeto pedagógico, buscando colocar no mercado de trabalho, indivíduos cientes do que é este fenômeno e quais suas consequências, gerando conhecimento e sensibilizando os graduandos, bem como provendo elementos para identificação e enfrentamento do AM, colaborando ainda para a prevenção e contenção deste tipo de ocorrência, garantindo a saúde, dignidade e o bem estar no trabalho (Fontes, Carvalho, 2012; Gouveia et al., 2012; Pereira 2011).

A viabilização da compreensão da subjetividade do AM é importante na conscientização dos trabalhadores sobre a existência do fenômeno e suas consequências, cujo conhecimento pode contribuir com a postura responsável, confiante e ética no ambiente laboral, fazendo com que o trabalhador saia da responsabilidade do somente “saber fazer” para “saber ser”, afirmando vínculos profissionais saudáveis no trabalho, e contribuindo para a construção de um ambiente laboral mais humanizado. A complexidade do tema, o preconceito e a baixa compreensão dos profissionais de saúde sobre este fenômeno, envolvendo, essencialmente, os aspectos da subjetividade, aliados a formação fragmentada em detrimento da visão ampla apoiada pelo método científico, levam os profissionais a

ignorar a ocorrência do AM, quando deveriam suscitar a reflexão sobre a violência e o sofrimento no trabalho (Cahu et al., 2014; Fontes, Peloso, Carvalho, 2011; Thofehrn et al., 2008).

A denúncia é citada como uma das formas de prevenção à ocorrência do AM, aliadas à compreensão e ao conhecimento do fenômeno, sendo uma das ferramentas usadas para coibir a prática no ambiente laboral. É imprescindível resistir, dar visibilidade, denunciar e documentar situações vivenciadas ou conhecidas, opondo-se a instituições e pessoas que ignoram, fingem não ver ou até mesmo encorajam a prática do AM (Valente, 2015; Lisboa, 2010).

Ações isoladas são inócuas contra a violência laboral, tornando quase impossível a vítima do AM agir sozinha contra este fenômeno. Os códigos de ética, as regras e normas, bem como as leis não resolvem sozinhas este grave problema que atinge pessoas dentro do ambiente de trabalho, mas são as pessoas, utilizando estas informações e ferramentas disponíveis, unidas e mobilizadas que atingem resultados satisfatórios. Instituir grupos, associações pode ser uma boa forma para obrigar o poder público, entidades representativas e direções institucionais a se moverem em direção da resolução do problema (Hirigoyen, 2015).

1.3.2 Legislações que penalizam o assédio moral

Vários países no mundo possuem legislações que buscam inibir a ocorrência do AM. Nos EUA em 1967 o fenômeno foi considerado essencialmente discriminação, antes mesmo do fenômeno do assédio no ambiente laboral ser discutido, já se previa no Marco dos Direitos Civis de 1964, a criminalização da discriminação por empregadores contra trabalhadores por raça, cor, religião, gênero ou origem, bem como instituiu Leis Estaduais que inibem a discriminação no ambiente laboral. Na Europa, em 2001, Portugal votou uma lei criminalizando a ocorrência do Assédio Moral (NOLO 2018; Hirigoyen 2015; Estados Unidos da América, 1964).

A aprovação da Lei nº 2002-73 de 17 de janeiro de 2002 sobre Modernização Social na França entre os Art. 168 a 180, propôs alterações no Código Trabalhista Francês, penalizando severamente a prática do AM, sendo passível de prisão por até um ano e multa de até 15.000 Euros, instituindo os procedimentos de mediação e

conciliação como possibilidades para resolução dos casos de assédio, instituindo ainda medidas de proteção ao trabalhador vítima do assédio no ambiente de trabalho (França, 2002).

Na Austrália, os trabalhadores são protegidos contra a discriminação por gênero, raça ou idade pela Lei Australiana de Direitos Humanos de 1986, e pela “Fair Work Act” de 2009, bem como por Leis Territoriais e Estaduais (Austrália, 2009).

Em Singapura, o assédio no ambiente de trabalho viola a Lei de Proteção Contra o Assédio de 2014, existindo um canal direto, via eletrônica para que o trabalhador comunique diretamente às autoridades e a justiça situações de assédio no local de trabalho, que podem desencadear investigações policiais, havendo ainda a disposição do trabalhador, Centros Comunitários de Mediação (Singapura, 2017, 2014).

No Brasil, há na Constituição de 1988, a previsão nos artigos 5º inciso X, que assegura o direito à intimidade, dignidade, igualdade, honra e vida privada, XLI a proibição da discriminação, e 7º inciso XXX, que estabelece a proteção contra diferença salarial, de exercício de funções e critérios de admissão em relação a gênero, idade, cor ou estado civil. Existe ainda a previsão na CLT no Art. 483, a previsão da rescisão indireta do Contrato de Trabalho pelo trabalhador quando for submetido a metas excessivas no ambiente de trabalho, quando for tratado pelos seus superiores hierárquicos com rigor excessivo, quando for praticado no ambiente laboral atos lesivos contra a honra e a boa fama do trabalhador, ou quando for agredido fisicamente (Brasil, 1943; Brasil, 1988)

No Congresso Nacional, tramita uma proposta de Projeto de reforma do Código Penal, sobre assédio moral, que busca introduzir o Art. 146-A no Código Penal Brasileiro, através da aprovação do Projeto de Lei Federal 4742-2001, de autoria do Deputado Marcos de Jesus, sofrendo alterações ao passar pela CCJ, por entendimento de que o Artigo poderia conduzir a erros de interpretação sobre a pessoa, punindo injustamente certas atitudes e violando liberdades individuais de questões que poderiam ser consideradas deveres morais e não atos delitivos. O Artigo originalmente proposto possui o seguinte texto:

Art. 146 A. Desqualificar, reiteradamente, por meio de palavras, gestos ou atitudes, a auto-estima, a segurança, ou a imagem do servidor público ou empregado em razão de vínculo hierárquico funcional ou laboral.

Pena: Detenção de 3 (três) meses a um ano e multa.
(Brasil, 2002)

Após a análise feita na CCJ ficou com o seguinte texto final proposto:

Art. 136-A. Depreciar, de qualquer forma ou reiteradamente a imagem ou o desempenho de servidor público ou empregado, em razão de subordinação hierárquica funcional ou laboral, sem justa causa, ou trata-lo com rigor excessivo, colocando em risco ou afetando sua saúde física ou psíquica.

Pena: Detenção de um a dois anos.
(Brasil, 2002)

O Projeto de Lei aguarda por mais de uma década para ser apreciado pela Câmara Federal, portanto, não possui validade jurídica.

Temos ainda a nível federal no Brasil, a Lei Federal n.º 11.948 de 16 de junho de 2009 que constitui fonte adicional de recursos para ampliação de limites operacionais do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social - BNDES e dá outras providências, que aponta em seu artigo 4º a vedação da concessão ou renovação de quaisquer empréstimos ou financiamentos pelo BNDES a empresas da iniciativa privada cujos dirigentes sejam condenados por assédio moral ou sexual, racismo, trabalho infantil, trabalho escravo ou crime contra o meio ambiente (Brasil, 2009).

Em 2004 foi proposto o Projeto De Lei n.º 4.326-A, que criou o Dia Nacional de Luta contra o Assédio Moral, com a finalidade de instituir uma data nacional para que os órgãos públicos para o combate e tornar públicas as ações contra o AM, reconhecendo a cultura de violência em que se encontra imersa a sociedade brasileira, inclusive no ambiente laboral, e da necessidade de ampliar a discussão sobre o fenômeno, estabelecendo formas integradas e permanentes de luta, reconhecendo ainda que na Câmara Federal tramitam algumas proposições que buscam caracterizar o assédio moral, mostrando que na sociedade brasileira existe a intenção de regular a matéria e promover a punição dos que o praticam (Brasil, 2004).

Foi ainda instituída ainda a nível federal no Brasil a Portaria n.º 583, de 22 de maio de 2017 que instituiu a Política Nacional de Prevenção e Enfrentamento do

Assédio Moral e Sexual e da Discriminação no âmbito do Ministério Público do Trabalho, que considera um dever legal o combate a estas práticas, com a finalidade de estabelecer princípios e diretrizes e ações para promover um ambiente laboral saudável, promover cultura organizacional que integre o bem estar no trabalho, prevenir desordens emocionais e psicológicas que atinjam a dignidade do trabalhador, reconhecendo a necessidade da implantação de culturas organizacionais baseadas no respeito, na gestão por excelência, no fortalecimento dos vínculos sociais e profissionais, e em soluções pacificadoras dos problemas existentes nos ambientes laborais (Brasil, 2017).

O Estado de São Paulo aprovou na Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo (ALESP) a Lei Estadual n.º 12.250, de 9 de fevereiro de 2006, que veda a ocorrência do AM no âmbito da administração pública estadual direta e indireta, bem como nas fundações públicas, definindo o fenômeno, tornando todo ato resultante do assédio nulo de pleno direito, e instituindo as penalidades de advertência, suspensão e demissão ao servidor ou ao trabalhador terceirizado que cometer o AM. Temos Leis estaduais e Leis Complementares aprovadas alguns estados Brasileiros que vedam a prática do AM, onde podemos mencionar os Estados do Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Mato Grosso e Minas Gerais. Temos ainda Projetos de Lei aguardando aprovação nos Estados da Bahia, Ceará, Espírito Santo e Pernambuco (assédiomoral.org, 2017; Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo, 2006).

No âmbito municipal podemos mencionar a Cidade de São Paulo, que aprovou a Lei Municipal n.º 13.288, de 10 de janeiro de 2002, regulamentada pelo Decreto n.º 43.558, de 31 de julho de 2003, que dispõe sobre as penalidades a serem aplicadas quando da ocorrência do AM nas dependências da Administração Pública Municipal Direta e Indireta por servidores públicos municipais. A exemplo da cidade de São Paulo, podemos citar que existem leis aprovadas em 54 municípios brasileiros, e ainda uma dezena de municípios que possuem Projetos de Lei que tipificam e penalizam condutas ligadas a prática do AM (assédiomoral.org, 2017; Cidade de São Paulo, 2003).

Seguindo a lógica da Pirâmide de Kelssen, podemos mencionar as Resoluções 311/2007 e 564 do Conselho Federal de Enfermagem, que cumprindo suas

prerrogativas, baseadas na Lei Federal 5.905/73, Art. 8º, inciso III, elabora o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, onde existe a proibição nos Art. 78 e 73 respectivamente, do profissional de enfermagem utilizar-se de seu cargo ou função para prática do assédio moral, e acumpliciar-se com pessoas ou instituições que desrespeitem princípios e normas que regulam o exercício profissional da enfermagem, havendo a previsão dentro da dosimetria de penalidades, a aplicação da advertência verbal até a proposição da cassação do exercício profissional do profissional de enfermagem assediador (Conselho Federal de Enfermagem, 2007).

Segundo Farias (2017) apesar do ordenamento jurídico brasileiro não dispor de legislação federal específica contra a prática do assédio moral, dispositivos na Constituição Federal, no Código Civil e na Consolidação das Leis do Trabalho podem ser usados para garantir direitos dos trabalhadores assediados. A falta de legislação específica mostra que a discussão sobre o AM é pouco realizada, e que não existe clareza sobre a temática.

1.4 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO, PROBLEMA E HIPÓTESE

O interesse do estudo em relação aos processos ético-disciplinares baseou-se no fato do pesquisador perceber a carência acerca da abordagem do AM no âmbito laboral e administrativo da enfermagem, posto que desde a formação universitária, como enfermeiro, sempre demonstrou a preocupação com as relações entre os profissionais e o ambiente laboral dos trabalhadores da Enfermagem, o que incentivou o pesquisador a criar, atuar e preservar um ambiente pautado pelas boas relações profissionais entre os membros da equipe de Enfermagem, e compreender os mecanismos que agregam ou dissolvem os elementos dessa equipe em relação ao ambiente laboral.

A partir do ingresso no Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo como Conselheiro, no ano de 2012, esteve presente na maioria das reuniões plenárias da Autarquia, nas quais são apresentadas as relatorias iniciais para análise das denúncias enviadas ao COREN-SP, participando como relator inicial e final, e dos julgamentos de Processos Ético Disciplinares, relatando ainda os processos de desagravo público. Chamou sua atenção, especialmente as denúncias e processos

relacionados ao assédio moral. Inquieto com essas questões, buscou nas referências bibliográficas conceitos e explicações alusivas ao fenômeno, bem como grande quantidade de material presente nas denúncias e processos éticos para ser explorado em inúmeros dados e variáveis existentes.

Nas denúncias e processos éticos existem dados sobre o perfil social e demográfico dos profissionais envolvidos, origem das denúncias, apresentação e comprovação, bem como do delineamento das características dos processos e seu desenvolvimento.

Com base na literatura estudada acerca do tema do assédio moral, o pesquisador, tendo vivenciado os processos ético-disciplinares, ao longo desses anos, como Conselheiro do COREN-SP, e também com base na experiência profissional, como enfermeiro e docente da área, foi construído o seguinte **problema de pesquisa**:

Quais as características da população referente a denúncias e processos sobre o assédio moral submetidas ao COREN-SP, no recorte temporal de 2011 a 2016? Os profissionais de enfermagem denunciante, envolvidos nessas denúncias sofreram problemas de saúde decorrentes do AM? Como estes problemas se manifestaram em decorrência do AM? Quais foram os trâmites e os resultados finais das denúncias apresentadas à Autarquia?

O pesquisador entende que a proposta investigativa possui relevância para a enfermagem no âmbito laboral, social e político, visando a discussão temática, a educação profissional, o fomento e o desenvolvimento de políticas voltadas a proteção do profissional de enfermagem com vistas a diminuição da ocorrência do fenômeno, bem como a consequente proteção dos trabalhadores de enfermagem.

Nesse contexto, insere-se a seguinte **hipótese de estudo**:

Há maior incidência de vítimas (denunciante) de assédio moral nos PEDs estudados com a população do sexo feminino.

Ocorre maior incidência de problemas de saúde de ordem psíquica do que física na população estudada.

1.5 OBJETIVOS

Identificar a população dos profissionais de enfermagem envolvidos em denúncias sobre assédio moral, enviadas ao COREN-SP no recorte temporal entre 2011 e 2016.

Identificar as características das denúncias contra a suposta ocorrência do assédio formalizadas junto ao COREN-SP, no recorte temporal entre 2011 e 2016.

Analisar a tramitação no COREN-SP das denúncias sobre o assédio moral, no período entre 2011 e 2016.

2 TRAJETÓRIA METODOLOGICA

2 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

2.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa documental, com abordagem quantitativa, retrospectiva, exploratória e descritiva, a partir de levantamento documental das denúncias sobre assédio moral e dos processos julgados em 1ª instância* pelo Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo, visando a busca de elementos para atender aos objetivos propostos.

Na pesquisa quantitativa os dados devem ser organizados e metodizados para autenticar, avaliar ou comprovar as ideias do pesquisador, determinados fenômenos estudados e sua inter-relação (Polit, Beck, Hungler, 2004).

A pesquisa documental realiza-se quando o pesquisador avalia o conteúdo de materiais sem conteúdo analítico, para investigar e analisar os dados encontrados. A presente pesquisa, buscou dados em documentos do COREN-SP, que são as denúncias, e suas respectivas Sindicâncias e Processos ético-disciplinares (PEDs), que não receberam qualquer tipo de análise crítica, constituindo-se fontes primárias de informação, cuja origem se deu ao tempo do recorte temporal da pesquisa (Severino, 2007).

O pesquisador aproximou-se do tema, atuando como conselheiro no COREN-SP, Autarquia fiscalizadora do exercício profissional da Enfermagem no estado de São Paulo, com o maior número de profissionais inscritos no Brasil. Em várias ocasiões durante a realização de conciliações, julgamentos e desagravos públicos, presenciou profissionais de Enfermagem que eram parte nas denúncias referentes ao AM, procedimentos estes que se baseiam nos preceitos éticos e legais estabelecidos.

A aplicação do Instrumento de Coleta de Dados (Apêndice 1) nos documentos disponibilizados permitiu a observação, o registro e a descrição das características buscadas, dentro dos objetivos propostos, para posterior análise e dissecação.

* 1ª instância: o primeiro órgão que realiza a apuração da conduta ético-profissional e o julgamento, no caso em tela, o Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo.

2.2 Aspectos éticos do estudo

A coleta de dados foi realizada em sindicâncias e processos éticos-disciplinares, abertos a partir do recebimento de denúncias enviadas por profissionais de Enfermagem do Estado de São Paulo sobre a suposta ocorrência do assédio moral e recebidas pelo COREN-SP no lapso temporal de 2011 a 2016, mediante autorização da Diretoria do COREN-SP (Apêndice 3), e Termo de Compromisso Para a Realização de Pesquisa Científica, acerca da confidencialidade dos dados e da manutenção do sigilo dos denunciantes, denunciados e locais de trabalho, evitando quaisquer exposições ou constrangimento dos mesmos, independentemente do princípio da publicidade aplicado aos processos administrativos após o trânsito em julgado.

Apesar da fonte de dados da pesquisa ser documental, o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP (Apêndice 2), conforme previsto na Resolução Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466/2012, parecer nº 744.082, devido ao manejo dos dados e informações dos profissionais julgados nos PEDs, bem como da exigência de aprovação do CEP da Instituição para publicação de artigos (CNS, 2012).

2.3 População do estudo

A população foi estabelecida a partir das denúncias e processos éticos, finalizados e disponibilizados, nos setores de arquivo e processos éticos do COREN-SP, no recorte temporal entre 2011 e 2016, com a temática do Assédio Moral. É composta ainda pelos profissionais de enfermagem denunciantes e denunciados, que constam dos documentos disponibilizados.

Desse modo, o critério foi voltado a totalidade da população, no recorte temporal estabelecido, não sendo definida por amostragem, mas sim toda a população por censo.

Conforme Bolfarine e Bussab (2005) afirmam, em situações que a população é pequena ou o custo de coleta não é elevado, recomenda-se a utilização do censo pois evitam-se erros amostrais e observa-se o comportamento da população de forma geral e de todos os seus subgrupos.

Vale mencionar, que podem figurar na denúncia mais de um denunciante ou denunciado, motivo pelo qual pode existir uma diferença entre quantitativo de processos e de profissionais denunciantes, e do número de denunciados.

2.4 Procedimentos para a coleta dos dados

A coleta dos dados deu-se posteriormente à aprovação do CEP da EEUSP (Apêndice 2) e da aprovação em Reunião de Diretoria do COREN-SP (Apêndice 3) após solicitação formal do pesquisador, conforme consta no Processo Administrativo 2025/2017.

Após a validação formal, foram feitos contatos com o setor de Arquivo e Protocolo, e com o setor de Processos Éticos do COREN-SP, para que fossem separados e disponibilizados ao pesquisador os processos finalizados e arquivados, referentes às denúncias sobre o AM, entre os anos de 2011 e 2016.

2.5 O Instrumento de coleta de dados

O Instrumento de Coleta de Dados (Apêndice 1) foi estruturado e organizado em quatro seções principais, relacionadas às características das denúncias, características dos denunciantes, características dos denunciados e finalmente da tramitação dos processos. Posteriormente foram acrescentadas outras variáveis ao instrumento, que no decorrer da coleta, foram percebidos e considerados relevantes pelo pesquisador, tais como termos usados pelos profissionais de enfermagem para definir o fenômeno do AM, problemas de saúde relatados na denúncia atribuídos ao AM pelos denunciantes, e categorias profissionais registradas no COREN-SP em relação aos denunciados por AM.

Os dados foram organizados em relação a população estudada, características e origem das denúncias, e finalmente da tramitação dos processos.

2.6 A operacionalização da coleta de dados

A aplicação do Instrumento de Coleta de Dados para extração das informações, deu-se a partir da leitura criteriosa e individual de cada processo disponibilizado, e da busca no sistema informatizado do COREN-SP.

2.7 A organização e análise dos dados

Os dados de cada processo foram transcritos para o instrumento de coleta de dados e posteriormente as informações foram digitadas em uma planilha Excel®, e foram analisados através de estatística descritiva.

As variáveis foram organizadas estatisticamente de forma descritiva, assim como a apresentação dos dados da pesquisa.

Na análise de variáveis foram observados os valores mínimos e máximos, e o cálculo de desvio padrão, médias e medianas, e ainda nas variáveis qualitativas foi calculada a frequência relativa e absoluta.

2.8 Análise dos dados com foco na literatura e na legislação

O exercício das profissões no Brasil está regulamentado pela Constituição Federal, que coloca como condição para seu exercício que as qualificações estabelecidas em leis específicas sejam satisfeitas, bem como são concomitantemente reguladas por leis específicas. É relevante citar que por meio de legislação se criam ou se extinguem direitos e deveres, e durante toda sua vida, os indivíduos realizam atos jurídicos (Oguisso, Schmidt, 1999).

Os profissionais de Enfermagem estão inseridos na vida em sociedade, devendo cumprir suas normas e regras no que tange às relações interpessoais, estando ainda sob a égide do conjunto normativo da profissão, que se não obedecido, tem o potencial gerador de impacto nos âmbitos cível, criminal e administrativo ético-profissional o que pode gerar sanções ou penalidades (Mattozinho, Silva, Freitas, 2017).

Os cidadãos brasileiros, vivem em um estado democrático de direito que obedece aos preceitos constitucionais, e a dispositivos legais que seguem a hierarquia da Pirâmide de Kelsen, obedecendo a ordem hierárquica do topo para a base a partir da Constituição Federal, Leis complementares, Leis ordinárias, Decretos e Súmulas e Portarias acrescidas de todas as outras peças de legislação. Cabe ressaltar que toda e qualquer edição de norma administrativa deve obedecer esta norma hierárquica.

2.8.1 Conselho Regional de Enfermagem

O COREN-SP faz parte do sistema Cofen/COREN, e como autarquia federal é responsável pela fiscalização ética, legal e técnica da Enfermagem, devendo obedecer ao princípio da legalidade objetiva, realizando de atos previstos em lei. A Lei Federal 5.905 de 12 de Junho de 1973, dispõe sobre a criação dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem, e estabelece em seu Art. 15 inciso V, como competência dos Conselhos Regionais, *conhecer e decidir os assuntos atinentes à ética profissional impondo as penalidades cabíveis* (Brasil, 1973).

2.8.2 Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem

A Resolução Cofen 311/2007 estabelece em seu anexo o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, afirmando em seu preâmbulo que o aprimoramento do comportamento ético do profissional passa pelo processo de construção de uma consciência individual e coletiva, pelo compromisso social e profissional configurado pela responsabilidade no plano das relações de trabalho com reflexos no campo científico e político. Afirma ainda em seus princípios fundamentais que os profissionais de enfermagem respeitam a vida, a dignidade e os direitos humanos, em todas as suas dimensões, devendo agir com competência para a promoção do ser humano na sua integralidade, de acordo com os princípios da ética e da bioética (Brasil, 2007).

No que tange a gestão dos serviços de Enfermagem bem como nos relacionamentos interpessoais dentro da equipe de Enfermagem, o enfermeiro deve usar sua capacidade e criatividade para definir as ações assistenciais, tomar decisões e ao adequar os recursos humanos e materiais de que dispõe assegurando sob sua responsabilidade profissional, atendimento de qualidade a seus clientes, que se executadas de forma deficitária no que tange a atenção, às habilidades ou a técnica, ou ainda na falta de zelo ou prudência do profissional responsável por esses eventos, pode gerar uma situação de risco ou de prejuízo a outrem, causando evento danoso, denominado ocorrência ética, que não se limitam às falhas técnicas, mas podem estar questões atitudinais dos profissionais de enfermagem em seu relacionamento, comunicação e respeito com o paciente, profissionais da equipe multiprofissional da saúde e/ou seus pares (Oguisso, Freitas, 2008).

Uma infração é o ato ou efeito de infringir, a transgressão ou a violação das normas, leis e regras estabelecidas. Uma infração ética consiste na ação, omissão ou conivência que implique desobediência e/ou inobservância às disposições previstas no Código de Ética dos profissionais de Enfermagem (CEPE) (Sidon, Barreto, Souza Filho et al., 2012).

A competência para executar atos normativos referentes a infrações éticas cometidas por profissionais de Enfermagem no decorrer de suas atividades profissionais, cabe por força legal somente aos Conselhos Federal e Regional de Enfermagem, bem como a aplicação de penalidades previstas no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Matozinho, Silva, Freitas, 2017).

2.8.3 Código de Processo Ético-Disciplinar da Enfermagem

Segundo a resolução 370-2010, o processo ético-disciplinar inicia-se de ofício ou por uma denúncia, respeitando-se os trâmites e os prazos previstos, após sindicância do departamento de fiscalização do COREN-SP e posterior análise e emissão de relatório de Conselheiro da Autarquia apresentado ao Plenário, que pode arquivar a denúncia ou instaurar processo ético disciplinar. A denúncia é irretratável salvo nos casos em que houver conciliação, e os elementos mínimos para o recebimento de denúncia estão previstos nos incisos I a VI do Art. 22 da resolução 370-2010, e as condições para admissibilidade estão previstas nos incisos I a V do Art. 27 da mesma resolução (Conselho Federal de Enfermagem, 2010).

Não estando presentes as condições de admissibilidade, a denúncia será arquivada, e havendo os pressupostos de admissibilidade haverá a instauração do Processo Ético disciplinar, com a nomeação de Comissão de Instrução, bem como a notificação das partes para apresentação de Defesa Prévia e Alegações Finais, respeitando-se os prazos e o amplo direito de defesa e do contraditório. A Comissão de Instrução tem a atribuição de instruir o Processo ético-disciplinar e ao final de seus trabalhos deverá emitir relatório da apuração realizada, *contendo a narrativa objetiva dos fatos apurados, os apontamentos das provas testemunhais e materiais colhidas, emitindo conclusão fundamentada sobre a caracterização da infração ético-disciplinar* (Conselho Federal de Enfermagem, 2010).

Após a devolução dos autos a Presidência, deverá ser designado um relator final, que *emitirá parecer conclusivo para julgamento do Plenário*, onde respeitando todos os trâmites previstos, fará a leitura de seu relatório e emitirá voto, sendo submetido à votação pelos conselheiros presentes no Plenário que poderão ou não acompanhar o voto apresentado pelo relator final. Após esta votação fica definida pelo Plenário a absolvição ou condenação do denunciado, bem como a penalidade a ser aplicada, diante da infração ética (Conselho Federal de Enfermagem, 2010).

Cabe ressaltar que o termo infração ética é bastante usado na Enfermagem a partir da ocorrência de um fato nas atividades profissionais do denunciado. A caracterização de uma infração ética somente ocorrerá após a devida apuração dos fatos e o cumprimento de todas as formalidades previstas, garantindo ainda ao denunciado o amplo direito de defesa e do contraditório (Mattozinho, Silva, Freitas 2017).

2.9 Estatística:

A distribuição de normalidade das variáveis contínuas foi avaliada através do teste Kolmogorov–Smirnov goodness-of-fit. O teste-t de Student foi realizado para avaliar as diferenças entre as idades dos denunciantes ou denunciados com a quantidade de denúncia realizada ou recebida. Análise de correlação de Spearman's rho foi realizada para avaliar a relação entre a população estudada com a quantidade de denúncias realizadas ou recebidas.

3 RESULTADOS

3 RESULTADOS

Os dados serão apresentados na forma de tabelas, figuras e gráficos, expressando os dados através de números, comparações e análises estatísticas, feitas a partir dos achados em denúncias sobre o assédio moral, encaminhadas ao COREN-SP entre os anos de 2011 e 2016, apoiados pela literatura e legislação profissional da enfermagem existente sobre o assunto.

3.1 População

A população da pesquisa é composta pelas denúncias encaminhadas ao COREN-SP para apuração da suposta ocorrência do AM, pelos denunciante, que formalizaram as denúncias junto a Autarquia, em sua maioria profissionais de enfermagem, e pelos denunciados, em sua totalidade profissionais de enfermagem.

O número total de denúncias que deram origem às relatorias iniciais para análise em plenário, arquivamentos após apreciação em plenário, audiências prévias de conciliação, bem como os processos éticos instaurados pelo COREN-SP, no recorte temporal de janeiro de 2011 a dezembro de 2016, finalizados, arquivados, fora da tramitação interna da autarquia e disponíveis para consulta, foi de 78 denúncias.

Segundo o Art. 21 do CPEDE, uma denúncia é o ato de *atribui a alguém a prática de infração ética ou disciplinar*, e deve ser *apresentada por escrito ou, quando verbal, reduzida a termo por servidor ou Conselheiro* (Conselho Federal de Enfermagem, 2010).

O procedimento da denúncia ao COREN-SP é irretratável, salvo nos casos em que houver conciliação, e deve conter alguns requisitos para ser considerada válida:

- I- Presidente do Conselho a quem é dirigida;
 - II- nome, qualificação e endereço do denunciante;
 - III- narração objetiva do fato ou do ato, se possível com indicação de localidade, dia, hora, circunstâncias e nome do autor da infração;
 - IV- o nome e endereço de testemunhas, quando houver;
 - V- documentos relacionados ao fato, quando houver; e
 - VI- assinatura do denunciante ou representante legal.
- (Conselho Federal de Enfermagem, 2010)

Tabela 03 – Comparativo das denúncias por assédio moral enviadas ao COREN-SP de 2011 a 2016, e o número total de denúncias enviadas, São Paulo - 2017.

Ano	Denúncias por assédio moral n	Total de denúncias/ ano n	Denúncias por assédio moral %
2011	04	380	1,05
2012	11	352	3,12
2013	31	327	9,48
2014	18	363	4,95
2015	11	412	2,66
2016	03	394	0,76
Total	78	2228	3,5

Fonte: Elaboração própria, dados do COREN-SP, 2017

A média de denúncias enviadas por ano sobre assédio moral foi de 13 (d.p. $\pm$ 10,3), com mínimo de denúncias enviadas anualmente de 3 e máximo de 31, com amplitude de variação de 28 denúncias na ocorrência do envio anual ao COREN-SP.

Em relação ao número total de denúncias enviadas à Autarquia, a média foi de 371,3 (d.p. $\pm$ 27,8) com mínimo de 327 e máximo de 412, com amplitude de variação de 85 denúncias no envio geral anual de denúncias.

O número total das denúncias por assédio moral analisadas, corresponde a 3,5% do total de denúncias encaminhadas ao COREN-SP, variando de 0,76% a 9,48% do número total de denúncias enviadas anualmente.

As características sócio-demográficas referentes a sexo, idade e tempo de inscrição no COREN-SP dos denunciantes e dos denunciados, personagens nas denúncias pela suposta prática de assédio moral, estão demonstrados na tabela a seguir:

Tabela 04 – Características sócio demográficas dos denunciantes e denunciados que figuram nas denúncias sobre assédio moral enviadas ao COREN-SP no recorte temporal de 2011 a 2016, São Paulo - 2017.

	Denunciantes		Denunciados	
Sexo	n	%	n	%
Masculino	14	19,05	22	23,66
Feminino	54	68,35	70	75,27
Não Informado	10	12,6	1	1,08
IDADE				
20 — 30	5	6,32	2	2,15
30 — 40	19	24,05	35	37,63
40 — 50	16	20,25	27	29,03
50 — 60	21	26,58	21	22,58
≥ 60	1	1,26	2	2,15
Não Informado	17	21,79	5	5,38
TEMPO INSCRIÇÃO				
1 — 11	25	31,64	47	50,53
11 — 21	28	35,44	23	24,73
21 — 31	8	10,12	7	7,52
≥ 31	1	1,26	11	11,82
Não Informado	17	21,79	5	5,38

Fonte: Elaboração própria, dados do COREN-SP, 2017

Em relação ao sexo dos denunciante, temos a porcentagem de 19,05% de homens, e 68,35% de mulheres. A média da idade dos denunciante foi de 42,34 anos (d.p.= ±10,69), mediana de 42 anos, com idade mínima de 25 anos e idade máxima de 69 anos, com amplitude de 44 anos. A média da idade dos denunciado foi de

42,08 anos (d.p. = $\pm 9,63$), mediana de 43,5 anos, idade mínima de 26 anos e idade máxima de 62 anos, com amplitude de 36 anos.

A média do tempo de inscrição no COREN-SP dos denunciante foi de 13,5 anos (d.p.= $\pm 8,0$), mediana de 13,5 anos, com tempo mínimo de inscrição de 2 anos e tempo máximo de inscrição de 33 anos, com amplitude de 31 anos. A média do tempo de inscrição no COREN-SP dos denunciados foi de 18 anos (d.p. = $\pm 15,7$), mediana de 18,5 anos, tempo mínimo de inscrição de 2 anos, e tempo máximo de inscrição de 56 anos, com amplitude de 54 anos.

3.1.1 Relação entre idade e denunciante

Na análise estatística comparou-se o grupo abaixo e acima da mediana, buscando significância estatística na diferença de idade no grupo de denunciante, e denunciados, em relação ao número de denúncias encaminhadas ao COREN-SP.

Houve uma tendência dos profissionais de enfermagem mais velhos (grupo >42 anos) de realizar mais denúncias do que o grupo de profissionais de enfermagem abaixo de 42 anos, mas apesar disso não foi encontrada significância estatística e correlação significativa ($p < 0,09609$, $R = 0,32685490$, $R^2 = 0,10683412$) (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Relação entre idade dos denunciante e n.º de denúncias efetuadas, São Paulo - 2017.

Fonte: Elaboração própria, dados do COREN-SP, 2017

3.1.2 Relação entre idade e denunciados

Comparando-se a idade dos denunciados e a quantidade de denúncias recebidas, e os grupos abaixo e acima da mediana, não foi encontrada significância estatística e correlação significativa nos dados, ($p < 0,11574$, $R = 0,29327752$, $R^2 = 0,08601171$) (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Relação entre idade dos denunciados e número de denúncias recebidas, São Paulo - 2017.

Fonte: Elaboração própria, dados do COREN-SP, 2017

3.1.3 Relação entre tempo de registro profissional e denunciante

Em relação a inscrição profissional dos profissionais de Enfermagem junto ao COREN, a Lei Federal 7.498, de 1986, em seu Art. 2º preconiza que: *a Enfermagem e suas atividades Auxiliares somente podem ser exercidas por pessoas legalmente habilitadas e inscritas no Conselho Regional de Enfermagem com jurisdição na área onde ocorre o exercício* (Brasil, 1986).

Levantou-se o tempo de registro profissional nos registros do COREN-SP, comparando-se o tempo de inscrição abaixo e acima da mediana, e não houve significância estatística e correlação entre tempo de inscrição e quantidade de denúncias realizadas ($P = 0,207853$, $R = -0,294293$, $R^2 = -0,086608$) (Gráfico 3).

Gráfico 3 – Relação entre tempo de inscrição dos denunciante e denúncias realizadas, São Paulo - 2017.

Fonte: Elaboração própria, dados do COREN-SP, 2017

3.1.4 Relação entre tempo de registro profissional e denunciados

Comparou-se os grupos abaixo e acima da mediana, verificando que quanto maior o tempo de inscrição, menor é a quantidade de profissionais denunciados ($p < 0,00040$) existindo uma correlação inversa entre o tempo de inscrição e o número de denúncias recebidas na Autarquia ($R = -0,5812319$, $R^2 = -0,32093745$) (Gráfico 4).

Gráfico 4 – Relação entre tempo de inscrição dos denunciados e denúncias recebidas, São Paulo - 2017.

Fonte: Elaboração própria, dados do COREN-SP, 2017

Segundo o Código de Processo Ético Disciplinar da Enfermagem em seu capítulo IV, das partes, Art. 15, inciso I, o denunciante é parte no processo ético disciplinar, sendo pessoa física e/ou jurídica que envia denúncia ao COREN-SP, mediante a suposta prática de atos por profissionais de enfermagem, que envolvam a transgressão do CEPE e de outras legislações que regem a profissão (Conselho Federal de Enfermagem, 2010).

A origem das denúncias, de pessoas físicas e jurídicas, referentes à suposta prática do assédio moral, estão demonstradas na tabela a seguir. Os Auxiliares de Enfermagem figuram como os profissionais de enfermagem que mais formalizaram denúncias, ao passo que os Enfermeiros, são os profissionais de enfermagem mais denunciados pela suposta prática do AM. As denúncias institucionais são as enviadas por instituições que sindicaram a prática do AM e enviaram denúncias ao COREN-SP, bem como as CEEs que também apuram a ocorrência do fenômeno. As denúncias que constam como sem dados, referem-se às denúncias anônimas.

Tabela 5 – Profissionais de Enfermagem, partes nas denúncias e nos processos tramitados no COREN-SP, decorrentes da suposta ocorrência de assédio moral, São Paulo - 2017.

	Denunciantes n(%)	Denunciados n(%)
Auxiliares de enfermagem	37 (46,83)	3 (3,23)
Técnicos de enfermagem	16 (20,25)	1 (1,08)
Enfermeiros	12 (15,18)	88 (94,64)
Institucional	7(8,86)	-
Outros profissionais	1 (1,26)	-
Sem dados	6 (7,59)	1 (1,08)
Total	79 (100)	93 (100)

Fonte: Elaboração própria, dados do COREN-SP, 2017

Quanto a inscrição no COREN-SP em mais de uma categoria profissional, a Pesquisa do Perfil Nacional da Enfermagem demonstrou que 37,9% de todo o contingente de profissionais de enfermagem de nível médio, cursaram ou estão cursando a graduação. Outro dado importante é que 90,2% dos enfermeiros já exerceram a função de auxiliares ou técnicos de Enfermagem antes de assumirem postos como enfermeiros (Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, 2015).

Denunciados por assédio moral podem pertencer a outra categoria profissional diversa daquela pela qual são denunciados pela suposta prática de assédio moral.

Tabela 6 - Outra categoria profissional de inscrição no COREN-SP, dos denunciados por suposta prática de assédio moral além da categoria a qual pertencem enquanto denunciados, São Paulo - 2017.

Outra categoria profissional	Denunciados	
	n	%
Auxiliar de enfermagem	38	40,86
Enfermeiro	1	1,07
Técnico de enfermagem	3	3,22
Não possuem inscrição em outra categoria	50	53,76
Sem dados	1	1,07
Total	93	100

Fonte: Elaboração própria, dados do COREN-SP, 2017

Segundo Hagopian e Freitas (2017), o AM é uma das manifestações da violência laboral. e compromete a qualidade de vida dos trabalhadores, e está relacionado aos acidentes e erros na atividade laboral da enfermagem, causando doenças ocupacionais físicas, psíquicas e emocionais.

Segundo o mapeamento da violência contra os profissionais de enfermagem, realizado pelo COREN-SP (2015), com realização de sondagem através de questionário online, que foi respondido espontaneamente por 8.332 profissionais de enfermagem de todo o estado de São Paulo, 74% responderam que já haviam sofrido algum tipo de violência no ambiente laboral e 52% afirmaram que foram agredidos mais de uma vez. Entre os agressores mais citados com 42% das citações, estão

colegas de trabalho com cargo superior. Os profissionais consultados, 76%, referem que os casos de violência continuam a se repetir no ambiente onde trabalham, com 56% afirmando que as agressões são constantes (Conselho Regional de Enfermagem, 2015).

A forma como o trabalho está organizado, pode trazer satisfação ou causar o sofrimento ao trabalhador. Sua submissão ao AM, pode causar a perda da estabilidade emocional, a piora de doenças existentes, e o surgimento de novas doenças, impedindo que possa desenvolver suas atividades cotidianas, provocando o afastamento e em casos extremos a aposentadoria antecipada. (Fontes, Peloso, Carvalho, 2011; Costa, Xavier, Brasileiro, 2010; Godoy, 2009; Oliveira, 2004)

Tabela 7 - Denúncias por assédio moral que contém relatos de problemas de saúde decorrentes do fenômeno, relatados pelos denunciante, entre os anos de 2011 e 2016, São Paulo - 2017.

Relataram problemas de saúde	Denúncias n	%
Sim	8	10,25
Não	70	89,75
Total	78	100

Fonte: Elaboração própria, dados do COREN-SP, 2017

A submissão dos trabalhadores ao AM, pode causar alterações psíquicas superficiais e imediatas, que geram confusão mental, levando-os ao isolamento. A não detecção deste estado, pode aprofundar estas alterações, causando modificações psíquicas mais intensas que irão se manifestar através da depressão crônica, e o surgimento de traços paranoides, podendo resultar em uma patologia crônica. A pior e a última das consequências decorrentes da submissão do trabalhador ao AM, é a ideação suicida, quando o indivíduo pensa em se suicidar. A forma como é organizado o trabalho, a duração e a frequência do AM, e o tipo de assédio sofrido, podem ter papel crucial e significativo sobre o trabalhador e a ideação suicida (Barreto, Berentchein, Pereira, 2011; Caniato, Lima, 2008).

Quadro 5 – Profissionais de Enfermagem que encaminharam denúncias por assédio moral ao COREN-SP entre os anos de 2011 e 2016 que relatam problemas de saúde decorrentes do assédio moral, e os encaminhamentos no COREN-SP, São Paulo - 2017.

#	Problemas de saúde relatados e comprovados e documentos anexos	Encaminhamentos no COREN-SP
1	Ansiedade, depressão, labilidade emocional, insônia, e sono agitado. Uso de medicamento controlado. Atestado médico com diagnóstico de depressão, afastamento do trabalho por 60 dias, encaminhamento ao psiquiatra para tratamento de ansiedade e depressão.	Realizada conciliação
2	Depressão, uso de medicamento controlado.	Realizada conciliação
3	Atestado de saúde ocupacional, prescrição médica para uso de medicamento controlado, declaração de atendimento psicológico. Documentos do INSS por incapacitação para atividade laboral, declaração de atendimento psicológico, receituários médicos.	Absolvição do denunciado
4	Trabalhador alega afastamento do trabalho por motivos de saúde causados pelos fatos denunciados.	Arquivamento da denúncia
5	Transtorno mental, alteração de comportamento, alta impulsividade, agressividade e intolerância, causados por conflito no trabalho, tentativa de suicídio. Relatório médico para perícia no INSS.	Realizada conciliação
6	Receituário médico com afastamento das atividades laborais, prescrição médica para uso de medicamento controlado.	Realizada conciliação
7	Atestado médico com afastamento das atividades laborais, receituário médico para uso de medicamento controlado, comunicado de Acidente de Trabalho	Absolvição do denunciado
8	Atestado médico por tratamento psiquiátrico por tempo indeterminado, prescrição médica para uso de medicamento controlado.	Culpabilidade do denunciado

Fonte: Elaboração própria, dados do COREN-SP, 2017

3.2 Resultados referentes às denúncias

A jurisdição dos Conselhos Regionais é estadual, conforme a Lei Federal 5.905 de 12 de julho de 1973, que prevê na formação do Sistema Cofen/CORENs um Conselho Regional em cada Estado e Território, com sede na respectiva capital, logo a jurisdição do COREN-SP é o estado de São Paulo e abrange 645 municípios.

O COREN-SP dispõe de uma Sede em São Paulo, e subseções nos municípios de Araçatuba, Botucatu, Campinas, Guarulhos, Itapetininga, Marília, Osasco, Presidente Prudente, Ribeirão Preto, Santo André, Santos, São José do Rio Preto, e São José dos Campos. Possui ainda Núcleos de Atendimento ao Profissional no Bairro de Santo Amaro, zona sul da cidade de São Paulo, no Município de Registro e no município de Mogi das Cruzes.

Tabela 8 - Municípios de origem das denúncias por assédio moral, entre os anos de 2011 e 2016, proporção de profissionais de enfermagem na região, e número de municípios das regiões e porcentagem em relação ao total de municípios do estado, São Paulo - 2017.

Origem	Denúncias n(%)	profissionais de enfermagem/região (%)	número municípios e proporção em relação ao total de municípios do Estado n(%)
Região Metropolitana de São Paulo	61 (78,17)	(62,4)	15 (2,32)
Interior do Estado De São Paulo	17 (21,83)	(37,6)	15 (2,32)
Total	78 (100)	(100)	645 (100)

Fonte: Elaboração própria, dados do COREN-SP, 2017

As denúncias da região metropolitana de São Paulo nesta pesquisa, corresponde às cidades de São Paulo, Barueri, Carapicuíba, Diadema, Ferraz de Vasconcelos, Guarulhos, Itapeverica da Serra, Osasco, Ribeirão Pires, Santana de Parnaíba, Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, Suzano e Taboão da Serra. Denúncias recebidas do interior do estado e litoral dos municípios de Americana, Campinas, Cesário Lange, Jacareí, Lins, Mongaguá, Presidente Prudente, Rosana, Santa Bárbara do Oeste, São José do Rio Preto, São José do Campos, São Sebastião, São Vicente, Sorocaba, Sumaré.

As denúncias sobre assédio moral, provieram de 30 municípios distintos, o que corresponde a 4,64% do total de municípios do Estado. A maior parte das denúncias foram enviadas por profissionais de enfermagem da cidade de São Paulo e sua região metropolitana, correspondendo a 78,17% do total. Esta região do Estado de São Paulo, concentra 62,4% dos profissionais de Enfermagem segundo dados publicados

pelo Conselho Federal de Enfermagem, na Pesquisa do Perfil Nacional da Enfermagem.

De acordo com o previsto na Resolução 370-2010 do Conselho Federal de Enfermagem, um processo ético-disciplinar inicia-se também por denúncia, que deve ser apresentada por escrito e endereçada ao Presidente do Conselho a quem é dirigida; deve conter o nome, a qualificação e endereço do denunciante, com a narração objetiva do fato ou do ato, se possível com indicação de localidade, dia, hora, circunstâncias e nome do autor da infração. Deve conter ainda o nome e endereço de testemunhas, quando houver, documentos relacionados ao fato, quando houver, e estar devidamente assinada pelo denunciante ou seu representante legal. A denúncia é irretratável, salvo haja conciliação conforme previsão do mesmo código. (Conselho Federal de Enfermagem, 2010)

Tabela 9 - Forma de apresentação das denúncias por assédio moral encaminhadas ao COREN-SP entre os anos de 2011 e 2016, São Paulo - 2017.

Forma de apresentação	n(%)	Forma de apresentação	n(%)
Manuscrita	43(55)	Sem documentos anexos	38(48,72)
Digitalizada	35(45)	Com documentos anexos	40(51,28)
Total	78(100)		78(100)

Fonte: Elaboração própria, dados do COREN-SP, 2017

A maior parte das denúncias enviadas ao COREN-SP foi manuscrita, de próprio punho pelos profissionais denunciadores, e 48,72% delas sem qualquer documento anexo, para comprovação ou maior robustez da denúncia.

As 40 denúncias que contém documentos anexos, contém no total 111 documentos, divididos em documentos institucionais, médicos, oficiais e pessoais, manuscritos ou digitados. Os documentos institucionais compreendem cópias de documentos referentes à instituição onde o denunciante e denunciado exercem suas atividades tais como advertências, escalas de serviço, protocolos e sindicâncias internas. Os documentos médicos compreendem, afastamentos do trabalho, atestados, encaminhamentos, documentos relacionados à atividade médica, perícias e receituários médicos. Os documentos oficiais são referentes a abertura de inquérito

civil, Boletins de Ocorrência, denúncia ao MPT, Termo de depoimento, sentença judicial, sindicâncias realizadas pelo COREN-SP. Documentos pessoais são referentes a documentos manuscritos ou digitados anexados pelos denunciantes e denunciados, indicação de testemunhas e depoimentos digitados e manuscritos anexos às denúncias, por denunciantes ou denunciados. A média é de 2,77 documentos por denúncia.

Tabela 10 - Tipos e quantidades de documentos anexos às 40 denúncias por assédio moral, que vieram com documentos anexos, encaminhadas ao COREN-SP entre os anos de 2011 e 2016, São Paulo - 2017.

Tipo de documento	Ocorrências n	Proporção relacionada às denúncias recebidas e que contém documentos %
Institucionais	38	95
Médicos	22	55
Oficiais	26	65
Pessoais	22	55

Fonte: Elaboração própria, dados do COREN-SP, 2017

Os termos que conceituam o assédio moral, são um desafio, pela grande variedade de expressões, e estão relacionados a cultura local e à caracterização dos aspectos do AM relacionado a violência laboral (Hagopian, Freitas, 2017).

Os termos mais recorrentes nas 78 denúncias analisadas são assédio moral, abuso de poder e perseguição.

O termo assédio moral é usualmente utilizado no Brasil para definição do fenômeno laboral, e o assédio e a violência laboral constituem-se um abuso de poder (Guimarães, Rimoldi, 2006; OIT, 2017).

O termo assediar significa pôr assédio ou cerco, importunar, molestar com perguntas ou pretensões insistentes, e o termo perseguir significa seguir de perto, importunar, fazer punir, castigar, havendo pontos em comum entre os dois termos. (Bueno, 1998). Nos dados temos o termo perseguição sendo usado em 16,67% das denúncias encaminhadas ao COREN-SP por suposta ocorrência do assédio moral.

Tabela 11 - Principais termos, por ocorrência, usados nas denúncias por assédio moral encaminhadas ao COREN-SP entre os anos de 2011 e 2016, para definir o Assédio Moral, São Paulo - 2017.

Termos usados para definir o assédio moral	Quantidade de ocorrências do termo n	Proporção nas denúncias %
Assédio moral	75	96,15
Abuso de poder	16	20,51
Perseguição	13	16,67
Agressão verbal	3	3,85
Assédio sexual	3	3,85
Conduta antiética	3	3,85
Injúria	3	3,85
Ameaças	2	2,56
Constrangimento	2	2,56
Difamação	2	2,56
Outros termos	10	12,8
Total	132	

Fonte: Elaboração própria, dados do COREN-SP, 2017

Os termos utilizados pelos profissionais de enfermagem denunciante para definir suas experiências vivenciadas em relação ao AM, expressam a amplitude de expressões e da forma de ocorrência do fenômeno no mundo laboral. Todos os termos possuem relação com o fenômeno do assédio moral, conforme amplamente exposto na literatura existente sobre a temática (Hirigoyen, 2015; Barreto, 2013; Gonzalez de Rivera, Rodríguez-Abuin, 2005).

Segundo dados da Pesquisa do Perfil Nacional da Enfermagem referentes ao estado de São Paulo, os maiores empregadores dos profissionais de Enfermagem no Estado de São Paulo são o setor público que emprega 55% da força de trabalho da Enfermagem, seguido pelo setor privado 35,1%, pelo setor filantrópico 22,3% e pelas instituições de ensino 9,6%.

Tabela 12 - Ocorrência das denúncias segundo a instituição de origem, São Paulo - 2017.

Instituição	n	%
Hospital público	24	30,77
Hospital particular	16	20,51
Ama/ubs/upa	9	11,53
Outras instituições	23	29,48
Sem dados	6	7,69
Total	78	100

Fonte: Elaboração própria, dados do COREN-SP, 2017

Nas denúncias por Instituição, por relevância, onde trabalham ou atuam os denunciantes que enviaram denúncias por assédio moral ao COREN-SP entre os anos de 2011 e 2016, por relevância são os Hospitais Públicos (30,77%), Hospitais Particulares (20,51%), seguidas das Unidades de Atendimento Ambulatorial conjugadas com Unidades Básicas de Saúde, Unidades Básicas de Saúde, e Unidades de Pronto Atendimento (11,53%) das denúncias.

Outras instituições referem-se a Autarquia, Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Centro de Referência, escola técnica de enfermagem, Fundação Pública, home care, hospital filantrópico, instituição de longa permanência de idosos, pronto socorro particular, pronto socorro público, Serviço Móvel de Urgência, Secretaria Municipal de Saúde, universidade particular.

Em relação aos maiores empregadores da enfermagem, *o setor público concentra a maior parte dos profissionais [...] (35%), seguido pelo privado (21%), Cooperativa/Oscip/OS/Fundações (10,9%) [...] (Conselho Regional de Enfermagem, 2015)*

3.3 Resultados referentes à tramitação das denúncias

O Conselho Regional de Enfermagem é uma Autarquia Federal, Instituição Colegiada, e em seu regimento interno, na seção II, Art. 12, expressa que: O Plenário

é composto por 21 conselheiros do COREN-SP, sendo o órgão deliberativo da entidade, constituindo-se em tribunal de ética para o julgamento das infrações ao Código de Ética de Enfermagem (Conselho Regional de Enfermagem, 2013).

Para que uma denúncia seja apreciada pelo Plenário e possa ter prosseguimento tornando-se processo ético-disciplinar, é necessário que atenda o previsto no Código de Processo Ético-Disciplinar da Enfermagem (Art. 27). O denunciado deve ser profissional de enfermagem ao tempo do fato, devendo ser devidamente identificado, devem haver indícios de infração ética e/ou disciplinar do Código de Ética, e após a averiguação prévia, devem haver elementos suficientes para a instauração do processo ético-disciplinar; não estando extinta a punibilidade pela prescrição, com tempo superior a cinco anos da ocorrência dos fatos (Conselho Federal de Enfermagem, 2010).

Dos pressupostos de admissibilidade previstos no Art. 27, os incisos I, II e V, são objetivos e de fácil verificação. Já os incisos III e IV, são em parte subjetivos, pois dependem da verificação, análise e conclusão dos fiscais da Autarquia, conselheiros ou profissionais de enfermagem, que podem averiguar previamente a suposta ocorrência a pedido do relator inicial conforme previsto no Capítulo II do CPEDE.

A averiguação prévia é um procedimento sumário, preliminar, sem contraditório e ampla defesa, com a finalidade específica de colher elementos formadores da convicção, para determinar a instauração do processo ético-disciplinar ou o arquivamento da denúncia, podendo neste momento haver a requisição e juntada de documentos e provas materiais; a convocação dos envolvidos ou de testemunhas para esclarecimentos, que poderão ser escritos ou verbais, reduzido a termo, sem prejuízo do direito à ampla defesa, a ser exercido no momento oportuno; e verificação no local da suposta ocorrência dos fatos (Conselho Federal de Enfermagem, 2010).

Depende ainda do convencimento do Conselheiro designado como relator inicial que apresentará através do seu relatório fundamentado, seu convencimento a respeito da denúncia apresentada, da presença ou ausência de indícios de infração ética, bem como dos elementos suficientes para instauração do processo ético-disciplinar. O relatório será apresentado ao Plenário, que deliberará, aceitando ou

rejeitando a proposta do relator inicial, através de votação realizada após a apresentação da leitura do relatório inicial (Conselho Federal de Enfermagem, 2010).

Tabela 13 – Atendimento dos pressupostos de admissibilidade previstos no Art. 27 do CPEDE, pelas denúncias sobre o suposto assédio moral, entre os anos de 2011 a 2016, São Paulo - 2017.

Atende aos pressupostos de admissibilidade	n	%
Sim	45	57,69
Não	32	41,03
Sem dados	1	1,28
Total	78	100

Fonte: Elaboração própria, dados do COREN-SP, 2017

Os dados demonstram que 57,69% das denúncias pela suposta ocorrência do assédio moral, atendem aos pressupostos de admissibilidade previstos no Art. 27 do Código de Processo Ético-Disciplinar da Enfermagem, ao passo que 41,03% das denúncias não atendem estes pressupostos. A denúncia que aparece com a falta de dados já foi justificada acima, como contendo dados insuficientes não sendo analisada pelo plenário, aguardando a manifestação do denunciante.

Ainda segundo o Código de Processo Ético-Disciplinar da Enfermagem, em seu Art. 23, a denúncia apresentada é irretratável com exceção das denúncias onde houver conciliação. Conforme previsto no § 1º do mesmo artigo, a conciliação poderá ser realizada quando os fatos denunciados se restrinjam às pessoas do denunciante e do denunciado e que não causem óbito, possibilitando a realização de Audiência Prévia de Conciliação pelo conselheiro relator, mediante retratação ou termo de ajustamento de conduta pelo denunciado (Conselho Federal de Enfermagem, 2010).

Ocorrendo a conciliação, cujas condições estão explícitas no Art. 24 do mesmo Código, o conselheiro relator, após designado para apresentar o relatório inicial, no prazo de cinco dias designará a Audiência Prévia de Conciliação, que deve acontecer em no máximo 30 dias, conforme o Art. 25, devendo ainda conforme previsto no § 1º, havendo a conciliação, lavrar termo conciliatório, encaminhando-o a presidência, que

incluirá a denúncia e o termo na pauta da primeira reunião plenária, para homologação e arquivamento da denúncia (Conselho Federal de Enfermagem, 2010).

Tabela 14 - Realização de Audiências Prévias de Conciliação entre os anos de 2011 a 2016, São Paulo - 2017.

Realizada conciliação	n	(%)
Sim	31	39,74
Não	46	58,97
Sem dados	1	1,28
Total	78	100

Fonte: Elaboração própria, dados do COREN-SP, 2017

Os dados mostram que foram realizadas Audiências Prévias de Conciliação em 39,74% das denúncias apresentadas, ao passo que em 58,97% não foram realizadas tentativas de conciliação. A denúncia que aparece com a falta de dados já foi justificada acima, como contendo dados insuficientes não sendo analisada pelo plenário, aguardando a manifestação do denunciante.

Quando não ocorre a conciliação entre as partes, o Conselheiro Relator tem o prazo de dez dias, para apresentar seu parecer fundamentado em Reunião Plenária, apresentando o fato denunciado, de acordo com o previsto no CPEDE, sendo após a leitura submetido à discussão e deliberação do Plenário (Conselho Federal de Enfermagem, 2010).

Tabela 15 - Encaminhamentos propostos pelos relatores iniciais nos pareceres fundamentados, apresentados ao Plenário, São Paulo - 2017.

Parecer do relatório de admissibilidade	n	%
Arquivamento	30	38,46
Instauração	17	21,79
Conciliados/outros encaminhamentos	31	39,74
Total	78	100

Fonte: Elaboração própria, dados do COREN-SP, 2017

O arquivamento de 38,46% das denúncias, foram propostos pelo relator, pelo não preenchimento dos pressupostos de admissibilidade previstos no Art. 27 do Código de Processo Ético-Disciplinar da Enfermagem. Foi também indicada a instauração de Processo Ético-Disciplinar em 21,79% dos casos por haverem indícios de infração ética nas denúncias apresentadas contra os denunciados. Os outros 39,74% correspondem às denúncias conciliadas e outros encaminhamentos.

A qualidade das denúncias por assédio moral, enviadas ao COREN-SP pelos profissionais de enfermagem supostamente submetidos ao AM, foi avaliada baseada em quatro quesitos levantados com o uso do instrumento de coleta de dados: forma de apresentação da denúncia, onde foi atribuída a nota zero para denuncia manuscrita e a nota um para a denúncia digitada; documentos anexos a denúncia, sendo atribuída a nota zero para a denúncia desprovida de documentos e nota um para a denúncia acompanhada por documentos; problemas referentes à denúncia (denúncia anônima, falsa, faltando dados), sendo atribuído a nota zero para denúncias que continham problemas e a nota um para as que não tinham problemas relatados; atender aos pressupostos de admissibilidade previstos no Art. 27 do CPEDE, sendo atribuída a nota zero para as denúncias que não atenderam os pressupostos de admissibilidade e a nota um para as que atenderam aos pressupostos de admissibilidade. As notas variaram de zero a quatro e ao final ainda dos dados coletados foi feita a comparação com o encaminhamento dado às denúncias no COREN-SP.

Das denúncias que não ranquearam nenhum ponto após aplicação da escala de qualidade proposta, 100% foram arquivadas. Das denúncias com baixa qualidade, que ranquearam somente um ponto na escala de qualidade proposta, 80% foram arquivadas, ao passo que as denúncias que ranquearam dois pontos, 41,93% foram arquivadas, das denúncias que ranquearam três pontos, 38,09% foram arquivadas, e finalmente as denúncias que ranquearam quatro pontos, sendo consideradas denúncias com qualidade, nenhuma foi arquivada, demonstrando uma relação inversa entre a qualidade da denúncia recebida e o arquivamento inicial após apresentação do relatório do relator inicial e análise pelo plenário do COREN-SP.

Tabela 16 - Qualidade das denúncias enviadas ao COREN-SP e seus encaminhamentos, São Paulo - 2017.

Nota	n(%)	%	Encaminhamentos
0	2 (2,56)	100	Arquivamento
	8 (10,25)	80	Arquivamento
1	1 (1,28)	10	Conciliação
	1 (1,28)	10	Instauração de PED
2	13 (16,66)	41,93	Arquivamento
	16 (20,51)	51,61	Conciliação
	2 (2,56)	6,45	Instauração de PED
3	8 (10,25)	38,09	Arquivamento
	11 (14,1)	52,38	Conciliação
	2 (2,56)	9,52	Instauração de PED
4	2 (2,56)	14,28	Conciliação
	12 (15.38)	85,72	Instauração de PED
Total	78 (100)		

Fonte: Elaboração própria, dados do COREN-SP, 2017

Em relação a realização de audiências prévias de conciliação, das denúncias com baixa qualidade, que ranquearam somente um ponto na escala de qualidade proposta, 10% foram conciliadas, ao passo que as denúncias que ranquearam dois pontos, 51,61% foram conciliadas, das denúncias que ranquearam três pontos, 52,38% foram conciliadas, e finalmente as denúncias que ranquearam quatro pontos, sendo consideradas denúncias com qualidade, 14,28% foram conciliadas, demonstrando uma relação direta entre a qualidade da denúncia recebida e a

realização de audiências prévias de conciliação, com exceção das ranqueadas com nota quatro.

Em relação às instaurações de Processos Éticos Disciplinares, das denúncias que não ranquearam nenhum ponto após aplicação da escala de qualidade proposta, nenhuma resultou em instauração. Das denúncias com baixa qualidade, que ranquearam somente um ponto na escala de qualidade proposta, 10% foram instauradas, ao passo que as denúncias que ranquearam dois pontos, 6,45% foram instaurados PEDs, e das denúncias que ranquearam três pontos, 9,52% foram instaurados PEDs, e finalmente as denúncias que ranquearam quatro pontos, sendo consideradas denúncias com qualidade, em 85,72% foram instaurados PEDs, demonstrando uma relação direta entre a qualidade da denúncia recebida e a instauração de Processos Éticos Disciplinares após apresentação do relatório do relator inicial e análise pelo plenário do COREN-SP.

Nos pareceres fundamentados, a indicação dos artigos supostamente infringidos pelos denunciados, é feita pelo relator inicial, em seu parecer fundamentado, baseado nos artigos do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, que está expresso na Resolução Cofen 311-2007. Os artigos apontados, serão a linha guia do trabalho da Comissão de Instrução, bem como da defesa do denunciado, pois todos os procedimentos realizados nas fases seguintes, se pautará na indicação da suposta infração cometida pelo denunciado.

Nos dados o artigo mais frequentemente apontado como supostamente infringido em 53,85% dos pareceres apresentados, é o Art. 48 cujo texto expressa o dever de todo o profissional de enfermagem de *cumprir e fazer cumprir os preceitos éticos e legais da profissão*. O segundo artigo apontado como supostamente infringido, é o Art. 6º apontado em 52,56% dos pareceres, que trata das relações interpessoais no ambiente laboral, trazendo aos profissionais de enfermagem a responsabilidade e o dever de *fundamentar* suas relações interpessoais no ambiente laboral *no direito, na prudência, no respeito, na solidariedade e na diversidade de opinião e posição ideológica*. Os dados mostram ainda que o terceiro artigo mais apontado como supostamente infringido é o Art. 5º, em 51,28% dos pareceres, que aponta também como responsabilidade e dever dos profissionais de enfermagem o

exercício profissional com *justiça, compromisso, equidade, resolutividade, dignidade, competência, responsabilidade, honestidade e lealdade* (Conselho Federal de Enfermagem 2007).

Tabela 17 - Artigos do CEPE supostamente infringidos pelos denunciados apontados pelos relatores iniciais na apresentação dos pareceres fundamentados, São Paulo - 2017.

Artigos supostamente infringidos	Ocorrência n	Proporção em relação ao total de denúncias %
48	42	61,53
6º	41	52,56
5º	40	51,28
34	37	47,43
78	37	47,43
9º	26	33,33
56	22	28,20
Outros artigos	38	48,71
Total	293	

Fonte: Elaboração própria, dados do COREN-SP, 2017

Nesta análise da ocorrência dos artigos supostamente infringidos do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, entram denúncias que foram conciliadas, denúncias arquivadas e denúncias em que houve instauração de PEDs.

Em relação ao artigo 78 do CEPE, que trata de forma específica o assédio moral, temos o apontamento de sua suposta infringência em 47,44% dos pareceres apresentados ao Plenário, onde em seu texto tem-se a proibição aos profissionais de enfermagem do uso, de forma abusiva, *do poder que lhe confere a posição ou cargo, para impor ordens, opiniões, atentar contra o pudor, assediar sexual ou moralmente, inferiorizar pessoas ou dificultar o exercício profissional* (Conselho Federal de Enfermagem 2007).

A prática do assédio moral viola direitos humanos fundamentais da vítima, é tipificado como um ato ilícito civil, que acontece no ambiente laboral, gerando consequentemente, o dever da reparação do dano causado, desde que identificada a responsabilidade do empregador, podendo ainda ser considerado um ilícito penal, desde que a legislação assim o tipifique.

Vale ressaltar que em 33,33% das denúncias, o Art. 9º foi apontado como supostamente infringido pelos denunciados, cujo texto aponta a proibição aos profissionais de enfermagem de *praticar e/ou ser conivente com crime, contravenção penal ou qualquer outro ato, que infrinja postulados éticos e legais* (Conselho Federal de Enfermagem 2007).

Após deliberação do Plenário e instaurada a denúncia, respeitando-se todos os atos processuais e prazos estabelecidos, acontece por designação da Presidência do Conselho, a atuação da Comissão de Instrução, cujas atividades estão previstas nos artigos 64 a 69 do Código de Processo Ético-Disciplinar dos Profissionais de Enfermagem, que tem por finalidade organizar e instruir o processo ético-disciplinar, visando à apuração dos fatos descritos na decisão de admissibilidade e instauração do processo, realizando todos os atos necessários à busca da verdade, observando estritamente aos princípios da ampla defesa e do contraditório (Conselho Federal de Enfermagem 2010).

As Comissões de Instrução são compostas por até três membros, de categoria igual ou superior à do denunciado, escolhidos dentre os inscritos no Conselho de Enfermagem, tendo prazo de cento e vinte dias, contados do recebimento dos autos, sendo prorrogável por igual período pelo Presidente do Conselho se houver necessidade, mediante solicitação justificada do Presidente da Comissão.

Ao final do período previsto a Comissão de Instrução deverá elaborar relatório dos trabalhos realizados, contendo a narrativa objetiva dos fatos apurados, os apontamentos das provas testemunhais e materiais colhidas, e emitir conclusão fundamentada sobre a caracterização da infração ético-disciplinar (Conselho Federal de Enfermagem 2010).

Tabela 18 - Pareceres das Comissões de Instrução ao final da Instrução nos processos por assédio moral tramitando no COREN-SP entre os anos de 2011 e 2016, São Paulo - 2017.

Parecer da Comissão de Instrução	n	Processos instaurados %	Proporção em relação ao total de denúncias %
Indícios de não culpabilidade	9	52,94	11,53
Indícios de culpabilidade	7	41,17	8,97
Conciliados	1	5,88	1,28
Outros encaminhamentos	61	-	78,20
Total	78	100	100

Fonte: Elaboração própria, dados do COREN-SP, 2017

Dos dezessete processos ético-disciplinares instaurados, após o trabalho da Comissão de Instrução para apuração dos fatos, das provas apresentadas, documentos acostados e depoimentos colhidos, nos relatórios apresentados, 52,94% dos casos apurados foram apontados como ausentes de indícios de culpabilidade (11,53% do total de 78 denúncias), e 41,17% dos casos apurados, foram apontados com indícios de culpabilidade dos denunciados (8,97% do total de 78 denúncias). Um dos processos foi conciliado após a instauração do processo ético-disciplinar, sendo a conciliação homologada e o processo arquivado (1,28% do total de 78 denúncias).

Após a devolução do processo pela Comissão de Instrução, o Presidente do Conselho, nos prazos estabelecidos, designará um Conselheiro Relator para a emissão de parecer conclusivo. O relatório deve conter ao final, uma parte conclusiva onde o relator aprecia o valor da prova obtida, declarando se há ou não transgressão ao Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, ou de outras normas do Sistema Cofen/Conselhos Regionais, e em quais artigos está configurada a suposta infração, com indicação da penalidade cabível (Conselho Federal de Enfermagem, 2010).

Devolvido o relatório juntamente com os autos do processo, ao Presidente do Conselho, far-se-á a inclusão do processo na pauta da primeira sessão plenária subsequente, determinando a prévia notificação / intimação das partes e de seus

procuradores para o julgamento, com o mínimo de 15 quinze dias de antecedência (Conselho Federal de Enfermagem, 2010).

Aberta a sessão e iniciado o julgamento, o Conselheiro Relator apresentará o seu parecer, sem emitir voto, havendo em seguida a manifestação de cada parte ou seu procurador na forma de sustentação oral por 10 dez minutos. Após a manifestação das partes os Conselheiros poderão pedir a palavra para esclarecer dúvidas acerca dos fatos constantes do processo, podendo ter acesso aos autos para verificação, requerer e especificar diligências se necessário ou ainda pedir vista dos autos até a próxima reunião Plenária. Não havendo solicitação de diligências ou vistas, ocorrerá a deliberação do Plenário após a apresentação do parecer pelo Conselheiro Relator, que emitirá seu voto (Conselho Federal de Enfermagem, 2010).

Tabela 19 - Voto do relator final, indicando culpabilidade ou absolvição, nos pareceres finais nos processos por assédio moral, São Paulo - 2017.

Voto do relator final	n	Em relação aos processos instaurados %	Em relação ao total de denúncias %
Absolvição	12	70,58	15,38
Culpabilidade	4	23,52	5,12
Outros encaminhamentos	62	-	79,48
Total	78	100	100

Fonte: Elaboração própria, dados do COREN-SP, 2017

Os Conselheiros, relatores finais, ao apresentarem seus votos durante o julgamento dos processos ético-disciplinares, apontaram em 70,58% dos casos a absolvição dos denunciados (15,38% do total de 78 denúncias), das acusações de assédio moral. Indicaram ainda a culpabilidade dos denunciados em 23,52% dos casos nos processos ético-disciplinares instaurados (5,12% do total de 78 denúncias).

Nos relatórios finais, a indicação dos artigos infringidos pelos denunciados, é feita baseada nos autos, nas provas e nos artigos do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, que está expresso na Resolução Cofen 311-2007.

Tabela 20 - Artigos do CEPE, apontados pelos relatores finais como infringidos pelos denunciados nos processos ético-disciplinares, por assédio moral, São Paulo - 2017.

Artigos supostamente infringidos	Ocorrências nos relatórios finais n	Proporção em relação aos processos instaurados %
48	4	25
56	4	25
6º	4	25
34	3	18.75
5º	2	12,50
8º	2	12,50
9º	2	12,50
78	2	12,50
Outros artigos	4	25
Total	27	

Fonte: Elaboração própria, dados do COREN-SP, 2017

Os artigos do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, mais frequentemente apontados como infringidos, são o Art. 6º apontado em 25% dos pareceres, que trata das relações interpessoais no ambiente laboral, trazendo aos profissionais de enfermagem a responsabilidade e o dever de *fundamentar* suas relações interpessoais no ambiente laboral *no direito, na prudência, no respeito, na solidariedade e na diversidade de opinião e posição ideológica*. Igualmente o Art. 48 cujo texto expressa o dever de todo o profissional de enfermagem de *cumprir e fazer cumprir os preceitos éticos e legais da profissão*. Na mesma proporção ainda o Art. 56 que proíbe os profissionais de enfermagem de *executar e determinar a execução de atos contrários ao Código de Ética e às demais normas que regulam o exercício da Enfermagem*. Os dados apontam a violência laboral, quando os relatores apresentam em seus relatórios a indicação da infringência do Art. 34, em 18.75% dos processos ético-disciplinares, cujo texto proíbe ao profissional de enfermagem

provocar, cooperar, ser conivente ou omissa com qualquer forma de violência (Conselho Federal de Enfermagem, 2007).

Os dados mostram ainda três artigos que são relevantes, apontados na mesma proporção pelos relatores finais em 12,50% dos relatórios, que são o Art. 5º, que aponta como responsabilidade e dever dos profissionais de enfermagem o exercício profissional com *justiça, compromisso, equidade, resolutividade, dignidade, competência, responsabilidade, honestidade e lealdade*, os Art. 8º e 9º que proíbem os profissionais de enfermagem em suas relações profissionais, *promover e ser conivente com a injúria, calúnia e difamação de membro da equipe de enfermagem, equipe de saúde e de trabalhadores de outras áreas, e praticar e/ou ser conivente com crime, contravenção penal ou qualquer outro ato, que infrinja postulados éticos e legais* respectivamente, e finalmente o Art. 78 que trata de forma específica o assédio moral, proibindo aos profissionais de enfermagem do uso, de forma abusiva, *do poder que lhe confere a posição ou cargo, para impor ordens, opiniões, atentar contra o pudor, assediar sexual ou moralmente, inferiorizar pessoas ou dificultar o exercício profissional* (Conselho Federal de Enfermagem, 2007).

Conforme previsto no Art. 113, inciso II do Código de Processo Ético-Disciplinar dos Profissionais de Enfermagem, o parecer conclusivo do Conselheiro Relator deverá conter a indicação da penalidade cabível, que é baseada na gravidade da infração cometida, caracterizada por meio da análise dos fatos, do dano e de suas consequências. O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem prevê ainda nos artigos 119, 120 e 121, os fatores atenuantes e agravantes para a dosimetria da penalidade a ser anunciada pelo voto do relator (Conselho Federal de Enfermagem, 2010, 2007).

O voto deverá conter a gravidade do ato praticado, os fatores atenuantes e agravantes, a qualificação do(s) denunciado(s), os artigos infringidos e a penalidade proposta, o Plenário fará sua deliberação pela absolvição ou pela culpabilidade, onde o Presidente do Conselho franqueará a palavra aos demais Conselheiros para que emitam seus votos nominalmente, e havendo empate, caberá ao Presidente do Conselho o voto de desempate. Em caso de condenação, o Plenário em nova votação nominal fixará a pena proposta pelo relator, podendo ser minorada ou majorada

mediante apresentação de voto revisor devidamente justificado pelo conselheiro relator divergente (Conselho Federal de Enfermagem, 2010).

Tabela 21 - Propostas do relator final no voto indicando culpabilidade ou absolvição, nos julgamentos decorrentes dos processos ético-disciplinares por assédio moral.

Penalidade proposta	n	Em relação aos processos instaurados %	Em relação ao total de denúncias %
Advertência verbal	4	25	5,12
Absolvição sem indicação de penalidade	12	75	15,38
Outros encaminhamentos	62	-	79,48
Total	78	100	100

Fonte: Elaboração própria, dados do COREN-SP, 2017

O Código de ética dos profissionais de Enfermagem prevê em seu Art. 118 cinco penalidades para serem aplicadas aos profissionais condenados em PEDs. As penalidades são Advertência verbal, Multa, Censura, Suspensão do exercício profissional, e Cassação do direito ao exercício profissional. A advertência verbal é a admoestação do infrator, de forma reservada, é registrada no prontuário do profissional de Enfermagem, na presença de duas testemunhas. A multa é a obrigatoriedade do pagamento de uma a dez anuidades da categoria profissional à qual pertence o infrator, em vigor no ato do pagamento. A censura é a divulgação em publicações oficiais dos Conselhos Federal e Regional de Enfermagem e jornais de grande circulação da repreensão ao infrator. A suspensão é a proibição do exercício profissional da enfermagem por um período de até 29 (vinte e nove) dias e sua divulgação em publicações oficiais dos Conselhos Federal e Regional de Enfermagem e jornais de grande circulação. A cassação é a perda do direito ao exercício da enfermagem, sendo também divulgada em publicações oficiais dos Conselhos Federal e Regional de Enfermagem e jornais de grande circulação (Conselho Federal de Enfermagem, 2007).

Em relação a competência para aplicação das penalidades previstas, o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem prevê:

As penalidades, referentes à advertência verbal, multa, censura e suspensão do exercício profissional, são da alçada do Conselho Regional de Enfermagem, serão registradas no prontuário do profissional de enfermagem; a pena de cassação do direito ao exercício profissional é de competência do Conselho Federal de Enfermagem, conforme o disposto no art. 18, parágrafo primeiro, da Lei nº 5.905/73.

(CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2007)

Outra questão relevante é a gradação da gravidade das infrações cometidas, conforme abordado pelo Art. 121 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e seus parágrafos:

As infrações serão consideradas leves, graves ou gravíssimas, segundo a natureza do ato e a circunstância de cada caso.

§ 1º - São consideradas infrações leves as que ofendam a integridade física, mental ou moral de qualquer pessoa, sem causar debilidade ou aquelas que venham a difamar organizações da categoria ou instituições.

§ 2º - São consideradas infrações graves as que provoquem perigo de vida, debilidade temporária de membro, sentido ou função em qualquer pessoa ou as que causem danos patrimoniais ou financeiros.

§ 3º - São consideradas infrações gravíssimas as que provoquem morte, deformidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido, função ou ainda, dano moral irremediável em qualquer pessoa.

(CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2007)

Outra questão relevante para graduação da penalidade pelo relator final são os fatores atenuantes e agravantes previstos nos Art. 122 e 123 do CEPE e seus incisos:

Art. 122 - São consideradas circunstâncias atenuantes:

I - Ter o infrator procurado, logo após a infração, por sua espontânea vontade e com eficiência, evitar ou minorar as consequências do seu ato;

II - Ter bons antecedentes profissionais;

III - Realizar atos sob coação e/ou intimidação;

IV - Realizar ato sob emprego real de força física;

V - Ter confessado espontaneamente a autoria da infração.

Art. 123 - São consideradas circunstâncias agravantes:

I - Ser reincidente;

II - Causar danos irreparáveis;

III - Cometer infração dolosamente;

IV - Cometer a infração por motivo fútil ou torpe;

V - Facilitar ou assegurar a execução, a ocultação, a impunidade ou a vantagem de outra infração;

VI - Aproveitar-se da fragilidade da vítima;

VII - Cometer a infração com abuso de autoridade ou violação do dever inerente ao cargo ou função;

VIII - Ter maus antecedentes profissionais.

(CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2007)

Os dados mostram concordância do Plenário em relação a maioria das culpabilidades e absolvições propostas pelos relatores finais, com uma divergência em relação a culpabilidade.

Tabela 22 - Decisão final do Plenário diante do voto proposto pelo relator final indicando culpabilidade ou absolvição nos julgamentos decorrentes dos processos éticos-disciplinares por assédio moral, São Paulo - 2017.

Penalidade proposta	n	Em relação aos processos instaurados %	Em relação ao total de denúncias %
Advertência verbal	3	18,75	3,84
Absolvição	13	81,25	16,66
Outros encaminhamentos	62	-	79,48
Total	78	100	100

Fonte: Elaboração própria, dados do COREN-SP, 2017

Tabela 23 - Decisão final do Plenário em relação às penalidades propostas pelo relator final no voto apresentado no julgamento dos processos éticos-disciplinares decorrentes do assédio moral, São Paulo - 2017.

Penalidade proposta	n	Em relação aos processos instaurados %	Em relação ao total de denúncias %
Advertência verbal	3	18,75	3,84
Multa cinco anuidades e censura	1	6,25	1,28
Absolvição	13	81,25	16,66
Outros encaminhamentos	62	-	79,48
Total	78	100	100

Fonte: Elaboração própria, dados do COREN-SP, 2017

Os dados mostram uma divergência em relação a uma culpabilidade com penalidade de advertência verbal proposta pelo Relator final, sendo apresentado por Conselheiro o voto revisor pela absolvição do denunciado, que foi a proposta vencedora na votação nominal. Mostram ainda uma divergência do plenário em relação e penalidade de advertência verbal proposta pelo relator final, sendo proposta por Conselheiro o voto revisor com a penalidade de multa de cinco anuidades e censura, que foi a proposta vencedora na votação nominal.

Dos três processos em que houve condenação dos denunciados pelo Plenário do COREN-SP dois apresentaram recursos após o julgamento ao Conselho Federal de Enfermagem. Um dos processos, o processo em que a penalidade de advertência verbal, foi revisada por proposta de Conselheiro e foi confirmada pelo Plenário a penalidade de multa de cinco anuidades e censura, foi após apreciação no plenário do Cofen, reformada para absolvição do denunciado.

O tempo médio entre o protocolo da denúncia e o encerramento do processo ético-disciplinar no COREN-SP é de 1,4 anos, existindo variação de tempo entre dois meses e cinco anos de tramitação dos processos.

4 DISCUSSÃO

4 DISCUSSÃO

Os dados sócio-demográficos demonstraram que houve uma tendência de profissionais de enfermagem mais velhos, realizarem denúncias sobre o assédio moral (grupo acima dos 42 anos), sem significância estatística. A média de idade dos denunciantes é de 44 anos, e o tempo de inscrição no COREN-SP é de 13,5 anos.

A correlação do tempo de inscrição no COREN-SP e os profissionais denunciados, revelou, que quanto maior o tempo de inscrição, menor a quantidade de profissionais denunciados, havendo uma correlação inversa entre o tempo de inscrição e o número de profissionais de enfermagem denunciados. A média de idade dos denunciados é de 42,8 anos e tempo de inscrição de 18 anos.

Quanto ao sexo, ao compararmos as proporções da presença de mulheres (83,3%) e homens (15,7%) como profissionais de enfermagem no Estado de São Paulo, com a proporção de mulheres (68,35%) e homens (19,05%) denunciantes, verificamos que a quantidade de mulheres denunciantes está abaixo da proporção da presença feminina na profissão, ao passo que a quantidade de homens denunciantes está acima da proporção da presença masculina na profissão (Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, 2015).

Ainda na análise dos dados referentes ao sexo, ao compararmos as proporções da presença de mulheres (83,3%) e homens (15,7%) como profissionais de enfermagem no Estado de São Paulo, com a proporção de mulheres (75,27%) e homens (23,65%) denunciados, verificamos que a quantidade de mulheres denunciadas está abaixo da proporção da presença feminina na profissão, ao passo que a quantidade de homens denunciados está acima da proporção da presença masculina na profissão (Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, 2015).

Em relação a categoria profissional da enfermagem, os maiores denunciantes do assédio moral, são os Auxiliares de Enfermagem (46,83%), seguidos dos Técnicos de Enfermagem (20,25%). A maioria absoluta dos denunciados são os enfermeiros (94,64), comprovando o tipo de AM prevalente já descrito na literatura que é o AM do tipo assimétrico descendente.

Os dados referentes ao Estado de São Paulo da Pesquisa do Perfil Nacional da Enfermagem, revelam que 90,2% dos profissionais enfermeiros, já exerceram a função como Auxiliares ou Técnicos de Enfermagem, corroborando os achados da presente pesquisa, que demonstram que 40,86% dos denunciados por assédio moral, exercem ou já exerceram a profissão como Auxiliares de Enfermagem, com tempo médio de exercício de 8,9 anos (Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, 2015).

A prática do assédio moral causa de prejuízos à saúde física e mental dos trabalhadores da enfermagem, sendo revelada nos números, uma quantidade significativa de profissionais de enfermagem denunciantes (10,25%), que alegam e comprovam o sofrimento físico e psíquico decorrente de conflitos no ambiente laboral, anexando documentos médicos às denúncias.

As denúncias foram encaminhadas de 30 municípios diferentes do Estado de São Paulo, não havendo homogeneidade na origem, com uma concentração maciça de denúncias originadas na cidade de São Paulo e em sua região metropolitana (78,17%), que correspondem a 15 municípios de origem. Dos outros 15 municípios do litoral e interior do estado, advieram o restante das denúncias (21,83%). Ao compararmos a concentração de profissionais de enfermagem no Estado de São Paulo na região metropolitana da cidade de São Paulo (62,4%) e no litoral e interior do Estado (37,6%), verificamos proporcionalmente um maior número de denúncias por assédio moral na capital e sua região metropolitana, do que no interior do estado, contrastando ainda com a ausência total de denúncias na área de abrangência das subseções de Araçatuba, Botucatu, Itapetininga, e Ribeirão Preto. Deve ser ressaltado ainda que os municípios do qual vieram as denúncias por assédio moral, correspondem a 4,64% dos municípios do Estado de São Paulo (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2017; Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, 2015).

A maior parte das denúncias enviadas ao COREN-SP foi manuscrita (55%), e grande parte das denúncias (48,72%) das denúncias apresentadas, não veio acompanhada por qualquer documento de comprovação, confirmando o caráter subjetivo do AM, e a dificuldade para comprová-lo por parte de suas supostas vítimas.

Parte das denúncias contém documentos institucionais e oficiais anexos, demonstrando que algumas instituições não toleram a prática do assédio moral, realizando sindicâncias internas para apuração da violência laboral em suas dependências, através de Comissões Sindicantes (12,5% das denúncias apresentadas) ou através das Comissões de Ética de Enfermagem (5% das denúncias apresentadas), que são órgãos delegados e vinculados ao COREN-SP, que também tem apurado a prática do assédio moral no ambiente laboral emitindo relatórios, e enviando-os ao COREN-SP para as providências cabíveis, ressaltando que parte das denúncias enviadas ao COREN-SP pela prática do assédio moral, são denúncias institucionais (8,86% das denúncias apresentadas). Nos dados ainda é desvelada a atuação do departamento de fiscalização do COREN-SP na sindicância da ocorrência do assédio moral nas instituições (15% das denúncias apresentadas).

O Assédio Moral é um fenômeno presente na ampla gama de locais onde os profissionais de enfermagem laboram e desenvolvem suas atividades, e estes percebem-se assediados, sendo vítimas de agressões, ameaças, assédio sexual, coação, difamação, injúria, ofensas e perseguições, em condutas antiéticas e autoritárias de seus superiores hierárquicos, havendo a comprovação da predominância da ocorrência do fenômeno do tipo assimétrico descendente. Dos termos usados pelos profissionais de enfermagem para definir o AM, o termo “Assédio Moral” foi o mais utilizado pelos profissionais denunciante, aparecendo em 96,15% das denúncias, seguido dos termos abuso de poder (20,51%), e perseguição (16,67%). O assédio moral é um fenômeno do mundo do trabalho, que se revela por uma ampla gama de atos contra os trabalhadores afetados, e na pesquisa todos os termos usados para definir o fenômeno, são condizentes com as definições do AM e da literatura sobre o assunto.

Em relação a origem das denúncias por instituição, a maior parte adveio de hospitais públicos (30,77%), seguido dos hospitais privados (20,51%), estando de acordo com os dados apresentados pela Pesquisa do Perfil Nacional da Enfermagem, dados de São Paulo, que demonstram a absorção de 35% dos profissionais de enfermagem pelos hospitais públicos, seguidos dos hospitais privados com 21%. (Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, 2015)

Mais da metade das denúncias apresentadas atende aos pressupostos de admissibilidade (57,69%) para se tornar um processo ético-disciplinar, e em 39,74% das denúncias, foram realizadas Audiências Prévias de Conciliação, 38,46% das denúncias foram arquivadas e em 21,79% das denúncias foram instaurados processos ético-disciplinares.

Os artigos supostamente infringidos, apontados pelos relatores iniciais em seus relatórios fundamentados são artigos referentes ao relacionamento interpessoal no exercício da enfermagem, bem como aos princípios e valores que norteiam o exercício profissional, no respeito às normas éticas e ao cumprimento destas. Metade dos pareceres apontam especificamente o Art. 78 do CEPE, referente ao uso da posição ou cargo para assediar moralmente os trabalhadores da enfermagem (47,44%).

Dos processos instaurados, após a realização das oitivas pelas Comissões de Instrução, nos relatórios apresentados, 52,94% das apurações concluíram por haver indícios de não culpabilidade dos denunciados, havendo uma conciliação (5,88%) e o apontamento em 41,17% das instruções, da culpabilidade dos denunciados.

No prosseguimento dos processos ético-disciplinares, na análise dos relatores finais, houve a conclusão pela absolvição dos denunciados em 70,58% dos processos analisados e relatados, com o apontamento em 23,52% dos processos da culpabilidade dos denunciados.

Das penalidades apontadas nos relatórios finais pelos votos dos relatores, em 75% dos processos foi apontada a absolvição sem qualquer penalidade, e em 25% as penalidades apontadas foram a advertência verbal, prevista como a penalidade mais leve no CEPE. Dos artigos apontados nos relatórios finais e nos votos dos relatores como infringidos pelos denunciados por assédio moral, estão aqueles que versam sobre o cuidado no relacionamento interpessoal entre os profissionais de enfermagem no exercício da profissão, bem como aos princípios e valores que norteiam o exercício profissional, no respeito às normas éticas e ao cumprimento destas. Não houve o apontamento específico do Art. 78 do CEPE, que é o artigo que proíbe expressamente a prática do assédio moral em nenhum dos relatórios finais em que o voto concluiu pela culpabilidade dos profissionais denunciados.

Nas decisões finais após deliberação do plenário temos o aumento em um caso das absolvições sem indicação de pena, e a diminuição em um caso nas culpabilidades apontadas, com uma discordância em relação a penalidade proposta, com majoração de advertência verbal para multa de cinco anuidades e censura. Neste último caso houve recurso ao Cofen, que ao final do julgamento em segunda instância, absolveu o denunciado.

5 CONCLUSÃO

5 CONCLUSÃO

O presente estudo identificou a população dos profissionais de enfermagem envolvidos nas denúncias sobre assédio moral, enviadas ao COREN-SP no recorte temporal entre 2011 e 2016. Esta população foi composta por Auxiliares e Técnicos de Enfermagem e Enfermeiros. Dentre os denunciantes, os profissionais que mais frequentemente denunciaram o assédio moral foram os Auxiliares de Enfermagem, seguidos pelos Técnicos de Enfermagem e pelos Enfermeiros proporcionalmente. Entre os denunciados, a quase totalidade foi composta por Enfermeiros. Aproximadamente um décimo dos profissionais denunciantes, alegaram e comprovaram problemas de saúde decorrentes da submissão ao assédio moral.

Identificou ainda as características das denúncias enviadas, cuja grande maioria teve origem na cidade de São Paulo e sua Região Metropolitana e o restante das denúncias tiveram origem em outras 15 cidades do Litoral e Interior do Estado de São Paulo. O número de municípios corresponde a menos de um décimo do total de municípios do Estado, demonstrando a subnotificação do fenômeno do assédio moral. Mais da metade das denúncias foi manuscrita, e quase metade não continha qualquer documento em anexo para comprovação dos fatos denunciados, demonstrando a subjetividade do assédio moral e sua dificuldade de comprovação.

Na tramitação das denúncias sobre o assédio moral no recorte temporal estabelecido, bem como dos processos ético-disciplinares no COREN-SP, verificou-se que 57,69% das denúncias atenderam aos pressupostos de admissibilidade previstos no Art. 27 do CPEDE, e que 41,02% das denúncias foram conciliadas. Verificou-se ainda que 38,46% das denúncias foram arquivadas na primeira análise do Plenário da Autarquia e que em 21,79% das denúncias foram instaurados processos ético-disciplinares. Em 8,97% das denúncias foi apontada a existência de indícios de culpabilidade pela Comissão de Instrução. Finalmente foi apontado em 5,12% das denúncias a culpabilidade e proposta a penalização no voto dos relatores finais, sendo penalizados pelo plenário os denunciados de quatro das 78 denúncias enviadas ao COREN-SP, no recorte temporal de 2011 a 2016.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente investigação demonstrou que o AM é um fenômeno organizacional e interpessoal, e está presente nos ambientes laborais onde é exercida a Enfermagem, ocorrendo entre dois ou mais indivíduos dentro do ambiente laboral, baseado na degradação do ambiente profissional e no desequilíbrio de forças relacionais onde se predispõe uma relação dominador/dominado, podendo ser usado como método impróprio de gestão, afetando o ambiente laboral, social e familiar dos trabalhadores vitimados por este fenômeno, com potenciais consequências de ordem física, psíquica e social, o que justifica plenamente o fomento, a discussão, e a pesquisa a respeito da temática.

Na demonstração do perfil das denúncias, do perfil sócio demográfico dos profissionais de enfermagem denunciados e denunciantes, bem como nos encaminhamentos das denúncias no Conselho Regional de Enfermagem, demonstrou-se que na enfermagem, a categoria profissional prevalente como autora das denúncias por AM, é a dos Auxiliares de Enfermagem, seguida pelos Técnicos de Enfermagem e Enfermeiros, ao passo que a categoria profissional mais denunciada pela suposta prática do AM, são os Enfermeiros, confirmando que a característica do AM presente no ambiente laboral da enfermagem, é o vertical, assimétrico, descendente, bem como a problemática suscitada por Hirigoyen (2015), relacionada às prerrogativas de função dentro da hierarquia institucional, onde a própria questão da subordinação remete a uma relação desigual, onde alguns gestores inseguros abusam de sua posição, gerando situações onde pode ocorrer o AM.

Quanto à idade dos profissionais, ficou demonstrado que existe uma tendência de profissionais de enfermagem mais velhos, efetuarem mais denúncias sobre o AM. Outra questão demonstrada foi que quanto maior o tempo de inscrição no COREN-SP, menos denúncias foram recebidas contra os Enfermeiros. Em relação ao sexo, restou comprovado que nas denúncias em relação aos denunciantes e denunciados, a proporção de profissionais do sexo feminino ficou abaixo da proporção da presença feminina na profissão, ao passo que o sexo masculino, ficou acima da proporção da presença masculina na enfermagem tanto para denunciantes e denunciados, concluindo que homens proporcionalmente, denunciaram mais e foram

mais denunciados por AM, do que as mulheres em uma profissão predominantemente feminina.

Conforme já argumentado o AM, pode ser um fator predisponente para o agravamento de doenças já existentes ou o causador de novas doenças de ordem física e psicológica para os trabalhadores. Nos dados trabalhadores da enfermagem alegam doenças e afastamentos do trabalho e o uso de medicamentos controlados, restando claro e cristalino, o prejuízo pessoal, laboral e social ao trabalhador, bem como a ideação suicida, decorrente da submissão ao AM. Fica patente ainda o prejuízo institucional, que deixa de contar com a força de trabalho dos profissionais afastados, e o prejuízo previdenciário, devido às licenças prolongadas, remuneradas pelo sistema previdenciário.

Em relação às denúncias restou comprovada a dificuldade que os profissionais de enfermagem têm em obter provas da ocorrência do AM, não conseguindo anexar qualquer documento em uma parte significativa das denúncias, demonstrando conforme afirmam Antunes, Carloto, Strey, (2012), a dificuldade da detecção do AM, devido à sua "camuflagem" ou "invisibilidade" e, ao alto grau de subjetividade, dificultam a comprovação das consequências ou do sofrimento da vítima, e sua causa, bem como as humilhações que geralmente, não deixam marcas do agressor.

Diversos termos foram usados pelos denunciantes para definir o fenômeno do assédio moral, demonstrando a diversidade na sua forma de realização, frente aos trabalhadores assediados. Todos os termos usados na definição do AM, advém da vivência dos profissionais de enfermagem denunciantes, que em suas experiências de submissão ao AM, em suas diferentes formas, trazem consigo a bagagem personalizada da percepção, das consequências, bem como da linguagem escrita e falada para expressar nas denúncias suas experiências vividas.

Deve-se traçar um paralelo entre a afirmação de Hirigoyen (2015) para os membros dos sindicatos e os funcionários e Conselheiros do COREN-SP, onde a autora afirma que *os membros dos sindicatos devem se aprimorar para reconhecer as situações de ocorrência do assédio moral, para efetuarem os direcionamentos institucionais adequados sem revitimizar os denunciantes*. Os Conselheiros e

funcionários do COREN-SP, Autarquia da qual este pesquisador já fez parte como conselheiro, também devem se aprimorar, para reconhecer as situações do AM, acolhendo adequadamente os profissionais de enfermagem vítimas desta violência laboral, bem como dando os encaminhamentos para as denúncias enviadas à Autarquia. Segundo Hagopian (2016), os profissionais de enfermagem consideram o COREN como um aliado importante para os profissionais de enfermagem, com a perspectiva e expectativa de uma intermediação entre os trabalhadores e as instituições, na busca de uma solução justa para suas demandas.

A previsão da realização de Audiências Prévias de Conciliação está posta no CPEDE, e no caso das denúncias decorrentes do AM, na ótica do pesquisador, deve ser usada criteriosamente, devendo ocorrer somente nos casos onde não houver prejuízos financeiros ou físicos/psicológicos decorrentes da instalação de doenças decorrentes da submissão do trabalhador a este tipo de violência laboral. As audiências podem ser um excelente momento para o diálogo, e a tentativa de dirimir situações vividas, não discutidas, não faladas e mal resolvidas. Contudo nos casos em que o trabalhador está doente e fragilizado, a simples possibilidade de conciliação, colocando-os frente a frente com seus assediadores, torna-se um segundo momento de constrangimento, sofrimento e vitimização, haja vista todo o histórico vivenciado frente a atuações antiéticas de longa duração, os prejuízos financeiros, físicos e sociais, suportados, comprovadamente decorrentes da prática do assédio moral, pelas características próprias dos assediadores, bem como por toda a violência já vivenciada em seus locais de trabalho. Os encaminhamentos para tais casos, deveriam ser sempre a instauração dos Processos Ético Disciplinares, a rigorosa apuração, e se couber após a correta tramitação com respeito ao amplo direito de defesa e do contraditório, a exemplar punição dos responsáveis por esta forma de violência, dados os prejuízos irreparáveis por ela causados.

Do total de 78 denúncias analisadas, somente 5,12% foram penalizadas, sendo a mais aplicada, a advertência verbal, a penalidade mais leve prevista no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Tal porcentagem, se aproxima muito da apontada pela sondagem sobre violência do COREN-SP, que aponta a punição de somente 4% dos agressores dos profissionais de enfermagem, e que frente a estes números, os profissionais preferem esquecer as agressões, a passar por todas as

situações necessárias para buscar justiça, sentindo-se acuados, com medo de perseguições ou represálias. (Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, 2015).

A formação profissional dos profissionais de enfermagem, deve estar embasada na construção da consciência profissional, buscando formar profissionais crítico reflexivos, cientes de que não basta saber fazer, mas sobretudo é preciso saber ser. O respeito aos semelhantes, a manutenção e a afirmação dos vínculos profissionais, o uso constante da ética como guia profissional, bem como o conhecimento do que é o AM e quais suas consequências, e quais as ferramentas legais para o enfrentamento desta situação. É relevante saber também como construir e manter um bom ambiente laboral, ambiente conceptual para garantia da saúde, dignidade e o bem-estar dos profissionais de enfermagem no trabalho.

A educação continuada dentro das instituições onde a enfermagem exerce suas atividades, é importante para a conceituação, o conhecimento, e a prevenção do AM, constituindo-se importante ferramenta para coibir a prática no ambiente laboral, provendo elementos para documentar e denunciar, resistir, e dar visibilidade, a situações vivenciadas ou que se tenha conhecimento, fazendo oposição a instituições e pessoas que ignoram, fingem não ver ou encorajam a prática do AM.

A denúncia é citada como uma das formas de prevenção à ocorrência do AM, sendo primordial a disseminação do conhecimento deste fenômeno laboral, através da discussão, pesquisa, realização de eventos e palestras, direcionadas aos profissionais de enfermagem, para que estes possam ter elementos suficientes de como obter provas e realizar uma denúncia de qualidade, que contenha elementos que atendam os pressupostos de admissibilidade, na busca de justiça contra ações antiéticas e prejudiciais, que afetam o trabalhador, o ambiente laboral e social onde está inserido.

Os resultados desta pesquisa, desvelaram ao pesquisador uma ampla visão sobre os processos referentes ao assédio moral, trazendo inquietações, sobre a forma como ocorrem as relações interpessoais no ambiente laboral, sobre a subnotificação nos casos de AM, bem como na qualidade das denúncias apresentadas. Trouxe também elementos sobre a atuação da Autarquia denominada Conselho Regional de

Enfermagem de São Paulo, e a forma de atuação da fiscalização e de seus Conselheiros, no acolhimento das denúncias sobre o AM, bem como dos encaminhamentos internos da autarquia, demonstrando que sob a ótica dos denunciadores, os resultados alcançados ainda são insipientes no que tange a punição dos assediadores, frente aos prejuízos reais causados pelo AM e amplamente demonstrados.

Faço minhas as palavras, de Hirigoyen (2015), afirmando que as ações isoladas são inofensivas contra o AM, sendo quase impossível às suas vítimas agirem sozinhas. Os códigos de ética, as regras, as normas, e as leis não resolvem sozinhas este grave problema. Quem irá resolvê-lo, atingindo resultados satisfatórios, serão os trabalhadores, usando as informações e ferramentas disponíveis, unidas e mobilizadas, através de grupos mobilizados, para obrigar o poder público, e as entidades representativas, bem como as direções institucionais a se moverem em direção da resolução do problema.

7 REFERÊNCIAS

7 REFERÊNCIAS

Acevedo D. Violência laboral externa. Sus expresiones y conseqüências em trabajadoras y trabajadores del sector salud. In Bustos Villar EM, et al., compiladores. Hostigamiento Psicológico Laboral e Institucional en Iberoamérica: Estado del arte y experiencias de intervención. 1ª Ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: SB, 2015.

Acosta JA. Acoso laboral: Una mirada ética. In Bustos Villar EM, et al., compiladores. Hostigamiento Psicológico Laboral e Institucional en Iberoamérica: Estado del arte y experiencias de intervención. 1. ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: SB, 2015.

Alberto M, Contreras A, Cornélio C, Covaro B, Gerke J. Factores de riesgo psicossocial: análisis de la primera encuesta nacional de trabajo, empleo, condiciones y medioambiente laboral. In Bustos Villar EM, et al., compiladores. Hostigamiento Psicológico Laboral e Institucional en Iberoamérica: Estado del arte y experiencias de intervención. 1. ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: SB, 2015.

Allan NA, Gizzi JSB, Cozero PT, organizadores. Assédio moral organizacional: as vítimas dos métodos de gestão nos bancos. Bauru: Canal 6, 2015.

Andrade CG, Leão JDM, Costa ICP, Brito FM, Santos KFO, Costa, SFG. Assédio moral na atenção básica segundo os profissionais de enfermagem. Trabalho, Educação e Saúde, [Internet]. 2015 [cited 2017 Oct. 20] 13(Supl.1). Available from: <https://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00031>

Antunes BM, Carlotto MS, Strey MN. Mulher e trabalho: visibilizando o tecido e a trama que engendram o assédio moral. Psicologia em Revista, [Internet]. 2012 [cited 2017 Out, 10];18(3). Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682012000300006&lng=pt&nrm=iso

Arancibia MG. Uniforme y sistemático: hostigamiento laboral en una institución educativa. In Bustos Villar EM, et al., compiladores. Hostigamiento Psicológico Laboral e Institucional en Iberoamérica: Estado del arte y experiencias de intervención. 1. ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: SB, 2015.

Arean F. Assédio moral. On line. Revista Cipa. 2012 [Cited 2018 Apr. 03] Available from <http://www.athosconsulting.com.br/assedio-moral-revista-cipa/>

Assédio Moral no Trabalho: Chega de Humilhação [Internet]. São Paulo; 2002-2018. [atualizado 2018; citado 2017 out. 30]. Disponível em: <http://www.assediomoral.org/>

Australia. Fair Work Act, de 7 de abril de 2009. Dispõe sobre a relação empregado/empregador. [Internet]. Camberra; 2009 [citado 2017 out 30]. Disponível em <https://www.legislation.gov.au/Details/C2017C00323>

Azevedo AL, Araújo STC. The visibility of moral harassment in the work of nursing. Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental Online, [Internet]. 2012 [cited 2015 Out 5];4(3). Available from: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1427>.

Barreto MMS. Violência, Saúde e Trabalho (uma jornada de humilhações). São Paulo: EDUC, 2013b.

_____. La intolerancia social y el acoso laboral en el medioambiente de trabajo. In Bustos Villar EM, et al., compiladores. Hostigamiento Psicológico Laboral e Institucional en Iberoamérica: Estado del arte y experiencias de intervención. 1. ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: SB, 2015.

Barreto M, Netto NB, Pereira LB, organizadores, Do assédio moral à norte de si: significados sociais do suicídio no trabalho – 1ª. Ed.- São Paulo: Matsunaga, 2011.

Benavides LEC. El mobbing em uma empresa maquiladora competitiva. In Bustos Villar EM, et al., compiladores. Hostigamiento Psicológico Laboral e Institucional en Iberoamérica: Estado del arte y experiencias de intervención. 1. ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: SB, 2015.

Benhame ML. Empresa é responsável por assédio moral de funcionário. Revista Eletrônica Consultor Jurídico [Internet]. 2006 [cited 2018 Abr. 10]. Available from: https://www.conjur.com.br/2006-mai-12/empresa_responsavel_assedio_moral_funcionario

Bermudez BFC, Tinoco CSQ. ¿Son los grupos vulnerables más propensos a ser víctimas de mobbing? In Bustos Villar EM, et al., compiladores. Hostigamiento Psicológico Laboral e Institucional en Iberoamérica: Estado del arte y experiencias de intervención. 1. ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: SB, 2015.

Bobroff MCC, Martins JT. Assédio moral, ética e sofrimento no trabalho. Revista Bioética [Internet]. 2013 [cited 2017 Aug 06];21(2). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422013000200008&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-80422013000200008>.

Bolfarine H; Bussab WO. Elementos de amostragem – editora Edgard Blucher, 1ª edição, 2005.

Brasil. Decreto-lei 5.452, de 1º de maio de 1943. Consolidação das Leis do Trabalho [Internet]. Rio de Janeiro; 1943 [citado 2017 out. 30]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del5452.htm

Brasil. Lei 5.905 de 12 de julho de 1973. Dispõe sobre a criação dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem e dá outras providências [Internet]. Brasília; 1973 [citado 2017 out. 30]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L5905.htm

Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Norma Regulamentadora n. 4. Dispõe sobre serviços especializados em engenharia de segurança e em medicina do trabalho. In: Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria GM n. 3.214, de 08 de junho de 1978. Aprova as Normas Regulamentadoras - NR - do Capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas a Segurança e Medicina do Trabalho [Internet]. Brasília; 1978 [citado 2017 out. 30]. Disponível em: <http://trabalho.gov.br/images/Documentos/SST/NR/NR4.pdf>

Brasil. Projeto de Lei 4742/2001. Introduz art. 146-A no Código Penal Brasileiro - Decreto-lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940, dispondo sobre o crime de assédio

moral no trabalho. [Internet]. Brasília; 2001 [citado 2017 out. 30]. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=28692>

Brasil. Projeto de Lei 4326/2004. Cria o Dia Nacional de Luta contra o Assédio Moral e dá outras providências. [Internet]. Brasília; 2004 [citado 2017 out. 30]. Disponível em:

<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=267826>

Brasil. Lei Federal n.º 11.948 de 16 de junho de 2009. Constitui fonte adicional de recursos para ampliação de limites operacionais do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social - BNDES e dá outras providências. [Internet].

Brasília; 2009 [citado 2017 out. 30]. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2009/lei-11948-16-junho-2009-588911-publicacaooriginal-113604-pl.html>

Brasil. Portaria n.º 583, de 22 de maio de 2017. Institui a Política Nacional de Prevenção e Enfrentamento do Assédio Moral e Sexual e da Discriminação no âmbito do Ministério Público do Trabalho. [Internet]. Brasília; 2017 [citado 2017 out. 30]. Disponível em:

http://siabi.trt4.jus.br/biblioteca/direito/legislacao/atos/federais/prt_mpt_2017_583.pdf

Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego, ASCOM. Cartilha Elaborada pela Subcomissão de Gênero com participação da Comissão de Ética do MTE. Assédio Moral e Sexual no Trabalho. Brasília – 2013.

Brasil. Ministério da Saúde, FIOCRUZ. Assédio moral e sexual no trabalho: prevenção e enfrentamento na Fiocruz. Brasília – 2014.

Cahú GRP, Costa SFG, Costa ICP, Batista PSS, Batista JBV. Situações de assédio moral vivenciadas por enfermeiros no ambiente de trabalho. Acta Paulista de Enfermagem [Internet]. 2014 [citado 2016 Out 14];27(2). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002014000200011&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400027>.

Caniato AMP, Lima EC. Assédio moral nas organizações de trabalho: perversão e sofrimento. Cadernos de Psicologia Social do Trabalho [Internet]. 2008 [cited 2015,

Mar, 18];11(2).Available from:
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-37172008000200004&lng=pt&nrm=iso.

Carnero MA, Martínez B, Sánchez-Mangas R. Mobbing and its determinants: the case of Spain. **Applied Economics** [Internet]. 2010 [cited 2015, Mar, 18];42(29). Available from: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00582177/document>.

Cezar ES, Marziale MHP. Problemas de violência ocupacional em um serviço de urgência hospitalar da Cidade de Londrina, Paraná, Brasil. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2006 Jan [citado 2016 Out 14];22(1). Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000100024&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000100024>.

Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde; Sindicato dos Empregados em Estabelecimentos de Serviços de Saúde de São Paulo. Assédio moral no trabalho: reaja e denuncie. Departamento de Comunicação do Sindsaudesp. Textho Comunicação: São Paulo.

Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução nº 311, de 8 de fevereiro de 2007. Aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. [Internet]. Brasília; 2007 [citado 2016, out. 5]. disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3112007_4345.html

Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução nº 370, de 3 de novembro de 2010. Altera o Código de Processo Ético das Autarquias Profissionais de Enfermagem para aperfeiçoar as regras e procedimentos sobre o processo ético-profissional que envolvem os profissionais de enfermagem e aprova o Código de Processo Ético. [Internet]. Brasília; 2010 [citado 2016, out, 5]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-3702010_33338.html

Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução nº 564, de 6 de novembro de 2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. [Internet]. Brasília; 2017 [citado 2018, mar, 25]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html

Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 459, de 10 de outubro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Bioética 2012. [Internet]. Brasília; 2012 [citado 2016, out, 30]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0459_10_10_2012.html

Conselho Regional de Enfermagem. “Perfil da Enfermagem” acende sinal de alerta para fragilidades da categoria. Enfermagem em Revista. 2015;1(11):32-37.

Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Decisão COREN-SP/DIR/003/2013, de 3 de setembro de 2013. Aprova o Regimento Interno do Conselho Regional do Estado de São Paulo. [Internet]. São Paulo; 2013 [citado 2018, mar, 25]. Disponível em: <http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Regimento%20Interno.pdf>

Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Manual das Comissões de Ética de Enfermagem do Estado de São Paulo / Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. São Paulo: COREN-SP, 2014.

Côrte AR. O papel dos Conselhos de Fiscalização Profissional e sua importância para a sociedade. Parlamento Consultoria e Assessoria [Internet]. Brasília; 2012-2018. [Atualizado 2017; citado 2018 fev, 18]. Disponível em: <http://www.parlamentoconsultoria.com.br/site/wp-content/uploads/2016/02/O-papel-dos-Conselhos.pdf>

Costa AC, Reusch PT. O assédio moral nas relações de trabalho sob a perspectiva de gênero. Seminário Internacional de Demandas Sociais e Políticas Públicas na Sociedade Contemporânea, Mostra Internacional de Trabalhos Científicos [Internet]. 2014 [cited 2016 Set 18]; 11. Available from: <http://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/sidspp/article/view/11762>

Costa CCS, Xavier CV, Brasileiro ME. Ações de enfermagem diante do assédio moral no ambiente de trabalho. Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição. [Internet]. 2010 [cited 2018 Fev. 10];1(1). Available from: <http://www.ceen.com.br>

Dornel T, Mauros R, Stemphelet S. Estrategias de protección laboral em el contexto universitario uruguayo. In Bustos Villar EM, et al., compiladores. Hostigamiento Psicológico Laboral e Institucional en Iberoamérica: Estado del arte y experiencias de intervención. 1. ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: SB, 2015.

Estados Unidos da América, Lei Pública 88-352, de 2 de julho de 1964. Dispõe sobre a proibição da discriminação em locais públicos, prevê a integração de escolas e outros estabelecimentos públicos, da proibição ilegal a discriminação no emprego e aplicação do direito constitucional de votar. [Internet] Washington; 1964. [citado 2017 out 30]. Disponível em <https://www.docsteach.org/documents/document/civil-rights-act-of-1964>

Farias, DFGFS. Assédio moral no ambiente de trabalho: os limites do poder diretivo e a caracterização do assédio moral. Repositório Institucional Camões [Internet]. 2017 [cited 2018 fev. 05]. Available from: <http://repositorio.ual.pt/handle/11144/3445>

Fontes KB, Carvalho MDB. Variáveis envolvidas na percepção do assédio moral no ambiente laboral da Enfermagem. Revista Latino-Americana de Enfermagem [Internet]. 2012 [citado 2016 Out 14];20(4): Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000400017&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000400017>

Fontes KB, Pelloso SM, Carvalho MDB. Tendência dos estudos sobre assédio moral e trabalhadores de enfermagem. Revista Gaúcha de Enfermagem [Internet]. 2011 [cited 2016 Oct 14]; 32(4): Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000400024&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472011000400024>.

Fontes KB, Santana RG, Pelloso SM, Carvalho MDB. Fatores associados ao assédio moral no ambiente laboral do enfermeiro. Revista Latino-Americana de Enfermagem [Internet]. 2013 [citado 2016 Out 14]; 21(3): 758-764. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000300758&lng=pt.

França, Lei 2002-73, de 17 de janeiro de 2002. Dispõe sobre a modernização da legislação social. [Internet] Paris; 2002 [citado 2017, out. 30]. Disponível em <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000408905>

Freitas GF, Oguisso T, Mierighi MAB. Ocorrências éticas na enfermagem: cotidiano de enfermeiros gerentes e membros da comissão de ética de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [Internet]. 2006 [cited 2017 Abr 15];14(4) Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n4/pt_v14n4a05.pdf

Freitas, ME. Assedio moral e assedio sexual: faces do poder perverso nas organizações. *Rev. adm. empres* [Internet]. 2001[cited 2018 Jan 18];41(2) Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75902001000200002&lng=en&nrm=iso. ISSN 0034-7590. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-75902001000200002>

Godoy, SBC. Prazer e sofrimento do enfermeiro na relação com o trabalho: estudo em um hospital de urgência e emergência de Belo Horizonte [Internet]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 2009 [citado 2018 fev. 10]. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/GCPA-7XRNR7>

Gonzalez de Rivera JL, Rodríguez-Abuin MJ. Cuestionario de estrategias de acoso en el trabajo. *El LIPT-60*. Editorial EOS, Madrid, 2005

Gouveia EM, Costa SFG, Leite AIT, Souto MC, Cahú GPR, Fonsêca LCT. Assédio moral: compreensão de estudantes de enfermagem. *Revista Enfermagem UERJ* [Internet]. 2012 [citado 2016 Out 20];20(2) disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/4014/2780>

Governo de Singapura, Ministry of Law [Internet]. Singapura 2017 [atualizado 2018; citado 2017 out. 30]. Disponível em: <https://www.mlaw.gov.sg/content/minlaw/en/news/press-releases/a-new-protection-from-harassment-bill-to-be-introduced-to-streng.html>

Guedes, MN. *Terror Psicológico no Trabalho*. 3 ed. São Paulo: Ltr, 2008.

Guido, LA. Stress e coping entre enfermeiros de centro cirúrgico e recuperação anestésica [Internet]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2003 [citado 2017 ago. 6]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/83/83131/tde-22122003-160217/pt-br.php>

Guimarães, GTD, Rocha MAM. Transformações no mundo do trabalho: repercussões no mercado de trabalho do assistente social a partir da criação da LOAS. Porto Alegre, Textos & Contextos, 2008.

Guimarães LAM, Rimoli, AO. "Mobbing" (assédio psicológico) no trabalho: uma síndrome psicossocial multidimensional. Psicologia: Teoria e Pesquisa [Internet]. 2006 [citado 2017 Jul 20];22(2), disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722006000200008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

Hagopian EM. Assédio moral na vivência de enfermeiros, perspectiva fenomenológica [Internet]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2016 [citado 2017 out. 18]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7140/tde-31082016-162930/pt-br.php>

Hagopian EM, Freitas GF. Assédio moral nas relações de trabalho em enfermagem. In Oguisso T, Zoboli ELCP, organizadoras. Ética e bioética: desafios para a enfermagem e a saúde. 2.ed – Barueri: Manole, 2017. (Série enfermagem)

Hirigoyen MF. Assédio Moral: a violência perversa no cotidiano. Trad. de Maria Helena Kühner. 15ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2014.

_____. Mal-estar no trabalho: redefinindo o assédio moral. Trad. Rejane Janowitz. 8ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2015.

Inácio, JR, Salim, CA, organizadores. O vestir e o calçar: perspectivas da relação saúde e trabalho. Belo Horizonte, Crisálida, 2010.

Instituto Japonês para Política e Treinamento Laboral (The Japan Institute for Labour Policy and Training – JILPT) Seminar on Workplace Bullying and Harassment. [Report n.º 12]. Tokyo: JILPT, 2013.

Lessinger, KM. Ética Empresarial: responsabilidade global e gerenciamento moderno. Petrópolis: Vozes; 2001.

Leyman H. Mobbing and psychological terror at workplaces. *Violence and Victims*, [Internet]. 1990 [cited 2017, Ago, 17];5(2). Available from: [http://www.mobbingportal.com/LeymannV&V1990\(2\).pdf](http://www.mobbingportal.com/LeymannV&V1990(2).pdf)

Lima GHA, Sousa SMA. Violência psicológica no trabalho da enfermagem. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2015 [cited 2016 Oct 13];68(5). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000500817&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680508j>.

Lima LG, Pereira RP, Oliveira PJ, Brasileiro ME. Assédio Moral e Coping: atuação da enfermagem do trabalho. *Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição* [Internet]. 2013 [cited 2017 Oct. 18] 5(5). Disponível em: <http://www.cpgls.pucgoias.edu.br/8mostra/Artigos/SAUDE%20E%20BIOLOGICAS/Ass%C3%A9dio%20Moral%20e%20Coping%20atua%C3%A7%C3%A3o%20da%20enfermagem%20do%20trabalho.pdf>

Lisboa MTL. Assédio moral no trabalho de enfermagem. *Cogitare enferm.* [Internet]. 2010 [citado 2016 Oct. 14];15(1). Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-85362010000100001&lng=es

Lucas, AJ. O Processo de Enfermagem do Trabalho: a sistematização da assistência de enfermagem em saúde ocupacional. 1ª Ed. São Paulo: Iátria; 2004

Machado M, et al. Condições de trabalho da enfermagem. *Enfermagem em Foco* [Internet]. 2016 [citado 2017 Out. 18];7(ESP). Disponível em: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/695>

Martiningo Filho A, Siqueira MVS. Assédio moral e gestão de pessoas: uma análise do assédio moral nas organizações e o papel da área de gestão de pessoas. *RAM, Rev. Adm. Mackenzie* [Internet]. 2008 [cited 2017 Oct.16] 9(5). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1678-69712008000500002&script=sci_abstract&tlng=pt

Matos E, Pires D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. Texto contexto - enferm. [Internet]. 2006 [cited 2018 Apr. 08];15(3): Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000300017&lng=en.

Mattozinhos FCB, Silva ECS, Fernandes G. Infrações éticas na enfermagem. In Oguisso T, Zoboli ELCP, organizadoras. Ética e bioética: desafios para a enfermagem e a saúde. 2ª Ed. Barueri, SP: Manole; 2017. (Série enfermagem)

Mininel VA, Baptista PCP, Felli VEA. Cargas psíquicas e processos de desgaste em trabalhadores de enfermagem de hospitais universitários brasileiros. Revista Latino-Americana de Enfermagem [Internet]. 2011 [cited 2016 Aug. 23];19(2). Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/4325/5566>

NOLO – Law for all. Your rights against workplace discrimination & harassment. 2011-2018. [Atualizado 2018; citado 2017 out 30]. Disponível em: <https://www.nolo.com/legal-encyclopedia/workplace-rights>

Oguisso T, Schmidt M. Sobre a elaboração das normas jurídicas. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 1999 [cited 2018 Jan 11];33(2). Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v33n2/v33n2a09.pdf>

Oguisso T, Zoboli ELCP. Ética e bioética: desafios para a enfermagem e a saúde/organizadoras. 2ª Ed. Barueri: Manole; 2017. (Série Enfermagem)

Oliveira ES. Assédio moral: sujeitos, danos à saúde e legislação. Revista eletrônica JusLaboris [Internet]. 2004 [cited 2018 Fev 10];23(134). Available from: https://juslaboris.tst.jus.br/bitstream/handle/20.500.12178/95638/2013_oliveira_euler_assedio_moral.pdf?sequence=1

Organização Internacional do Trabalho (International Labour Organization – ILO). Convenção sobre discriminação em matéria de emprego e ocupação [Convenção 111] 4 jun 1958.

Organização Internacional do Trabalho (International Labour Organization – ILO). Igualdade de gênero e raça no trabalho: avanços e desafios, Brasília, OIT, 2010.

Organização Internacional do Trabalho (International Labour Organization – ILO) Gender-based violence in the world of work: overview and selected bibliography / International Labour Office. – Genebra: ILO, 2011.

Organização Internacional do Trabalho (International Labour Organization – ILO) Report of the Director-General, Fifth Supplementary Report: Outcome of the Meeting of Experts on Violence against Women and Men in the World of Work. ILO Governing Body, 328th Session. Genebra: ILO, 2016.

Organização Internacional do Trabalho (International Labour Organization – ILO) Violence and harassment against women and men in the world of work : trade union perspectives and action / International Labour Office, Bureau for Workers' Activities (ACTRAV). Genebra: ILO, 2017.

Organização Mundial da Saúde (World Health Organization – WHO). Raising awareness of psychological harassment at work: advice to health professionals, decision makers, managers, human resources directors, legal community, unions and workers. Protecting Workers' Health Series. Geneva: WHO, 2003.

Peña RDP, Fernández MLAA. La inteligencia emocional en los neomanagers: un constructo tentativo explicativo del mobbing en las organizaciones educativas. In Bustos Villar EM, et al., compiladores. Hostigamiento Psicológico Laboral e Institucional en Iberoamérica: Estado del arte y experiencias de intervención. 1. ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: SB, 2015.

Pereira IV. Assédio moral nas relações de trabalho de docentes-enfermeiros sob a ótica da organização do trabalho / Moral Harassment at Nurse-teachers' Workplace: from the perspective of work organization. [Internet]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2011 [citado 2017, out. 10]. Disponível em: http://objdig.ufrj.br/51/teses/EEAN_D_IvoneteVieiraPereira.pdf

Polit DF, BeckCT, Hungler BP. Fundamentos de Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ª Ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.

Rezende MTMC. O papel dos conselhos profissionais na área da saúde. Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia [Internet] 2007 [cited 2018 Jan 10]; 12(1). Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rsbf/v12n1/002.pdf>

Ramirez LGA. Propósito del abordaje multidisciplinario de los riesgos psicosociales y organizacionales en el medio ambiente laboral. In Bustos Villar EM, et al., compiladores. Hostigamiento Psicológico Laboral e Institucional en Iberoamérica: Estado del arte y experiencias de intervención. 1. ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: SB, 2015.

Ruwer LME, Canoas JW. Assédio moral: a saúde mental e os reflexos da violência velada no mundo do trabalho. In Inácio JR, Salim CA, organizadores. O vestir e o calçar: perspectivas da relação saúde e trabalho. Belo Horizonte: Crisálida; 2010.

São Paulo (Cidade). Lei Municipal n. 13.288, de 10 de janeiro de 2002. Dispõe sobre a aplicação de penalidades à prática de "assédio moral" nas dependências da administração pública municipal direta e indireta por servidores públicos municipais [Internet]. São Paulo; 2002 [citado 2017 out. 30]. Disponível em: https://www.imprensaoficial.com.br/DO/GatewayPDF.aspx?link=/2002/diario%20oficial%20do%20municipio/janeiro/11/pag_0001_CK4HE73JM9TFIe87JRAV7001Ull.pdf

São Paulo (Cidade). Decreto n. 43.558, de 31 de julho de 2003. Regulamenta a Lei n. 13.288, de 10 de janeiro de 2002, que dispõe sobre a aplicação de penalidades à prática de assédio moral nas dependências da Administração Pública Municipal Direta e Indireta por servidores públicos municipais [Internet]. São Paulo; 2003 [citado 2017 out. 30]. Disponível em: http://www3.prefeitura.sp.gov.br/cadlem/secretarias/negocios_juridicos/cadlem/integra.asp?alt=01082003D%20435580000

São Paulo (Estado). Lei Estadual n. 12.250, de 9 de fevereiro de 2006. Veda o assédio moral no âmbito da administração pública estadual direta, indireta e fundações públicas [Internet]. São Paulo; 2006 [citado 2017 out. 30]. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/2006/lei-12250-09.02.2006.html>

Severino AJ. Metodologia do trabalho científico. 23ª Ed. São Paulo: Cortez; 2007.

Silva A, Costa SFG, Batista PSS, Zaccara AAL, Costa ICP, Duarte MCS. Moral harassment: a study with nurses of the Family health strategy. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*. [Internet]. 2015 [cited 2016 Oct. 20];7(1). Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3459>

Sidon LU, Barreto IS, Souza Filho OA, Macedo F, Peixoto AD. Análise Preliminar dos Processos Ético-Disciplinares transitados em julgado no Cofen. (2005-2010): um ensaio para a pesquisa. *Rev Enferm Foco* [Internet] 2012 [cited 2017 Out. 13];3(3). Available from: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/388/179>

Singapura, Lei de Proteção Contra o Assédio, de 13 de março de 2014. Dispõe sobre regras detalhadas e processos para lidar com os comportamentos de assédio. [Internet]. Singapura; 2014 [citado 2017 out 30]. Disponível em <http://www.mom.gov.sg/faq/workplace-harassment/what-type-of-legal-help-is-available-to-a-victim-of-workplace-harassment>

Soboll AP, Horst AC. O assédio moral como estratégia de gerenciamento: solicitações da forma atual de gestão. In Allan NA, Gizzi JSB, Cozero PT, organizadores. *Assédio moral organizacional: as vítimas dos métodos de gestão nos bancos*. Bauru: Canal 6; 2015.

Teles, MAA. Reflexões sobre a violência. Significados historicamente construídos. In Barreto M, Netto NB, Pereira LB, organizadores. *Do assédio moral à morte de si: significados sociais do suicídio no trabalho*. 1ª. Ed. São Paulo: Matsunaga; 2011.

Terrin KAP, Oliveira LJ. Assédio Moral no Ambiente do Trabalho: propostas de prevenção. *Revista do Direito Público* [Internet]. 2007 [cited 2017 Ago. 15];2(2). Available from: [file:///C:/Users/Dell/Downloads/11453-44392-1-PB%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Dell/Downloads/11453-44392-1-PB%20(2).pdf)

Thofehrn M, Amestoy SC, Carvalho KK, Andrade FP, Milbrath VM. Assédio moral no trabalho da enfermagem. *Cogitare Enfermagem* [Internet]. 2008 [cited 2016 Oct. 19];13(4). Available from: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/13122/8882>

Uchimura GC. Assédio moral organizacional: por um olhar a partir da crítica da economia política. In Allan NA, Gizzi JS de B, Cozero PT, organizadores. *Assédio*

moral organizacional: as vítimas dos métodos de gestão nos bancos. Bauru: Canal 6, 2015.

Valente GSC, Sequeira CAC. A organização do trabalho docente e ocorrência de assédio moral no ensino público superior de enfermagem. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental [Internet]. 2015 [citado 2016 Out 14];(spe2). Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602015000100021&lng=pt.

8 APÊNDICES

APÊNDICE 1

Quadro 1 Demonstrativo do instrumento de coleta de dados, São Paulo, 2016

DENÚNCIA	Data da abertura do PAD Local de origem Forma de apresentação Documentos anexos Origem Termos usados para definir o assédio moral
DENUNCIANTE/ DENUNCIADO	Sexo Idade Formação Tempo de formado Cargo exercido Relato de doenças decorrentes do assédio moral
ENCAMINHAMENTOS	Atendimento aos Pressupostos da Resolução Cofen 370-2010 Arts. 22 e 27 Indicação de instauração ou arquivamento pelo relator inicial Votação no Plenário após apresentação do relatório inicial Data da abertura do Processo Ético Supostos artigos do CEPE infringidos Existência de conciliação Parecer do relatório final da Comissão de Instrução Voto do relator final do Processo Ético Artigos do CEPE infringidos Voto do relator final do Processo Ético Decisão do Plenário após apresentação do voto do relator final Data de encerramento do Processo Ético no COREN-SP

Autoria: Pesquisador

APÊNDICE 2

USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DENÚNCIAS SOBRE O ASSÉDIO MORAL: UMA ABORDAGEM QUANTITATIVA

Pesquisador: MARCUS VINICIUS DE LIMA OLIVEIRA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 65135617.9.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Pl
Processo 046
Visto 2025
Leticia Harumi Mishima
Coordenador II - GAB/PA
Matrícula 454 - COREN-SP

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.969.855

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

O projeto circunscreve como objeto de investigação as denúncias sobre assédio moral e os processos julgados em primeira instância pelo Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo (COREN-SP). Será realizada uma pesquisa documental, retrospectiva, exploratória, descritiva de abordagem quantitativa, baseada na análise de 126 processos ético-disciplinares (PEDs), no período de janeiro de 2012 a dezembro de 2015. Os documentos serão obtidos no Departamento de Processos Éticos do COREN-SP. As variáveis foram detalhadas no instrumento de coleta e referem-se à denúncia, ao denunciante/denunciado e aos encaminhamentos. Os dados coletados serão submetidos à análise estatística inferencial.

A proposta apresenta o cronograma de execução com término previsto para novembro de 2017. O projeto foi orçado em R\$ 5.000,00 e será custeado pelo próprio pesquisador.

Objetivo da Pesquisa:

1- Identificar as características das denúncias encaminhadas ao COREN-SP, envolvendo o assédio moral, no período de janeiro de 2012 a dezembro de 2015.

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br

USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 1.969.855

- 2- Caracterizar o perfil dos profissionais de enfermagem envolvidos nas denúncias sobre assédio moral, encaminhadas ao COREN-SP, no período citado.
- 3- Analisar os encaminhamentos das denúncias encaminhadas ao COREN-SP, envolvendo o assédio moral, no período de janeiro de 2012 a dezembro de 2015.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O pesquisador informou no protocolo da pesquisa que o estudo não apresenta riscos aos participantes uma vez que será respeitada a confidencialidade dos dados coletados e a manutenção do sigilo dos denunciadores. Quanto aos benefícios, os resultados do estudo poderão contribuir na discussão da questão do assédio moral em ações de formação e subsidiar o desenvolvimento de políticas de proteção destinadas aos trabalhadores da enfermagem.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está estruturado de forma adequada e contempla os aspectos éticos. O pesquisador anexou extrato de ata da reunião do COREN-SP de 17/12/2015, assinado pela Presidente e Secretária, autorizando o pleito do pesquisador para realização do projeto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O pesquisador justificou a dispensa do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), por se tratar de um estudo baseado em fontes documentais, as quais estão sob a guarda do COREN-SP, responsável pela autorização para acesso aos dados referentes às denúncias e aos processos ético-disciplinares.

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto não apresenta óbices éticos que impeçam a sua realização.

Considerações Finais a critério do CEP:

- Este CEP informa a necessidade de registro dos resultados parciais e finais na Plataforma Brasil;
- Esta aprovação não substitui a autorização da instituição coparticipante, antes do início da coleta de dados.

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

CEP: 05.403-000

E-mail: cepee@usp.br

USP - ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 1.969.855

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_821941.pdf	23/02/2017 22:09:30		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termo_coren.jpg	23/02/2017 22:08:42	MARCUS VINICIUS DE LIMA OLIVEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_pesquisa_assedio_moral.docx	23/02/2017 15:21:48	MARCUS VINICIUS DE LIMA OLIVEIRA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto_Plataforma_Brasil_Marcus_Vinicius.pdf	22/02/2017 21:44:07	MARCUS VINICIUS DE LIMA OLIVEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 17 de Março de 2017

Assinado por:
Lisabelle Mariano Rossato
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br

APÊNDICE 3

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO

EXTRATO DE ATA DA ATA DA 1101ª REUNIÃO ORDINÁRIA DE DIRETORIA DO CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO EM 17/12/2015

1 Aos dezessete dias do mês de dezembro de dois mil e quinze, às 10h30min, na sala de reuniões do Gabinete do
 2 Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, realizou-se a 1101ª Reunião Ordinária de Diretoria. A sessão
 3 foi presidida pela Presidente Fabíola de Campos Braga Mattozinho, que constatou a presença dos seguintes
 4 membros: Mauro Antonio Pires Dias da Silva, Vice-Presidente; Marcus Vinicius de Lima Oliveira, Primeiro
 5 Secretário; Rosângela de Mello, Segunda Secretária; Vagner Urias, Primeiro Tesoureiro; Jefferson Erecy
 6 Santos, Segundo Tesoureiro. **EXPEDIENTE.** Lida a ata da 1100ª Reunião Ordinária de Diretoria, aprovada
 7 por unanimidade pelos conselheiros presentes e sem emendas. **2. ASSUNTOS PARA DISCUSSÃO E**
 8 **APROVAÇÃO – (...)2.8 SOLICITAÇÃO DE ACESSO AOS PROCESSOS ÉTICOS DISCIPLINARES**
 9 **PELO CONSELHEIRO MARCUS VINICIUS DE LIMA OLIVEIRA NECESSÁRIOS PARA O**
 10 **DESENVOLVIMENTO DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO, DEVIDO A APROVAÇÃO NO**
 11 **PROGRAMA DE MESTRADO DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP –** Aprovada a solicitação,
 12 sendo deliberada a abertura de processo administrativo onde deverá constar o projeto de pesquisa, a
 13 autorização do Comitê de Ética e Pesquisa, assim como os retornos referentes ao desenvolvimento do
 14 respectivo projeto. (...) Às 12h15min, a Presidente encerrou a reunião da qual eu, Rosângela de Mello, Segunda
 15 Secretária, lavrei o presente que, lida e achada conforme, vai assinada pelo Presidente da Sessão e pelos
 16 presentes, na reunião em que for discutida e aprovada.

Fabíola de Campos Braga Mattozinho _____

Rosângela de Mello _____