



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

KÁTIA BIAGIO FONTES

DO INVISÍVEL AO VISÍVEL:
ASSÉDIO MORAL E O TRABALHO DO ENFERMEIRO

MARINGÁ
2010

KÁTIA BIAGIO FONTES

**DO INVISÍVEL AO VISÍVEL:
ASSÉDIO MORAL E O TRABALHO DO ENFERMEIRO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação do Departamento de Enfermagem – DEN – da Universidade Estadual de Maringá, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Dalva de Barros Carvalho

MARINGÁ

2010

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

F683	<p>Fontes, Katia Biagio</p> <p>Do invisível ao invisível: assédio moral e o trabalho do enfermeiro / Katia Biagio Fontes. -- Maringá: [s.n.], 2010. 109 f.</p> <p>Orientador : Profa Dra. Maria Dalva de Barros Carvalho.</p> <p>Dissertação (mestre) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Estadual de Maringá.</p> <p>1. Enfermagem. 2. Assédio moral na relação de trabalho. 3. Violência. 4. Juízos morais na Enfermagem. 5. Ambiente de trabalho. I. Título.</p> <p>CDD 21. ed. 610.73</p>
------	---

KÁTIA BIAGIO FONTES

DO INVISÍVEL AO VISÍVEL:
ASSÉDIO MORAL E O TRABALHO DO ENFERMEIRO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação do Departamento de Enfermagem – DEN – da Universidade Estadual de Maringá, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem

Aprovado em:

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Maria Dalva de Barros Carvalho (Orientadora)
Universidade Estadual de Maringá

Prof^ª. Dr^ª. Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi
Universidade de São Paulo

Prof^ª. Dr^ª. Marisa Palácios da Cunha e Melo de Almeida Rego
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Dedico este trabalho aos trabalhadores enfermeiros.

Em especial, àqueles que acreditam, almejam e lutam por um ambiente laboral mais ético,
humanizado e, conseqüentemente, mais saudável.

AGRADECIMENTOS

A Deus,

aquele que me deu a vida e a capacidade de pensar, por colocar pessoas tão especiais no meu caminho durante esta jornada. Sem Ele, nada seria possível.

À minha família,

em especial ao *Paulo*, esposo e companheiro, a minha gratidão pelo seu apoio e incentivo. Pelas palavras de ânimo nos momentos mais difíceis. Às minhas filhas *Karoline* e *Karina*, que compreenderam as minhas ausências durante os dois anos consagrados à realização do mestrado, bem como pela força e alegria de viver que têm transmitido à minha vida. Amo vocês!

À minha família original,

minha mãe *Dorcas*, pelo seu apoio com amor e orações, pelo seu exemplo de fortaleza, caráter e determinação e por não me deixar esmorecer e me ensinar a ir à luta nos momentos difíceis. Ao meu pai *José* que, ainda na tenra infância me despertou para o hábito da leitura, contribuindo para que eu tomasse gosto pela pesquisa. À memória do meu irmão *Jeferson* e ao meu outro irmão, *Douglas*, que mesmo distante, sempre torceu por mim.

À Dalva,

minha orientadora, que acreditou na minha capacidade, e investiu seu tempo e afeto, pelo entusiasmo e amizade com que transmitiu seus ensinamentos e por contribuir para o meu crescimento, não somente como profissional, mas também como pessoa.

Aos familiares,

que torceram por mim.

Aos participantes deste estudo,

enfermeiros atuantes no município de Maringá, pelas ricas contribuições, pela paciência e disponibilidade.

Às minhas queridas amigas,

Itamar, Marcila, Ana Lúcia, Suzete, Edna e Márcia, pelo incentivo e por partilharem comigo a vida, durante este período.

Aos colegas de turma,

pela amizade e companheirismo em todos os momentos.

À professora Rosângela Getirana Santana,

pela paciência com que dedicou seu tempo na orientação da análise dos cálculos estatísticos.

Às professoras

Sandra Marisa Pelloso, Liliana Labronici, Valéria Lerch Lunard, que contribuíram para o projeto de pesquisa e durante o Exame de Qualificação.

Ao Programa de Mestrado em Enfermagem da UEM,

por me proporcionar esta oportunidade.

À Banca examinadora,

Professoras Doutoradas Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi e Marisa Palácios da Cunha e Melo de Almeida Rego, pelas valiosíssimas contribuições.

Aos docentes do Programa de Mestrado em Enfermagem da UEM, principalmente aos que me deram aulas e que me ajudaram a pensar este trabalho.

À Fundação Araucária,

pelo suporte financeiro, sem a qual esse trabalho não poderia ter sido concluído de maneira tão tranquila, pois me possibilitou a dedicação exclusiva.

A todos os amigos,

que torceram por mim, para que eu concluísse com sucesso este desafio.

FONTES, K. B. **Do invisível ao visível: assédio moral e o trabalho do enfermeiro**. 2010. 109 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)–Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2010.

RESUMO

Nos últimos anos, profundas mudanças na esfera produtiva têm tornado ambientes laborais cada vez mais favoráveis a situações de violência, especialmente no setor de saúde. Apesar de vários estudos terem demonstrado a vulnerabilidade dos enfermeiros frente ao assédio moral (AM), muitos profissionais têm ignorado, aceitado e reproduzido este tipo de comportamento como parte da cultura organizacional. Buscando informações mais detalhadas, para melhor planejar e agir na solução deste problema, objetivou-se com este estudo: identificar enfermeiros vítimas de AM, comportamentos de abuso mais frequentes e as variáveis sócio-demográfico-ocupacionais envolvidas. Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, transversal. A amostra foi composta por 209 enfermeiros do município de Maringá-PR, do setor público (45,93%), privado (39,71%) e de ambos os setores (14,35%). Para a coleta de dados utilizou-se questionário eletrônico, via *World Wide Web*, e questionário impresso, no período de maio a setembro de 2010. Um questionário sócio-demográfico-ocupacional, desenvolvido exclusivamente para a pesquisa, e o Leymann Inventory Psychological Terrorization (LIPT-45) foram utilizados. Segundo os critérios de Leymann, os resultados mostraram que 11,48% dos sujeitos foram vítimas de AM nos últimos 12 meses. Quando considerada a percepção subjetiva dos sujeitos em relação a sentir-se assediado no trabalho, 28,23% reconheceram-se como vítimas. Entre as condutas de AM mais referidas pelos sujeitos, destacaram-se: “Questionam as decisões que você toma” (25,36%); “Você recebe ataques verbais criticando trabalhos realizados” (16,75%); “Você é monitorado ou monitoram seu trabalho de maneira mal intencionada” (13,88%); “Você é alvo de rumores ou calúnias” (13,4%). Houve associação estatisticamente significativa entre possuir mais de um emprego, área e setor de atuação profissional, turno, atualmente ainda enfrentar algum tipo de conduta de assédio moral no trabalho, número de agressores, sexo dos agressores, testemunhar colegas vítimas de AM e sentir-se assediado moralmente. Na regressão logística para fatores associados ao AM, identificou-se: possuir filho(s) e apenas um emprego; trabalhar há menos de três anos na instituição; enfrentar atualmente uma ou mais condutas de AM; sentir-se assediado moralmente; atuar na área hospitalar do setor privado. Estes resultados destacaram

o ambiente laboral e relacionamento interpessoal como fatores preponderantes na determinação da ocorrência do fenômeno, pois os fatores associados foram predominantemente ocupacionais. O modelo de regressão logística para AM apresentou bom valor preditivo. Devido à alta capacidade do modelo na identificação de enfermeiros vítimas de AM, espera-se que este trabalho sirva de subsídio para gestores, funcionários de recursos humanos e enfermeiros do trabalho, na identificação de populações vulneráveis. Desta forma, será possível preservar esta população por meio da adoção de medidas estratégicas de prevenção e contenção de um tipo de violência altamente degradante do ambiente laboral.

Palavras-chave: Enfermagem. Violência. Assédio moral. Ambiente de trabalho.

FONTES, K. B. **From the invisible to the visible: bullying and the nurse job.** 2010. 109 f. Dissertation (Master in Nursing)–Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2010.

ABSTRACT

In recent years, profound changes in the productive areas, turned the work environments increasingly favorable to violence situations, especially in the health sector. Although several studies have demonstrated the vulnerability of nurses face psychological harassment (AM), many professionals have ignored, accepted and reproduced this type of behavior as part of organizational culture. Seeking more detailed information to better plan and act in solving this problem, the aim with this study was to identify nurses who are victims of bullying, more frequent abuse behaviors and socio-demographic and occupational aspects involved. This is a descriptive-exploratory-transversal study. The sample consisted on 209 nurses from Maringá-PR, from the public sector (45.93%), private one (39.71%) and both sectors (14.35%). To data collect was used an electronic questionnaire, in the World Wide Web, and a printed one (12,44%), in the period from May to September 2010. Respectively 87,56% and 12,44% of the participants. A socio-demographic-occupational questionnaire, developed exclusively for this research, and Leymann Inventory Psychological Terrorization (LIPT-45) were used. Under the Leymann criteria, results showed that 11.48% of the subjects were victims of bullying in the last 12 months. When considering the individuals subjective perception related to feel harassed at work, 28.23% admitted they were victims. Among the more reported bullying conducts, stood out: "They question the decisions you make" (25.36%); "You get verbal attacks criticizing the done work" (16.75%); "You are monitored or they monitor your work maliciously" (13.88%); "You are the target of rumors or slander" (13.4%). There was statistically significant association between having more than one job, area and sector of professional performance, turn, currently still experience some form of harassment conduct at work, number of abusers, offenders sex, testify colleagues being bullying victims and feel bullying himself. As logistic regression for bullying associated factors, it was identified: to have child(ren) and only one job; working for less than three years in the institution; to face, currently, one or more bullying conducts; to feel morally harassed, work at the hospital area in the private sector. These results highlighted the work environment and interpersonal relationship as important factors to determinate the occurrence of the phenomenon, because

the associated factors were predominantly occupational. The logistic regression model for bullying showed good predictive value. Due to the model high capacity to identify nurses as bullying victims, it is expected that this work will serve as a subsidy for managers, human resources staff and nurses in the identification of vulnerable populations. This will make it possible to preserve this population through the adoption of strategic measures to prevent and contain a highly degrading violence of the work environment.

Keywords: Nursing. Violence. Bullying. Work environment.

FONTES, K. B. **De lo invisible a lo visible: asedio moral y el trabajo del enfermero**. 2010. 109 f. Disertación (Maestría en Enfermería)–Universidad Estadual de Maringá, Maringá, 2010.

RESUMEN

En los últimos años, profundos cambios en la esfera productiva han tornado ambientes laborales cada vez más favorables a situaciones de violencia, especialmente en el sector de salud. A pesar de que varios estudios hayan demostrado la vulnerabilidad de los enfermeros frente al asedio moral (AM), muchos profesionales han ignorado, aceptado y reproducido este tipo de comportamiento como parte de la cultura organizacional. Buscando informaciones más detalladas, para mejor planear y actuar en la solución de este problema, este estudio tuvo como objetivo: identificar enfermeros víctimas de AM, comportamientos de abuso más frecuentes y las variables socio-demográfico-ocupacionales envueltas. Se trata de un estudio descriptivo-exploratorio, transversal. La muestra fue compuesta por 209 enfermeros del municipio de Maringá-PR, del sector público (45,93%), privado (39,71%) y de ambos los sectores (14,35%). Para la recogida de datos se utilizó cuestionario electrónico, vía *World Wide Web*, y cuestionario impreso, en el período de mayo a septiembre de 2010. Un cuestionario socio-demográfico-ocupacional, desarrollado exclusivamente para la investigación, y el *Leymann Inventory Psychological Terrorization* (LIPT-45) fueron utilizados. Según los criterios de *Leymann*, los resultados mostraron que 11,48% de los sujetos fueron víctimas de AM en los últimos 12 meses. Cuando considerada la percepción subjetiva de los sujetos en relación a sentirse asediado en el trabajo, 28,23% se reconocieron como víctimas. Entre las conductas de AM más referidas por los sujetos, se destacaron: “Cuestionan las decisiones que usted toma” (25,36%); “Usted recibe ataques verbales criticando trabajos realizados” (16,75%); “Usted es monitorizado o monitorizan su trabajo de manera mal intencionada” (13,88%); “Usted es el blanco de rumores o calumnias” (13,4%). Hubo asociación estadísticamente significativa entre poseer más de un empleo, área y sector de actuación profesional, turno, actualmente aun enfrentar algún tipo de conducta de asedio moral en el trabajo, número de agresores, sexo de los agresores, presenciar colegas víctimas de AM y sentirse asediado moralmente. En la regresión logística para factores asociados al AM, se identificó: poseer hijo(s) y apenas un empleo; trabajar a menos de tres años en la institución; enfrentar actualmente una o más conductas de AM; sentirse asediado moralmente;

actuar en el área hospitalaria del sector privado. Estos resultados destacaron el ambiente laboral y relación interpersonal como factores preponderantes en la determinación de la ocurrencia del fenómeno, pues los factores asociados fueron predominantemente ocupacionales. El modelo de regresión logística para AM presentó buen valor predictivo. Debido a la alta capacidad del modelo en la identificación de enfermeros víctimas de AM, se espera que este trabajo sirva de subsidio para gestores, funcionarios de recursos humanos y enfermeros del trabajo, en la identificación de poblaciones vulnerables. De esta forma, será posible preservar esta población por medio de la adopción de medidas estratégicas de prevención y contención de un tipo de violencia altamente degradante del ambiente laboral.

Palabras clave: Enfermería. Violencia. Intimidación. Ambiente de trabajo.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Vitimização e revitimização no ambiente de trabalho	34
Figura 2	Página de acesso ao ambiente de pesquisa	47
Figura 3	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Eletrônico	48
Figura 4	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Eletrônico	48
Figura 5	Questionário Sócio-demográfico-ocupacional (1/5)	49
Figura 6	Questionário Sócio-demográfico-ocupacional (2/5)	50
Figura 7	Questionário Sócio-demográfico-ocupacional (3/5)	50
Figura 8	Questionário Sócio-demográfico-ocupacional (4/5)	51
Figura 9	Questionário Sócio-demográfico-ocupacional (5/5)	51
Figura 10	LIPT-45 eletrônico (1/5)	52
Figura 11	LIPT-45 eletrônico (2/5)	52
Figura 12	LIPT-45 eletrônico (3/5)	53
Figura 13	LIPT-45 eletrônico (4/5)	53
Figura 14	LIPT-45 eletrônico (5/5)	54
Figura 15	Página de confirmação de participação	55
Figura 16	E-mail direcionado após cadastro do endereço eletrônico do sujeito no sistema	57
Figura 17	Distribuição das condutas de assédio moral mais frequentes apresentadas pelos sujeitos. Maringá – PR, 2010	66
Figura 18	Distribuição das condutas de assédio moral segundo as dimensões do questionário LIPT-45 apontadas pelos sujeitos. Maringá – PR, 2010	67
Figura 19	Análise da capacidade preditiva do modelo de regressão logística para a ocorrência do assédio moral entre os enfermeiros (n=209), por meio da Curva ROC (Receiver-Operating Characteristics) e TG-ROC (Two-Graph Receiver Operating Characteristic). Maringá – PR, 2010	76

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Atividades de assédio moral	24
Quadro 2	Diferentes formas de assédio moral	24
Quadro 3	Evolução do assédio moral	27
Quadro 4	Comparação dos resultados dos estudos sobre a prevalência do assédio moral	29

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Número de enfermeiros atuantes nos estabelecimentos de acordo com setor e área de atuação. Maringá – PR, 2010	56
Tabela 2	Distribuição dos sujeitos (n=209) de acordo com as variáveis sócio-demográficas ocupacionais. Maringá – PR, 2010	60
Tabela 3	Tempo e frequência dos comportamentos de assédio moral vivenciados pelas vítimas (n=24). Maringá – PR, 2010	63
Tabela 4	Distribuição das condutas de assédio moral referidas pelos enfermeiros (n=209), agrupadas de acordo com as dimensões do questionário LIPT-45. Maringá – PR, 2010	64
Tabela 5	Análise univariada sobre o assédio moral em função dos fatores de interesse (n=209). Maringá – PR, 2010	68
Tabela 6	Análise multivariada de regressão logística dos fatores de risco para o assédio moral entre os enfermeiros (n=209). Maringá – PR, 2010	75

LISTA DE SIGLAS

AM	Assédio Moral
CECAPS	Centro de Capacitação Permanente em Saúde
CIE	Conselho Internacional de Enfermeiras
CSS	<i>Cascading Style Sheets</i>
COPEP	Comitê Permanente de Ética em Pesquisa
COREn	Conselho Regional de Enfermagem
HTML	<i>HyperText Mark up Language</i>
ISP	Organização Internacional de Serviços Públicos
LIPT	<i>Leymann Inventory Psychological Terrorization</i>
NPD	Núcleo de Processamento de Dados
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
PHP	<i>Hypertext Preprocessor</i>
PSE	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
ROC	<i>Receiver-Operating Characteristics</i>
SAS	<i>Statistical Analysis System</i>
SQL	<i>Structured Query Language</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TG-ROC	<i>Two-Graph Receiver Operating Characteristic</i>
UEM	Universidade Estadual de Maringá

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	18
2	JUSTIFICATIVA	20
3	REVISÃO DE LITERATURA	21
3.1	Assédio moral no trabalho	21
3.1.1	Histórico do assédio moral	21
3.1.2	Comportamentos que caracterizam o assédio moral	23
3.1.3	Tipos de assédio	25
3.1.4	Evolução do assédio moral	26
3.2	Assédio moral e enfermagem	27
3.2.1	Identificação do assédio moral na enfermagem	27
3.2.2	Prevalência do assédio moral na enfermagem	28
3.2.3	Comportamentos mais frequentes de assédio moral na enfermagem	29
3.2.4	Consequências biopsicossocio-ocupacionais do assédio moral sobre enfermeiros	30
3.2.5	Assédio moral como discriminação de raça e gênero	32
3.2.6	Enfermeiros como perpetradores de assédio moral	32
3.2.7	Comunicação ineficaz de enfermeiras ao relatar experiências de violência entre enfermeiras	35
3.2.8	Medidas de coping utilizadas por enfermeiros vítimas de assédio moral para escapar do assédio moral	36
3.2.9	Assédio moral na enfermagem como parte da cultura organizacional	38
4	OBJETIVOS	40
4.1	Objetivo geral	40
4.2	Objetivos específicos	40
5	MÉTODO	41
5.1	Tipo de estudo	41
5.2	Local do estudo	41
5.3	População	41
5.4	Amostragem	42
5.5	Instrumentos	42

5.6	Aspectos éticos	43
5.7	Preparação do ambiente de pesquisa	44
5.8	Desenvolvimento do sistema de pesquisa via web	46
5.9	Teste piloto	47
5.10	Recrutamento dos sujeitos	55
5.11	Coleta de dados	56
5.12	Análise e processamento dos dados	57
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	59
6.1	Caracterização da amostra	60
6.2	Prevalência e características do assédio moral entre os enfermeiros vítimas de assédio moral no trabalho	61
6.3	Condutas de assédio moral no trabalho mais frequentes entre os enfermeiros	63
6.4	Comparação dos enfermeiros assediados e não assediados, segundo características individuais	68
6.5	Fatores associados ao risco de assédio moral no ambiente de trabalho do enfermeiro	74
6.6	Avaliação da capacidade preditiva do modelo de regressão logística para o assédio moral entre enfermeiros	76
7	LIMITAÇÕES	78
8	CONCLUSÕES	79
	REFERÊNCIAS	81
	APÊNDICES	90
	ANEXOS	101

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, profundas mudanças têm ocorrido na organização produtiva. Influenciadas pelo processo de globalização da economia, grande tem sido o esforço empreendido pelas organizações para sobreviver, o que tem tornado o ambiente empresarial cada vez mais competitivo e vulnerável a situações de violência (BARRETO, 2006).

Quando o tema violência é abordado, torna-se inevitável a associação a atos de agressão física. Neste sentido, a violência se configura em um ato concreto, visível, público, e que normalmente resulta em um dano palpável, objetivo e mensurável (HELOANI, 2003). No entanto, além de física, a violência pode se manifestar de forma sexual ou psicológica (COSTA; MARZIALE, 2006).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define violência como o uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade, que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2002).

Dahlberg e Krug (2007), ao analisarem o conceito de violência proposto pela OMS, argumentam que a inclusão da palavra “poder” amplia a natureza de um ato violento e expande o conceito usual de violência, para incluir os atos que resultam de uma relação de poder, incluindo ameaças e intimidação.

A violência no trabalho, seja ela física ou psicológica, tem se convertido em um problema mundial que atravessa as fronteiras, nos contextos de trabalho e grupos profissionais. Apesar de ter sido, durante muito tempo, uma questão ignorada, nos últimos anos este tipo de violência tem recebido grande atenção e, na atualidade, tem sido uma preocupação prioritária, tanto em países industrializados, como em desenvolvimento (ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO et al., 2002).

Embora considerando que as organizações de trabalho deveriam cumprir um papel protetor, principalmente as instituições de saúde, de onde se espera a proteção aos danos que ameaçam a vida humana, elas não estão livres da presença da violência, (COSTA; MARZIALE, 2006), que se torna significativa pelas lesões físicas, psíquicas e morais que acarreta (CEZAR; MARZIALE, 2006).

Diante do expressivo número de trabalhadores do setor saúde que são atingidos pela violência, em 2000 o Conselho Internacional de Enfermeiras (CIE), juntamente com a Organização Internacional do Trabalho (OIT), Organização Internacional de Serviços

Públicos (ISP) e OMS, realizaram uma pesquisa multicêntrica em vários países, entre eles, o Brasil, a fim de investigar a violência no trabalho no setor saúde (ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO et al., 2002). Entre os resultados do estudo, ficou evidenciada a violência praticada contra profissionais de saúde por seus próprios pares, como o assédio moral (AM) (PALÁCIOS; REGO, 2006).

O resultado do referido estudo, realizado Brasil, evidenciou que o enfermeiro foi a segunda categoria profissional mais prevalente neste quesito (21,5%) (XAVIER et al., 2008). Fornés-Vives (2003) aponta este grupo como um dos mais vulneráveis a situações de AM no ambiente de trabalho.

No mundo, estudos anteriores também demonstraram a vulnerabilidade dos enfermeiros frente a este tipo de violência. Enfermeiros assediados apresentaram diminuição da satisfação no trabalho (QUINE, 2001), da motivação para trabalhar, da capacidade de concentração, da produtividade, do comprometimento para trabalhar e da qualidade do relacionamento com os pacientes, colegas e gerentes (YILDIRIM, 2009). Por outro lado, apresentaram aumento de ansiedade, de depressão, da propensão para largar o emprego (QUINE, 2001; SÁ; FLEMING, 2008) e de sintomas de *Burnout* (SÁ; FLEMING, 2008). Funcionários hospitalares assediados apresentaram maior massa corporal, prevalência de doenças crônicas, faltas por doença comprovadas por atestado médico e absenteísmo justificado por doença (KIVIMÄKI; ELOVAINIO; VAHTERA, 2000).

Tratando deste tema, Hernández et al. (2008) salientam que o âmbito hospitalar favorece o aparecimento do AM entre enfermeiros, por se tratar de uma estrutura rígida, com supervalorização da hierarquia. Além disso, a categoria da enfermagem está sujeita a múltiplas exigências emocionais, cognitivas e físicas, geradoras de efeitos negativos que favorecem este tipo de violência no trabalho.

2 JUSTIFICATIVA

O primeiro contato da autora com o tema AM aconteceu durante sua formação em enfermagem do trabalho. O ingresso no mestrado lhe propiciou estudar sobre a violência, objeto de estudo de sua orientadora, cuja temática despertou seu interesse.

A investigação sobre o AM ressaltou a grande lacuna sobre o tema, principalmente no contexto da enfermagem. Nos últimos anos muito se tem falado sobre o assunto. No entanto, ainda se trata de um assunto ainda pouco esclarecido e envolto em muito preconceito pela sociedade.

Os enfermeiros são a linha de frente na prestação dos cuidados. São eles os responsáveis pela qualidade da assistência prestada pela equipe de enfermagem. Contudo, estudiosos tem apontado prejuízos advindos de comportamentos de AM no ambiente laboral da enfermagem.

Consejo Internacional de Enfermeras (2007) (CIE) relata em seus documentos que há uma crise marcada pela carência de enfermeiros. Entre os principais motivos do abandono da profissão apontam os ambientes de trabalho pouco saudáveis, que enfraquecem o desempenho e contribuem para a alienação destes profissionais. Tratando deste tema, Teixeira (2005) menciona ainda os relacionamentos hostis nos locais de trabalho, que têm direcionado a um desencantamento nas relações entre profissionais de saúde, que podem levar, com o tempo, à extinção da enfermagem, contribuindo cada vez mais para que as pessoas trabalhem de modo automatizado, sem sentimentos e expressão dos seus desejos.

Diante das evidências, na literatura, da vulnerabilidade destes profissionais ao AM, aliada ao comprometimento da qualidade da assistência prestada, cuidar do ambiente de trabalho destes profissionais torna-se de vital importância. Neste sentido, torna-se necessário conhecer os fatores condicionantes deste tipo de violência no ambiente laboral. Para Leitão, Fernandes e Ramos (2008), enfermeiros devem ter conhecimento de saúde ocupacional, visto que podem atuar como agentes de prevenção e promoção na saúde da equipe de enfermagem.

Sendo assim, acredita-se que os resultados deste estudo sirvam de subsídio, principalmente para enfermeiros gestores e do trabalho, para a elaboração de estratégias de prevenção e controle da violência do AM no ambiente laboral dos enfermeiros.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Apresenta-se a seguir uma revisão de literatura sobre os temas abordados neste estudo, inter-relacionando-os, para configurar um campo de conhecimento que embase a metodologia, resultados e associações provenientes desta pesquisa.

3.1 Assédio moral no trabalho

Nesta seção serão discutidos os temas “assédio moral e trabalho”.

3.1.1 Histórico do assédio moral

O termo AM tem sido extremamente difundido nos últimos tempos. Contudo, antes que se possa compreender este fenômeno, é preciso entender que o AM é diferente das usuais atitudes rudes, grosseiras, provocativas e outras bem conhecidas formas de relações interpessoais conflituosas no trabalho. Trata-se de um tipo de violência que raramente envolve agressão física (NAMIE, 2003), mas é capaz de gerar consequências negativas na qualidade de vida no trabalho e, em casos extremos, na saúde do trabalhador, significando perdas para as organizações e a sociedade (PEDROSO et al., 2006).

O AM não é fruto de uma administração exigente, ou mesmo, de simples conflitos, comuns nas relações de trabalho (FREITAS, 2007). Sendo assim, Loper (2010) propõe que nem todos os desacertos entre chefia e trabalhador, bem como os aborrecimentos corriqueiros, significam AM. Pelo contrário, o que o configura é a frequência e a repetição dos atos de violência. Freitas (2007, p. 2) o define assim:

[...] uma conduta abusiva, intencional, frequente e repetida, que visa a diminuir, humilhar, vexar, constranger, desqualificar e demolir psicologicamente um indivíduo ou grupo, degradando suas condições de trabalho, atingindo sua dignidade e comprometendo a sua integridade pessoal e profissional.

Para Tarcitano e Guimarães (2004), o AM surge e se propaga em relações hierárquicas assimétricas, desumanas e sem ética, marcadas pelo abuso do poder e por manipulações perversas. O assédio contra um trabalhador ou mesmo uma equipe pode ser explícito ou direto, sutil ou indireto. Dissemina-se mais quanto mais desorganizada e desestruturada for a empresa, ou ainda, quando o empregador finge não vê-lo, tolera-o ou mesmo o encoraja.

Para Leymann, no AM a violência física raramente acontece e se caracteriza por condutas muito sofisticadas, cautelosas (para não deixar provas palpáveis), o que não diminui (pelo contrário, multiplica) seu efeito estigmatizador. Para o autor, o AM trata-se de uma comunicação hostil e desprovida de ética, que é administrada de forma sistemática por um ou poucos indivíduos contra um único indivíduo que, em consequência disto, é alçado a uma situação prolongada de solidão e exposição a ataques frequentes e persistentes (pelo menos uma vez na semana), e por um prolongado período (ao menos durante seis meses). Esta definição exclui os conflitos temporais e se apoia em conceitos fisiológicos, estabelecendo um ponto no tempo, quando esta situação começa a gerar enfermidades psicológicas e psicossomáticas (LEYMANN, 1996).

A definição científica do termo AM faz referência a um processo de interação social, pelo qual um indivíduo é atacado por um ou mais indivíduos, levando a vítima a uma posição indefesa e de isolamento do grupo, passando a ser hostilizada diante dos seus colegas. Este tipo de conduta pode vir de um colega, de um subordinado ou de um chefe e, em certos casos, pode durar anos, podendo acarretar a exclusão da pessoa do mercado de trabalho, quando o indivíduo afetado se torna incapaz de encontrar um novo emprego, devido aos danos psicológicos atribuídos (LEYMANN, 1996).

Heloani (2005) destaca que a discussão sobre o tema é relativamente nova, porém o fenômeno é tão antigo quanto o próprio trabalho.

A primeira publicação relacionada ao AM no ambiente de trabalho aconteceu em 1976 e fazia referência ao trabalhador assediado. Contudo, o autor não estava diretamente interessado em analisar especificamente este tipo de violência. O AM só foi apontado como objeto de pesquisa na Suécia em 1996, pelo psicólogo do trabalho Heinz Leymann. Por meio de um levantamento junto a vários grupos profissionais, Leymann observou um tipo de violência laboral que não era física, mas psíquica, que ele denominou de “terrorismo psicológico” ou “psicoterror”, cunhando o termo *mobbing* (LEYMANN, 1996).

O termo *mobbing* nunca havia sido utilizado previamente neste contexto. Ele teve origem na etologia, ciência que estuda os animais, quando Konrad Lorenz o utilizou pela

primeira vez, para referir-se ao ataque de um grupo de pequenos animais a um animal solitário maior.

Mais tarde, um médico sueco, interessado no comportamento social infantil, tomou emprestado o termo de Lorenz para identificar um comportamento altamente destrutivo de pequenos grupos de crianças contra uma única criança. Posteriormente, Leymann também adotou o termo *mobbing* (LEYMANN, 1996). Em, 1992 a jornalista britânica Andrea Adams cunhou o termo *workplace bullying* para nomear este tipo de sofrimento na idade adulta (NAMIE, 2003).

No Brasil, a discussão sobre o tema é recente. Foi somente em 2000, depois da publicação da dissertação de mestrado da médica do trabalho Margarida Barreto, defendida na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/ SP), sob o título “Uma jornada de humilhações”, que o tema começou a despertar o interesse de estudiosos (SINDICATO NACIONAL DOS DOCENTES DAS INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR, 2008).

A partir de então, diferentes termos e conceitos têm sido utilizados para denominar casos em que colegas de trabalho, superiores, subordinados, ou mesmo os clientes, sistematicamente atormentam, ou molestem um indivíduo no ambiente de trabalho (EINARSEN, 2000). No Brasil, *mobbing* é conhecido como AM, ou assédio psicológico.

Na França, ele é denominado como *harcèlement moral* (assédio moral); na Inglaterra, por *bullying*; no Japão, como *marahachibu* ou *ijime* (ostracismo social); na Espanha, como *acoso laboral* ou *psicoterror laboral*; na Itália, Alemanha, países Escandinavos, Estados Unidos e Suécia, como *mobbing* (JOÃO, 2010).

3.1.2 Comportamentos que caracterizam o assédio moral

Leymann (1996), em função da variedade de atividades hostis e seus efeitos sobre as vítimas, classificou as atividades de AM em 5 dimensões, as quais estão elencadas no quadro a seguir:

Efeitos sobre a capacidade da vítima para:	
1. Comunicar-se adequadamente	<ul style="list-style-type: none"> os superiores lhe negam a possibilidade de comunicar-se adequadamente; impedem a vítima de se expressar; ataques verbais sobre a qualidade de seu trabalho; ameaças verbais; atividades verbais com a finalidade de isolá-la, etc.
2. Manter contatos sociais	<ul style="list-style-type: none"> os colegas se reúnem e não falam com você; os superiores proíbem que seus colegas falem com você; recebe um posto de trabalho onde você fica isolado; é separada dos outros.
3. Manter sua reputação pessoal	<ul style="list-style-type: none"> fofocas; ridicularizações; zombarias; fazem piadas sobre suas origens, a maneira como anda ou fala etc.
4. Manter sua reputação laboral	<ul style="list-style-type: none"> não lhe passam nenhum trabalho; você recebe tarefas absurdas etc.
5. Manter sua saúde física	<ul style="list-style-type: none"> é designado para atividades perigosas; sofre agressão física; é alvo de assédio sexual

Quadro 1 – Atividades de assédio moral.

Fonte: Adaptado de Leymann (1996).

Hirigoyen (2009) classificou as atividades hostis em 4 dimensões, de acordo com o quadro seguinte:

1. Deterioração proposital das condições de trabalho	<ul style="list-style-type: none"> retirar a autonomia da vítima; não lhe transmitir mais as informações úteis para a realização de tarefas; contestar sistematicamente todas as suas decisões; criticar seu trabalho de forma injusta ou exagerada; privá-lo de acesso aos instrumentos de trabalho: telefone, fax, computador etc. retirar o trabalho que realmente lhe compete; dar-lhe permanentemente novas tarefas; atribuir-lhe proposital e sistematicamente tarefas inferiores à sua competência; atribuir-lhe proposital e sistematicamente tarefas superiores à sua competência; pressioná-la para que não faça valer seus direitos (férias, horários, prêmios); agir de modo a impedir que obtenha promoção; atribuir à vítima, contra a vontade dela, trabalhos perigosos; atribuir à vítima tarefas incompatíveis com a sua saúde; causar danos em seu local de trabalho; dar-lhe deliberadamente instruções impossíveis de executar; não levar em conta recomendações de ordem médica indicadas pelo médico do trabalho; induzir a vítima ao erro.
2. Isolamento e recusa da comunicação	<ul style="list-style-type: none"> a vítima é interrompida constantemente; superiores hierárquicos ou colegas não dialogam com a vítima; a comunicação com ela é unicamente por escrito; recusam todo contato com ela, mesmo o visual; é separada dos outros; ignoram sua presença, dirigindo-se apenas aos outros; proíbem os colegas de lhe falar; já não a deixam falar com ninguém; a direção recusa qualquer pedido de entrevista.

3. Atentado contra a dignidade	<ul style="list-style-type: none"> • utilizam insinuações desdenhosas para qualificá-la; • fazem gestos de desprezo diante dela; • é desacreditada diante dos colegas, superiores ou subordinados; • espalham rumores a seu respeito; • atribuem-lhe problemas psicológicos; • zombam de suas deficiências físicas ou de seu aspecto físico; • criticam sua vida privada; • zombam de suas origens ou de sua nacionalidade; • implicam com suas crenças religiosas ou convicções políticas; • atribuem-lhe tarefas humilhantes; • é injuriada com termos obscenos ou degradantes.
4. Violência verbal, física ou sexual	<ul style="list-style-type: none"> • ameaças de violência física; • agredem-na fisicamente, mesmo que de leve; • falam com ela aos gritos; • invadem sua vida privada com ligações telefônicas ou cartas; • seguem-na na rua, é espionada diante do domicílio; • fazem estragos em seu automóvel; • é assediada ou agredida sexualmente (gestos ou propostas); • não levam em conta seus problemas de saúde.

Quadro 2 – Diferentes formas de assédio moral.
Fonte: Adaptado de Hirigoyen (2009).

Ao analisar-se as condutas de AM entre os diferentes autores (Quadros 1 e 2), nota-se que as mesmas são semelhantes. O que muda é apenas a dimensão dada às condutas.

3.1.3 Tipos de assédio

Em relação à procedência do AM, segundo Hirigoyen (2009) ele pode ser:

O assédio descendente

Acontece quando um superior assedia um subordinado. Este tipo de assédio tem consequências muito mais graves sobre a saúde do que o assédio horizontal, pois a vítima se sente ainda mais isolada e com maior dificuldade para achar a solução do problema.

O assédio horizontal (vindo de colegas)

Este tipo de assédio vem de colegas. Frequentemente ocorre quando dois empregados disputam a obtenção de um mesmo cargo ou uma promoção.

Na enfermagem, este tipo de comportamento pode ocorrer quando, socialmente, sujeitos apresentam disputas particulares.

O assédio misto

É raro o assédio horizontal duradouro não ser vivido, depois de algum tempo, como assédio vertical descendente, em virtude da omissão da chefia ou do superior hierárquico. Quando uma pessoa se acha em posição de bode expiatório, por causa de um superior hierárquico ou de colegas, a designação se estende rapidamente a todo o grupo de trabalho, sendo ela responsável por tudo que dê errado. Depois de certo tempo, a pessoa designada acaba indo mal, e seu comportamento se modifica, tornando-se difícil sua convivência, o que explica ser rejeitada por todo o grupo.

O assédio ascendente

Ocorre quando um superior é vítima de AM por um ou vários subordinados. Segundo a autora, é possível distinguir duas formas de AM ascendente: a falsa alegação do assédio sexual e reações coletivas do grupo.

Na falsa alegação do assédio sexual, o objetivo é atentar contra a reputação de uma pessoa e desqualificá-la. Considerando que, para este gênero de acusação, raramente existam provas, existem igualmente poucas justificativas possíveis.

Quando o AM ocorre devido às reações coletivas de grupo, existe a cumplicidade de todo um grupo para se livrar de um superior hierárquico que lhe foi imposto e não é aceito.

3.1.4 Evolução do assédio moral

É difícil estabelecer uma sequência típica de fatos no decorrer de um processo de AM no trabalho, que permita determinar uma série fixa das fases (FORTINI, 2009). Contudo, Leymann (1996) argumenta que a evolução do AM muda de acordo com as mudanças que ocorrem no contexto social. O autor dividiu a evolução do fenômeno em quatro fases, que se seguem no quadro seguinte:

<p>1. Origem dos incidentes críticos O AM frequentemente começa com um conflito. Esta fase pode ser muito curta e não é propriamente o AM.</p>
<p>2. Assédio moral e a estigmatização Ocorre a estigmatização da vítima. As atividades de AM podem conter uma variedade de condutas, que, no cotidiano, não são indicativos de agressão ou rejeição. No entanto, a subordinação a esses comportamentos, quase que diariamente e por um longo período de tempo, podem mudar o seu contexto e ser usadas para estigmatizar a vítima. Na verdade, todos os comportamentos observados, independentemente do seu significado, têm como denominador comum o desejo de atacar uma pessoa ou puni-la. Portanto, a manipulação agressiva é a principal característica do evento.</p>
<p>3. Interferência da gerência Quando isto ocorre, o problema se torna oficial. Devido à estigmatização prévia, a gestão tende a aceitar e assumir as opiniões criadas durante a fase anterior, passando a ter uma visão negativa da vítima. Muitas vezes, isso desperta o desejo de livrar-se dela. Na maioria das vezes, isso resulta em graves violações dos direitos, já que a administração pessoal está sujeita à legislação trabalhista.</p>
<p>4. Exclusão À medida que os fatores condicionantes do problema não são resolvidos, é comum a vítima abandonar o trabalho muito antes da aposentadoria normal. Esta situação pode ocasionar o desenvolvimento de sérias enfermidades e fazer com que a vítima procure ajuda médica ou psicológica. No entanto, tem sido argumentado que a vítima pode ser diagnosticada incorretamente pelos profissionais, seja por descrença na sua história, ou por não se preocuparem em olhar para o desencadeamento dos eventos sociais. Os diagnósticos errados, apontados até o momento, são a paranóia, depressão maníaca ou distúrbio de caráter.</p>

Quadro 3 – Evolução do assédio moral.

Fonte: Adaptado de Leymann (1996).

3.2 Assédio moral e enfermagem

Nesta seção serão discutidos os temas assédio moral e enfermagem.

3.2.1 Identificação do assédio moral na enfermagem

Devido à natureza implícita do AM no ambiente de trabalho, detectá-lo torna-se complexo, podendo acarretar, ao longo do tempo, consequências biopsicossociais deletérias ao trabalhador (GUIMARÃES et al., 2005). Neste sentido, foi construído o primeiro instrumento com a finalidade de avaliar o fenômeno no ambiente de trabalho: o *Leymann Inventory Psychological Terrorization – LIPT-45* (LEYMANN; TALLGREN, 1989). A partir de então, vários estudiosos o têm utilizado como referência para a confecção de outros instrumentos, especificamente para avaliar este tipo de violência no contexto da enfermagem. Isto porque os autores sugerem que há poucas evidências da aplicabilidade do LIPT na enfermagem (HUTCHINSON et al., 2008).

Recentemente, enfermeiros estudiosos do tema têm desenvolvido e/ou validado instrumentos para avaliar, especificamente, o AM no contexto de trabalho da enfermagem, na Turquia (YILDIRIM, D.; YILDIRIM, A., 2008; OZTURK et al., 2008), na Austrália (HUTCHINSON et al., 2008) e na Espanha (FORNÉS-VIVES; MARTINEZ-ABASCAL; GARCÍA DE LA BANDA, 2008).

Hutchinson et al. (2008) desenvolveram um instrumento reduzido, a fim de ser incorporado a um instrumento multidimensional, que pode ser utilizado numa grande amostra. As autoras sugerem que ele difere da maioria de outros modelos que focalizam os conflitos interpessoais do AM no ambiente de trabalho. Ao invés disso, destaca os aspectos menos evidentes dos comportamentos, que envolvem as características sutis e a ausência de conflito como base para o comportamento do AM. As autoras do instrumento sugerem que, no contexto profissional, a estigmatização do indivíduo por meio do “ataque sobre sua reputação e competência” pode preceder o ataque pessoal e outras formas de comportamentos no ambiente de trabalho, muitas vezes associados ao estereótipo de AM. Desta forma, a vítima pode ser reduzida a um estado de impotência e inutilidade, sendo identificada como de pouca importância ou utilidade para a instituição, podendo ser destruída e punida.

Outro instrumento avalia estritamente condutas de assédio psicológico, excluindo maus tratos físicos e assédio sexual. Este instrumento permite identificar a presença, tipo e frequência dos comportamentos hostis, reconhecer possíveis testemunhos dos atos que contribuam objetivamente para a ocorrência do fenômeno, conhecer a percepção pessoal da vítima a respeito dessas condutas e ajudar na detecção do assédio psicológico (FORNÉS-VIVES; MARTINEZ-ABASCAL; GARCÍA DE LA BANDA, 2008). Neste sentido, Yildirim, D. e Yildirim, A. (2008) acrescentam que determinar a pressão psicológica a que os enfermeiros estão expostos no local de trabalho, e seu efeito sobre vítimas e instituição, possibilitará instituições protegerem indivíduos e a própria instituição deste tipo de violência, por meio da conjugação de práticas individuais e institucionais.

3.2.2 Prevalência do assédio moral na enfermagem

Diferentes estudos têm objetivado investigar a violência ocupacional entre profissionais de saúde, entre elas, o AM na enfermagem. Com a finalidade de apresentar a prevalência do AM entre estes profissionais nos diferentes estudos, construiu-se o quadro a seguir:

País	Ano	Amostra	N	Prevalência %	Referência
Inglaterra	2001	Enfermeiros de Serviço Nacional de Saúde Pública	396	44	Quine, 2001
Portugal	2003	Enfermeiros hospitalares; Enfermeiros de centros de saúde	103 98	17 12	Ferrinho et al., 2003
Brasil	2006	Trabalhadores de enfermagem	33	30	Cezar; Marziale, 2006
China	2006	Enfermeiros de Hospital Universitário	420	45	Kwok et al., 2006
Turquia	2007	Enfermeiras docentes	210	17	Yildirim, D.; Yildirim, A.; Timucin, A., 2007
Turquia	2007	Enfermeiras hospitalares	505	86,5	Yildirim, A.; Yildirim, D., 2007
Brasil	2008	Enfermeiros do setor saúde do Rio de Janeiro	93	21,5	Xavier et al., 2008
Portugal	2008	Enfermeiros de Sistema de Saúde Pública	107	13	Sá; Fleming, 2008
Espanha	2008	Enfermeiros de setor público e privado	464	17,2	Fornés- Vives; Martinez-Martinez Abascal; Garcia-Garcia Banda, 2008
Turquia	2009	Enfermeiras de hospital de ensino	286	21	Yildirim, 2009
Portugal	2010	Enfermeiros hospitalares	216	18,5	João, 2010
Turquia	2010	Enfermeiros hospitalares	206	9,7	Efe; Ayaz, 2010.

Quadro 4 – Resultados dos estudos sobre a prevalência do assédio moral entre enfermeiros.

Analisando-se o quadro 4, pode-se observar uma variância na prevalência do AM entre enfermeiros nos diferentes estudos. Todavia, é preciso levar em conta o limite metodológico utilizado pelos diferentes autores nos estudos, para mensurar vítimas de AM. Enquanto alguns estudiosos utilizaram, para caracterizar vítimas de AM, apenas a percepção subjetiva do sujeito em relação a se perceber vítima, assim como empregado por Hirigoyen (2009), outros seguiram um limite de tempo e frequência das condutas sofridas pelos sujeitos, como preconizado por Leymann (1996). Outro fator a ser considerado são as diferenças sócio-culturais e diferentes formações em enfermagem em todo o mundo, o que torna difícil comparar a prevalência entre os estudos.

3.2.3 Comportamentos mais frequentes de assédio moral na enfermagem

Hirigoyen (2009) comenta que vários estudos sobre comportamentos hostis têm sido realizados por autores de diferentes culturas, porém, os procedimentos utilizados têm sido bastante similares.

Na literatura estudada se pode observar que, na Turquia, os comportamentos mais frequentes de AM foram: “Falamos sobre você de forma humilhante e depreciativa na frente dos outros” e “Culpamos você por coisas que não são da sua responsabilidade” (YILDIRIM, D.; YILDIRIM, A.; TIMUCIN, 2007; YILDIRIM, A.; YILDIRIM, D., 2007), seguidos de “Utilizam comportamento não-verbal para menosprezar você na presença dos outros” (YILDIRIM, D.; YILDIRIM, A.; TIMUCIN, 2007) e “Sente-se como seu trabalho estivesse sendo controlado” (YILDIRIM, A.; YILDIRIM, D., 2007). Na Espanha, os mais apontados foram “Recebe informações contraditórias”, “Não recebe informações que outras pessoas de seu grupo de trabalho receberam” e “É exposto a críticas por parte do grupo” (FORNÉS-VIVES; MARTINEZ-ABASCAL; GARCÍA DE LA BANDA, 2008).

Apesar das diferenças culturais nos diferentes países, percebe-se que as principais condutas de AM utilizadas tiveram o propósito predominante de deteriorar as condições de trabalho e atentar contra a dignidade dos enfermeiros.

3.2.4 Consequências biopsicossocio-ocupacionais do assédio moral sobre enfermeiros

Os efeitos do assédio moral sobre a saúde do trabalhador são diversos, assim como inúmeras as doenças causadas por ele (LOPER, 2010).

Para Hirigoyen (2009), no AM as sintomatologias apresentadas pelas vítimas estão relacionadas mais à intensidade e à duração da agressão do que propriamente às estruturas psíquicas. Seja para qualquer pessoa, o que vem à tona de imediato é um traumatismo psíquico, acompanhado de um traço de interrogação de dúvida: “É mesmo verdade, ou estou enlouquecendo?” Para a autora, esta sintomatologia é tão específica, que é fácil para qualquer clínico, dotado de uma boa experiência no assunto, perceber o AM a partir das consequências sobre a saúde das vítimas e, desta forma, distinguir as queixas abusivas.

Estudos anteriores investigaram as consequências psicossociais, fisiológicas e ocupacionais do AM sobre enfermeiros. Dentre as manifestações psicossociais mais frequentes nos estudos destacaram-se: depressão (QUINE, 1999; YILDIRIM, A.; YILDIRIM, D., 2007); sentimento de cansaço (YILDIRIM, D.; YILDIRIM, A.; TIMUCIN, 2007; YILDIRIM, A.; YILDIRIM, D., 2007); recordações frequentes dos comportamentos de assédio (YILDIRIM, D.; YILDIRIM, A.; TIMUCIN, 2007; YILDIRIM, A.; YILDIRIM, D., 2007); comprometimento da vida fora do trabalho (casamento, família) (YILDIRIM, D.;

YILDIRIM, A.; TIMUCIN, 2007; YILDIRIM, A.; YILDIRIM, D., 2007); tristeza extrema ao recordar os comportamentos (YILDIRIM, A.; YILDIRIM, D., 2007); ansiedade (QUINE, 1999).

Este tipo de violência gera vários conflitos à vida socioeconômica e familiar dos trabalhadores assediados, tornando-os mais fragilizados e suscetíveis a adoecimentos, podendo levá-los, desde a incapacidade permanente, até a morte (PEIXOTO; PEREIRA, 2005).

Entre as manifestações fisiológicas, destacaram-se: dores de cabeça e queixas gastrintestinais (YILDIRIM, D.; YILDIRIM, A.; TIMUCIN, 2007; YILDIRIM, A.; YILDIRIM, D., 2007); distúrbio no padrão do sono, dor no peito e palpitações (YILDIRIM, D.; YILDIRIM, A.; TIMUCIN, 2007); aumento ou falta de apetite (YILDIRIM, A.; YILDIRIM, D., 2007).

Entre as manifestações emocionais evidenciadas, o estresse foi a sensação mais apontada pelas vítimas (QUINE, 1999; YILDIRIM, D.; YILDIRIM, A.; TIMUCIN, 2007; YILDIRIM, A.; YILDIRIM, D., 2007). O AM é apontado como uma das causas mais frequentes de estresse laboral (FREIRE, 2008). No entanto, no ambiente de trabalho este tipo de agravo pode não ser encarado como doença (YILDIRIM, A., YILDIRIM, D., 2007).

Entre as manifestações ocupacionais apresentadas destacaram-se a diminuição da satisfação no trabalho e níveis aumentados de intenção de abandonar o emprego (QUINE, 1999), dificuldade de concentração no trabalho, falta de interesse pelo trabalho, vivência de conflitos e falta de confiança nos colegas de trabalho (YILDIRIM, D., YILDIRIM, A.; TIMUCIN, 2007).

Loper (2010) acrescenta ainda que, ao longo do tempo, a agressão psíquica continuada e duradoura leva finalmente o indivíduo a alterações imunitárias, resultando em menor resistência a processos infecciosos e favorecimento do câncer.

Neste contexto, Oliveira (2004) faz uma relação entre os efeitos oriundos do AM sobre os trabalhadores e a saúde da empresa, ao destacar o absenteísmo, as faltas por doenças, substituições e despesas processuais, gerados por este tipo de violência. Contudo, o autor acrescenta que estes custos não ficam restritos somente à empresa, o Estado também arca com uma grande quantia, considerando as licenças médicas superiores a 15 dias, os afastamentos por acidentes de trabalhos decorrentes do estresse psicológico gerado pela violência e as inúmeras aposentadorias precoces, que são pagas pelo Instituto Nacional de Seguro Social.

Através da análise dos estudos, percebe-se que AM é uma violência multidimensional, que não afeta exclusivamente a vida pessoal, biológica, ocupacional e social do indivíduo, mas acarreta prejuízos a toda a sociedade.

3.2.5 Assédio moral como discriminação de raça e gênero

O AM é apontado na literatura como um dos tipos de violência laboral que mais afeta as mulheres.

Nas mulheres, o assédio sexual e moral se misturam facilmente. O assédio começa quando colegas com cargos superiores intencionam tirar proveito das mulheres trabalhadoras. Elas repudiam esta situação e começam as agressões, quando são marginalizadas, humilhadas e maltratadas. Além disso, só pelo fato de serem mulheres, são assediadas e marginalizadas, no intuito de impedir que alcancem postos de maior responsabilidade (TRONCOSO; SUAZO, 2005).

Comportamentos de AM entre enfermeiras foram encontrados na Inglaterra, manifestados por meio de relações hierárquicas e abusivas, sob a forma de discriminação racial. Erros cometidos por enfermeiras estrangeiras frequentemente são considerados como falta profissional e constantemente denunciados ao Conselho de Enfermagem e Obstetrícia, corpo regulador do Reino Unido. A forma exagerada com que alguns supervisores utilizam o sistema de queixa e reclamação é agravada pela falta de apoio dos sistemas informais nas instituições, conduzindo estas enfermeiras ao isolamento social e profissional. Conseqüentemente, elas respondem a este ambiente difícil, resistindo, defendendo sua posição, negociando e se submetendo a essas condições discriminatórias. Diante de repetidas faltas, enfermeiras estrangeiras e outras, para alcançar progresso na carreira profissional, podem se tornar alienadas e profundamente desmoralizadas em seu local de trabalho. Esta reação pode gerar narrativas coletivas de discriminação étnica e racial que se autossustentam e autoexecutam mutuamente, fundamentadas em raça, etnia e nacionalidade (ALLAN, 2007).

3.2.6 Enfermeiras como perpetradoras de assédio moral

Há evidências na literatura de que enfermeiros, além de alvos, também têm sido autores de violência no ambiente de trabalho (THOBABEN, 2007).

Estudo realizado entre profissionais que compõem a equipe de enfermagem evidenciou que o AM foi o tipo de violência mais frequente entre colegas de trabalho (CHEN et al., 2008). A violência verbal tem sido uma das condutas de AM mais experienciada por

enfermeiros nos hospitais (FERRINHO et al., 2003). Estudo turco demonstrou que 79,4% das enfermeiras haviam sofrido violência verbal no último ano, mas o que chamou a atenção dos pesquisadores foi que 3,7% delas relataram, como suas perpetradoras, colegas enfermeiras em posição superior à delas (KISA, 2008). Estudo desenvolvido por Efe e Ayaz (2010) evidenciou que 25% das enfermeiras entrevistadas apontaram enfermeiras supervisoras como executoras do assédio moral.

Resultado de estudo qualitativo realizado no Brasil revelou que técnicos e auxiliares de enfermagem apresentaram sinais e sintomas de AM, em consequência do estilo de liderança de enfermeiros (OLIVEIRA; MIZUGUCHI; TANJI, 2007). Matthiesen (2006), em sua tese de pós-doutorado em filosofia, investigou a frequência do AM e suas consequências num grupo de auxiliares de enfermagem. Foi demonstrado que alguns deles foram vítimas de comportamentos altamente agressivos por parte de enfermeiros.

Líderes, muitas vezes, a fim de manter seu *status* e poder, impõem o autoritarismo para conseguir aquilo que desejam, muitas vezes utilizando táticas verbais para enfraquecer o liderado. A violência verbal do líder é insignificante, ou aparentemente sem importância, quando efetuada isoladamente. Contudo, quando manifestada por longo período, aniquila e destrói a saúde física e psíquica do indivíduo (OLIVEIRA; MIZUGUCHI; TANJI, 2007).

Nos últimos anos, a literatura internacional tem dado ênfase ao AM horizontal entre enfermeiros (THOBABEN, 2007; WOELFLE; McCAFFREY, 2007; CENTER FOR AMERICAN NURSES, 2008; SHERIDAN-LEOS, 2008; EMBREE; WHITE, 2010).

Para Thomas (2003), o AM horizontal ou hostilidade horizontal acontece quando grupos oprimidos não podem desafogar sua raiva por aqueles que têm poder, então lutam entre si. No caso dos enfermeiros, “os que têm poder” inclui médicos, supervisores e administradores.

Felblinger (2008) propõe que enfermeiros vítimas de comportamentos abusivos podem não identificar e reconhecer os comportamentos sutis do AM. Desta forma, podem desenvolver uma resposta imediata de vergonha e raiva.

Baseado na teoria do “Medo e orgulho”, do psiquiatra Donald Nathanson, Felblinger (2008) argumenta que, quando a vergonha é desencadeada, indivíduos respondem por meio de um dos quatro padrões de defesa: retirada, esquiva, ataque aos outros, e o autoataque.

A autora argumenta que, quando enfermeiros vítimas de abusos têm uma resposta de enfrentamento de autoataque, a sua raiva interior é direcionada fazendo com que sintam culpa pelo ocorrido. Martin (2000) afirma que algumas vítimas de AM podem acreditar que são responsáveis por tudo o que acontece devido as suas falhas e defeitos. Para Felblinger (2008)

ao responder desta forma, enfermeiras mais de uma vez tornam-se vítimas. A autora aponta que esta atitude faz parte de um processo denominado de revitimização (Figura 1) que favorece a repetição dos abusos.



Figura 1 – Vitimização e revitimização no ambiente de trabalho.

Fonte: Adaptado de Felblinger (2008).

Felblinger (2008) salienta que, para compreender a magnitude do processo de humilhação e sua relação com as condutas de violência no trabalho, é preciso primeiramente entender que todos possuem experiências de vergonha.

Estudo qualitativo revelou que, embora enfermeiras reconhecessem emoções negativas ligadas a sentimentos de vergonha no trabalho, a vergonha internalizada não era facilmente reconhecida por elas (McINTOSH, 2005).

Segundo McIntosh (2005), enfermeiros devem compreender que a vergonha não é uma experiência negativa. É preciso reconhecer a vergonha escondida, trazendo-a para a consciência, podendo expressá-la e, talvez, aliviá-la. Para a autora, quando essas emoções não são identificadas e processadas como sendo sentimentos de vergonha, podem gerar consequências negativas, sustentando a cultura do AM no contexto do trabalho da enfermagem.

Quando enfermeiras percebem que estão vivenciando a vergonha como resultante do abuso no local de trabalho, estão em posição privilegiada para obter ajuda para conter o abuso, evitar a vergonha da revitimização, aprender novas habilidades de enfrentamento,

prevenir comportamentos clínicos inseguros e, confiantemente, enfrentar situações mal-intencionadas similares (FELBLINGER, 2008).

Felblinger (2008) acrescenta ainda que respostas de vergonha, desencadeadas por comportamentos de AM, podem bloquear sentimentos de interesse e prazer pelo trabalho, comprometendo o desempenho destes profissionais. Desta forma, enfermeiros devem aprender a gerir a sua própria vergonha, em resposta a condutas negativas, para que possam canalizar sua energia psicológica na assistência segura ao paciente.

3.2.7 Comunicação ineficaz de enfermeiras ao relatar experiências de violência entre enfermeiras

Enfermeiras são relutantes em nomear a violência vivenciada entre colegas enfermeiras, como deveriam. Ao invés de utilizar linguagem clara e precisa para relatar comportamentos de abuso, *bullying*, AM e violência no trabalho, elas expressam suas preocupações acerca da relação interpessoal violenta por meio de uma variedade de metáforas e eufemismos que demonstram sua mágoa, raiva e frustração. Este tipo de linguagem talvez seja uma tentativa inconsciente de manter um senso de ordem num ambiente desorganizado. Contudo, contribui para que o problema permaneça desconhecido e mal administrado, aumentando o impacto negativo da violência sobre a saúde e bem estar do indivíduo no trabalho. Assim sendo, comportamentos ameaçadores duradouros precisam ser identificados como agressivos e violentos, e não disfarçados por um estilo de linguagem que encoraja a agressão e aceita a violência como parte da cultura organizacional da enfermagem (HOCKLEY, 2000).

Estudo evidenciou que, na opinião de gestores hospitalares, a violência é aceita como parte do trabalho por alguns supervisores e trabalhadores hospitalares (CEZAR; MARZIALE, 2006).

Prochnow et al. (2007), ao assinalar o AM na enfermagem, argumentam que enfermeiros têm manifestado um conformismo diante das rotinas e incongruências das atividades no ambiente institucional hospitalar. Este tipo de postura revela elementos ideológicos historicamente transmitidos, incorporados ao desenvolvimento da profissão, que abarcam, tanto o domínio religioso e militar, como sua coligação com o *status* dominante e que reportam a idéia de lealdade às instituições, de talento, de comprometimento. Ao se

considerarem responsáveis pela estrutura do serviço, enfermeiros têm, muitas vezes, contradições negadas ou não percebidas. Consequentemente, o respeito, a escuta e a interação, se processam de forma contraditória, submissa, a fim de se manter um sistema que valoriza as aparências, o que possibilita a perversão e o assédio nas relações cotidianas.

3.2.8 Medidas de *coping* utilizadas pelos enfermeiros vítimas de assédio moral, para escapar dele

O nível de stresse e seus efeitos deletérios dependem da eficácia das medidas de enfrentamento apresentados pelos indivíduos em situações estressantes (LÁZARUS; FOLKMAN, 1984). Para Suls, David e Harvey (1996), o *coping* é concebido como um conjunto de estratégias utilizadas por indivíduos para se adaptarem a circunstâncias adversas.

Estudos anteriores têm investigado medidas de *coping*, adotadas por enfermeiras, para enfrentar o AM.

Entre as medidas de enfrentamento encontradas nos estudos, destacou-se: “Tentei corrigir a injustiça falando cara a cara com a pessoa envolvida” (YILDIRIM, A.; YILDIRIM, D., 2007; YILDIRIM, D.; YILDIRIM, A.; TIMUCIN, 2007; OZTURK et al., 2008). Para Teixeira (2005), o nebuloso, o não dito, tem de estar explicitado, discutido e verbalizado. Cabe ao sujeito buscar posicionar-se ou ajustar-se as situações perversas. Apenas reclamar e dizer que o problema e a solução estão nos outros, não resolve a situação. A solidariedade, a cooperação e o desejo de libertação da dominação são essenciais para o convívio humano dos sujeitos que exercem a enfermagem.

Para a jornalista Adams, uma das autoras do livro *Bullying at Work*, vítimas de assédio têm três opções: pedir demissão, consentir ou tomar medidas contrárias a ele. A autora ressalta que o apaziguamento não funciona. A única medida potencialmente eficaz para resolver este tipo de problema é tomar medidas contrárias, ou seja, ir à luta (MARTIN, 2000).

As seguintes atitudes mais frequentes foram “Trabalhei arduamente e mais organizadamente” e “Trabalhei com muito mais cautela, para evitar críticas” (YILDIRIM, A.; YILDIRIM, D., 2007; YILDIRIM, D.; YILDIRIM, A.; TIMUCIN, 2007). Este resultado sugere que as enfermeiras vivenciavam um sentimento de culpa pelo que estava acontecendo.

Culpar a vítima é uma estratégia útil que as organizações podem usar para evitar a responsabilidade por esse problema específico, bem como os ambientes insalubres e

estressantes (SPEEDY, 2006). Algumas vítimas chegam a acreditar que são responsáveis por tudo o que acontece a elas, devido às suas falhas e defeitos. Sendo assim, para o sujeito que estiver sofrendo, a primeira coisa a fazer é compreender o que está acontecendo (MARTIN, 2000). Porém, existe ainda muita dificuldade para a compreensão deste tema pelos profissionais de enfermagem, pois é um assunto que envolve a subjetividade do ser humano, o que confere invisibilidade ao fenômeno (THOFEHRN et al., 2008). Neste sentido, o entendimento dos termos *mobbing*, AM e *bullying* são valiosos, pois apontam e identificam o perseguidor, o assediador, o agressor, removendo a culpa da vítima (MARTIN, 2000).

Outra atitude de *coping* adotada foi “Compartilhei meu sofrimento com a família e amigos” (OZTURK et al., 2008). Vítimas de AM devem partilhar seu sofrimento com a família, amigos e colegas. Devem informar-se, conversar com outras vítimas, e buscar apoio psicológico. Além disso, devem pedir solução à organização ou sindicato do trabalho (OZTURK et al., 2008). Resultado de estudo evidenciou que o apoio no trabalho pareceu proteger as pessoas dos efeitos prejudiciais do AM (QUINE, 1999).

Algumas das vítimas mencionaram “Permaneci em silêncio” (OZTURK et al., 2008). Enfermeiros com medo de represálias podem aceitar este tipo de conduta, devido à própria cultura organizacional, na qual predomina a censura, fomentando a cultura do silêncio (HART; HAZELGROVE, 2001).

Neste sentido, Thomas (2003) argumenta que qualquer medida não será suficiente, se a condição opressiva continuar a existir, e aponta algumas estratégias de enfrentamento para lidar com o abuso verbal:

- Lembre-se de que você não é responsável pelos abusos. Você não merece ser insultado ou que gritem com você.
- Defina limites firmes sobre o comportamento abusivo, dizendo: "Não fale comigo dessa forma!".
- Peça aos colegas para apoiá-lo. Em algumas instituições, os enfermeiros utilizam um "sinal" especial como chamado, quando um colega está sendo agredido verbalmente: Todos vêm e se posicionam em apoio ao enfermeiro.
- Esteja ciente de que é possível deixar uma situação abusiva. Você não tem que ficar e suportar um comportamento inaceitável.
- Decida nunca permitir que um médico abuse verbalmente de você na presença de um paciente. Utilize os meios apropriados em seu trabalho para informar casos de assédio e intimidação.

Para Quine (2001), não intervir ou ficar passivo ao testemunhar colegas sendo vítimas de AM não é um ato neutro. Pelo contrário, esta atitude aumenta a probabilidade de repetição, reduzindo as relações de apoio social entre os membros da equipe, criando uma dinâmica favorável à disseminação do AM.

Diantes destas considerações, Teixeira (2005) argumenta que a solidariedade, a cooperação e o desejo de se libertar da dominação são essenciais para o convívio humano dos sujeitos que exercem a enfermagem.

Medidas eficazes de enfrentamento do AM no ambiente laboral são importantes. Contudo, não serão suficientes se não houver uma política organizacional que impeça este tipo de violência.

3.2.9 Assédio moral como parte da cultura organizacional

Embora haja uma preocupação com comportamentos negativos entre profissionais de saúde, muitas vezes eles não têm sido verificados, ou pior ainda, têm sido aceitos como parte do sistema. Ao não abordar estes comportamentos, as organizações silenciosamente os têm apoiado e reforçado (LONGO, 2010).

O que comanda tem, muitas vezes, uma necessidade de controlar tudo, que se manifesta por meio de um comportamento exaltado ou de controle, através do medo e da intimidação. Isso resulta num comportamento dominador, egocêntrico e insensível para com as necessidades dos outros (SPEEDY, 2006).

Para manter uma relação de controle e dominação, alguns se utilizam de estratégias no intuito de enfraquecer aquele que considera seu adversário, frustrando-o, degradando-o e fazendo-o sentir-se humilhado (OLIVEIRA; MIZUGUCHI; TANJI, 2007). A questão que complica é que essas pessoas disfuncionais são capazes de continuar com essas formas de comportamento, porque a estrutura organizacional em que trabalham permite, ou até mesmo promove, esse tipo de comportamento (SPEEDY, 2006).

Estudo com o objetivo de avaliar o AM entre enfermeiras docentes evidenciou que estas apresentaram escores elevados na dimensão “Efeitos da organização e administração”, apontando que a organização e as condições de trabalho predispõem a este tipo de violência. As autoras sugerem intervenções individuais e institucionais e recomendam que instituições

de ensino em enfermagem deveriam tomar precauções apropriadas para proteger os indivíduos, assim como construir uma atmosfera segura e confortável (OZTURK et al., 2008).

Estudo qualitativo com enfermeiras que sofreram AM revelou que redes de relacionamentos nas organizações podem influenciar a presença de AM, particularmente sob a forma de comportamentos antiéticos. Indivíduos se aproveitam indevidamente de sua posição organizacional para se ocupar de comportamentos que divergem de regras formais de conduta, com o intuito de obter poder pessoal ou vantagem política. Neste estudo, as enfermeiras relataram que este tipo de violência era manifestado por meio da intimidação, e que exigia a cooperação entre vários atores, dentro uma rede de alianças predatórias e que serviam de incentivo financeiro para os envolvidos.

Grupos mais antigos dentro da hierarquia institucional tinham grande influência, assegurando que a realidade da vida organizacional jamais se tornasse pública. Aqueles mais antigos nos locais de trabalho “fingiam que nada viam”, escondendo eventos do público em troca de vantagem política e, da mesma forma, “fingiriam que nada veriam” para condutas corruptas, impedindo o risco de exposição pública da organização e dos indivíduos envolvidos. Os comportamentos de AM tomaram forma institucionalizada, pois se tornaram habituais, não sendo formalmente reconhecidos e verificados (HUTCHINSON et al., 2009).

Para melhor compreensão do local de trabalho, é necessária a identificação dos relacionamentos e dos mecanismos que desenvolvem este tipo de conduta corrupta. Devem também ser consideradas as características individuais e sociais dos relacionamentos entre os autores, dentro das subculturas organizacionais, assim como as consequências prejudiciais que podem sofrer indivíduos e organização (HUTCHINSON et al., 2009).

Existem dois níveis de medidas que devem ser tomadas para se coibir, ou até mesmo erradicar o AM: o primeiro diz respeito às ações que as próprias empresas podem tomar, e o segundo, é uma compreensão mais abrangente das variáveis que motivam o fenômeno (HELOANI, 2003). Outras formas de prevenir seriam mudanças comportamentais de estilos de liderança e da humanização das relações de trabalho (PEIXOTO; PEREIRA, 2005). Em virtude disso, cabe aos empregadores adotarem políticas dentro das empresas, a fim de promover a proteção de seus funcionários e da própria instituição. A análise de como e por que a violência no trabalho é perpetrada, ajudará a entender a importância de sua erradicação (SPEEDY, 2006).

4 OBJETIVOS

São apresentados a seguir, quanto ao aspecto geral e aos específicos.

4.1 Objetivo geral

Analisar a presença do AM no ambiente de trabalho do enfermeiro.

4.2 Objetivos específicos

- Caracterizar a população em relação às variáveis sociais, demográficas e ocupacionais;
- identificar a parcela de enfermeiros assediados moralmente;
- verificar as condutas mais frequentes de AM às quais os enfermeiros estão expostos;
- identificar entre os enfermeiros fatores associados ao AM;
- avaliar a capacidade preditiva e adequação do modelo de regressão logística para previsão do AM entre enfermeiros.

5 MÉTODO

O método utilizado para o desenvolvimento deste estudo está descrito a seguir, disposto em seções, a fim de facilitar a compreensão.

5.1 Tipo de estudo

Estudo descritivo-exploratório, transversal, de abordagem quantitativa. Segundo Cervo e Bervian (1996), este tipo de estudo reúne características que contribuem para a identificação dos fatores determinantes de fenômenos ou eventos, em sua frequência e distribuição, num período e local específico.

5.2 Local do estudo

Estudo desenvolvido no município de Maringá, localizado na região Noroeste do Estado do Paraná, com área total de 488 km² e uma população estimada em 335.511 mil habitantes. Conta com 150 estabelecimentos de saúde, dos quais 119 (79,33%) são do setor privado, e 31 (20,67%) do setor público (IBGE, 2008).

5.3 População

Fizeram parte da população enfermeiros atuantes no município de Maringá. Foram selecionados todos os estabelecimentos de saúde do município em que atuava, pelo menos, um enfermeiro.

Compuseram o estudo enfermeiros que atuavam nos seguintes serviços:

- 2 hospitais públicos (Hospital Municipal e Hospital Universitário);
- 11 hospitais privados;

- 22 unidades de saúde pública (apenas enfermeiros de 8 unidades não fizeram parte da pesquisa, devido a não autorização por parte de seus diretores);
- 5 serviços públicos (Secretaria Municipal de Saúde, Regional de Saúde, 5º Batalhão de Bombeiros de Maringá, Penitenciária);
- 20 serviços de saúde privados (Clínicas, Bancos de sangue, Casas de Saúde, Serviços beneficentes, Planos de Saúde).

5.4 Amostragem

Os participantes incluídos neste estudo foram selecionados a partir de uma população de 426 enfermeiros, população esta considerada durante o recrutamento dos sujeitos (março-abril) atuantes em diversos estabelecimentos do setor público e privado.

Foram considerados, como critérios de inclusão: enfermeiros atuantes em instituições públicas e privadas, que aceitaram informar via telefone seu endereço eletrônico ou postal, e que posteriormente aceitaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) eletrônico (Figuras 2 e 3) ou assinaram o TCLE impresso (APÊNDICE A). Os critérios de exclusão foram: enfermeiros que participaram do teste piloto ou que no momento da coleta estavam de férias, licença saúde, licença prêmio, licença maternidade ou outras e se recusaram a participar do estudo.

Para o cálculo da amostra foi utilizado o software estatístico Statdisk 4, considerando uma população de 426 enfermeiros. Os parâmetros utilizados para o cálculo da amostra consideraram um nível de confiança de 95% e erro de estimação permitido de 5%, resultando no tamanho da amostra calculado em 202 enfermeiros. Foram sorteados 230 sujeitos para compor a amostra. O processo de amostragem foi o aleatório simples, desenvolvido por meio do software BioEstat 2.0.

5.5 Instrumentos

Foi utilizado um questionário sócio-demográfico-ocupacional (APÊNDICE B) construído para esta investigação, com objetivo de obter informações pessoais do enfermeiro, bem como dados referentes ao seu trabalho.

Outro instrumento utilizado para identificar trabalhadores assediados e não assediados moralmente foi o *Leymann Inventory Psychological Terrorization* (LIPT-45) (ANEXO A), criado por Leymann e Tallgren (1989) e traduzido e adaptado para o uso no Brasil por Barreto (2005 apud BRADASCHIA, 2007). Esse instrumento é composto por 45 perguntas, representativas de diferentes comportamentos de AM no ambiente de trabalho, dividido em cinco dimensões: 1) atividades de assédio para reduzir as possibilidades de a vítima se comunicar de forma adequada com outras pessoas, incluindo o próprio assediador; 2) atividades de assédio para evitar que a vítima tenha a possibilidade de manter contatos sociais; 3) atividades de assédio dirigidas a desacreditar a vítima a manter sua reputação pessoal ou profissional; 4) atividades de assédio com o objetivo de menosprezar o trabalho feito pela vítima e sua empregabilidade, mediante descrédito profissional; 5) atividades de assédio que afetam a saúde física ou psíquica da vítima.

Para verificar a prevalência de enfermeiros assediados, foram utilizados os critérios de Heinz Leymann, ou seja, o indivíduo deve ter sofrido nos últimos doze meses pelo menos um entre os 45 critérios apresentados no instrumento LIPT-45, ocorrido pelo menos uma vez por semana ou mais, durante o período mínimo de seis meses.

Estudos anteriores têm utilizado os critérios de Hirigoyen (2009) para identificar vítimas de AM no trabalho, ao considerarem a percepção do trabalhador em relação a sentir-se vítimas de assédio. Desta forma, acrescentou-se, ao final do instrumento, uma questão que identifica a percepção do sujeito em relação a sentir-se assediado, com a finalidade de comparação com os demais estudos.

Foram acrescentadas também ao instrumento LIPT-45, traduzido por Barreto (2005), algumas questões, a fim de se identificar o tempo e a frequência das condutas, por quantas pessoas o sujeito foi agredido, quem são os agressores e verificar se o sujeito testemunhou alguém no trabalho vítima de condutas de assédio.

5.6 Aspectos éticos

Inicialmente, foi encaminhada uma cópia do Projeto de Pesquisa ao Centro de Capacitação Permanente em Saúde (CECAPS) - (órgão responsável pelas instituições municipais) e 5º Batalhão de Bombeiros de Maringá.

Foi solicitado também ao Departamento de Recursos Humanos da UEM o endereço eletrônico institucional dos enfermeiros atuantes no Hospital Universitário da UEM (ANEXO D).

Após a apreciação e obtenção da autorização dos responsáveis, o projeto foi encaminhado e aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa – COPEP da Universidade Estadual de Maringá (UEM) (Parecer 003/2010) (ANEXO E).

Somente após obtenção da autorização do Comitê de Ética e Pesquisa, os enfermeiros foram contatados via telefone para participarem da pesquisa. Aos enfermeiros que aceitaram foi solicitado seu endereço eletrônico e aos que não o possuíam, foi solicitado o endereço postal.

O procedimento em relação ao TCLE eletrônico (Figuras 2 e 3) foi estabelecido de acordo com pesquisa realizada por Rocha (2009). Somente enfermeiros que adentraram o ambiente de pesquisa, por meio de senha personalizada, tiveram acesso a uma tela contendo o TCLE e dois botões indicando “aceito” e “não aceito”. Os enfermeiros que clicaram o botão “aceito” tiveram acesso aos questionários.

Ao final do preenchimento dos instrumentos, houve novo momento de decisão para envio dos questionários respondidos, clicando o botão de envio, o que confirmava o aceite de sua participação. Após salvar as respostas em um banco de dados, ao final da pesquisa, o formulário eletrônico gerava uma página de confirmação e agradecimento ao participante, além de um código numérico, que seria útil para ele comunicar-se com o pesquisador, em caso de desistência, conforme esclarecido no TCLE.

Aos enfermeiros que não tinham e-mail ou optaram pelo questionário impresso, foi enviado via correio, ou entregue em mãos, o TCLE, acompanhado da carta de apresentação da pesquisa e do questionário impresso. Juntamente com o questionário enviado por correio, foi anexado a este um envelope pré-pago, já endereçado à pesquisadora.

5.7 Preparação do ambiente de pesquisa

Foi solicitada à coordenação do Programa de Pós Graduação em Enfermagem (PSE) da UEM, à qual a orientadora está vinculada, a autorização para a hospedagem da pesquisa na página do programa, pois a estruturação da pesquisa dentro da página do Programa de

Mestrado em Enfermagem da UEM seria um fator de promoção de credibilidade, podendo influir na decisão de participação por parte dos enfermeiros convidados.

Foi solicitado também ao Núcleo de Processamento de Dados (NPD) da UEM um domínio na página de PSE, para a estruturação da pesquisa no sistema.

Os instrumentos da pesquisa foram convertidos em formato eletrônico, já que a principal forma de coleta de dados desta pesquisa foi via web. O objetivo da escolha por esse método de coleta de dados foi evitar a aplicação do instrumento de coleta de dados no local de trabalho, o que poderia constranger o depoente, comprometendo a fidedignidade dos dados. Além do mais, a presença do entrevistador poderia interferir no processo.

Entre as vantagens da coleta de dados via web, destacam-se a facilidade para discussão de temas delicados e de difícil abordagem (RHODES; BOWIE; HERGENRATHER, 2003), além de inúmeras outras vantagens, como capacidade de transpor barreiras geográficas (RHODES; BOWIE; HERGENRATHER, 2003; BIRNBAUM, 2004); abordagem de populações antes inacessíveis com metodologias tradicionais (RHODES; BOWIE; HERGENRATHER, 2003); redução na perda de informações, ocorridas devido ao não preenchimento ou preenchimento incorreto de questões no questionário, pois neste tipo de coleta é necessária a conclusão de todas as questões para que a submissão do questionário tenha êxito (RHODES; BOWIE; HERGENRATHER, 2003).

Os dados podem ser automaticamente salvos em banco de dados e prontos para análise (BIRNBAUM, 2004). Além disso, a entrada automática dos dados em um banco de dados garante a inexistência de erros de digitação (RHODES; BOWIE; HERGENRATHER, 2003). O entrevistado não se limita a horário e local específico para participação, podendo escolher o horário e o local de sua conveniência (RHODES; BOWIE; HERGENRATHER, 2003). Somados a todas essas vantagens, ainda há a diminuição do custo com papéis, impressão, digitadores e treinamento dos entrevistadores (RHODES; BOWIE; HERGENRATHER, 2003; BIRNBAUM, 2004).

Contudo, existem algumas limitações neste método de coleta, já que o público-alvo fica restrito àquelas pessoas com acesso a computador conectado à internet e com intimidade suficiente para navegar no ambiente web, comprometendo a representatividade amostral (ZHANG, 1999; BIRBAUM, 2004; FREITAS et al., 2006).

Neste sentido, para que a pesquisa não se limitasse apenas a enfermeiros com este perfil e comprometesse a representatividade amostral, aos sujeitos selecionados que não tinham endereço eletrônico e/ou acesso a internet ou não se sentiam confortáveis com o questionário eletrônico, foi oferecido o questionário impresso, enviado por correio,

acompanhado de envelope pré-pago, ou levado pessoalmente, em local pré-estabelecido pelo sujeito.

5.8 Desenvolvimento do sistema de pesquisa via web

O sistema de pesquisa via web foi implementado seguindo as disposições apresentadas no TCLE desenvolvido por meio de linguagem *Hypertext Preprocessor* (PHP), com interface estilizada através de *Cascading Style Sheets* (CSS) e *HyperText Mark up Language* (HTML), uso de banco de dados *Structured Query Language* (SQL), e validação dos campos com biblioteca javascript *Adobe Spry* versão 1.6.1.

A escolha destas tecnologias para o desenvolvimento do sistema ocorreu pelo conhecimento das funcionalidades das linguagens por parte dos desenvolvedores, facilidade de gravação e gerenciamento dos dados, compatibilidade com o servidor disponibilizado e independência de recursos extras nas máquinas dos usuários.

A estrutura do sistema visou facilitar a seletividade ao processo de coleta de dados por meio da acessibilidade e privacidade aos participantes, propiciada pelo acesso através da internet, garantindo a qualidade das respostas pelo uso de processos de validação e evitando replicação das amostras através de senhas de acesso únicas a cada usuário. A dinâmica de funcionamento no quesito seletividade da amostra foi efetuada através da geração de uma senha específica, atribuída ao login de cada usuário, que perdia sua validade após submissão do questionário, impedindo a super-representatividade dos dados. Com a finalidade de garantir o anonimato do sujeito, não foram correlacionados os seus e-mails aos respectivos questionários ou banco de dados.

Após o envio do questionário, os dados do respondente eram automaticamente salvos no MySQL 4.1, um banco de dados comum a todos sujeitos. Para os coordenadores da pesquisa foi desenvolvido um painel de controle para o acompanhamento do processo, juntamente com o envio de relatórios referentes ao fluxo de acesso ao sistema.

Com o objetivo de aumentar a taxa de retorno, foi criado um sistema lembrete para a participação. Uma vez por semana o sistema enviava, aos não respondentes, um e-mail contendo seus dados de acesso para participar da pesquisa.

5.9 Teste piloto

Antes da aplicação do questionário eletrônico, foi realizado um teste piloto com 27 enfermeiros, pertencentes a uma população de 44 pós-graduandos do PSE das turmas de 2009 e 2010, a fim de detectar eventuais deficiências no instrumento sócio-demográfico-ocupacional e *layout* da pesquisa. Diversas alterações foram sugeridas pelos usuários, em relação à disposição e ao formato das páginas.

Observadas as sugestões, o modelo final ficou disposto em quatro páginas. A primeira (Figura 2), de acesso ao ambiente de pesquisa, era composta de dois campos para a inserção do nome do usuário (e-mail) e senha individual, recebida automaticamente por e-mail do sistema.

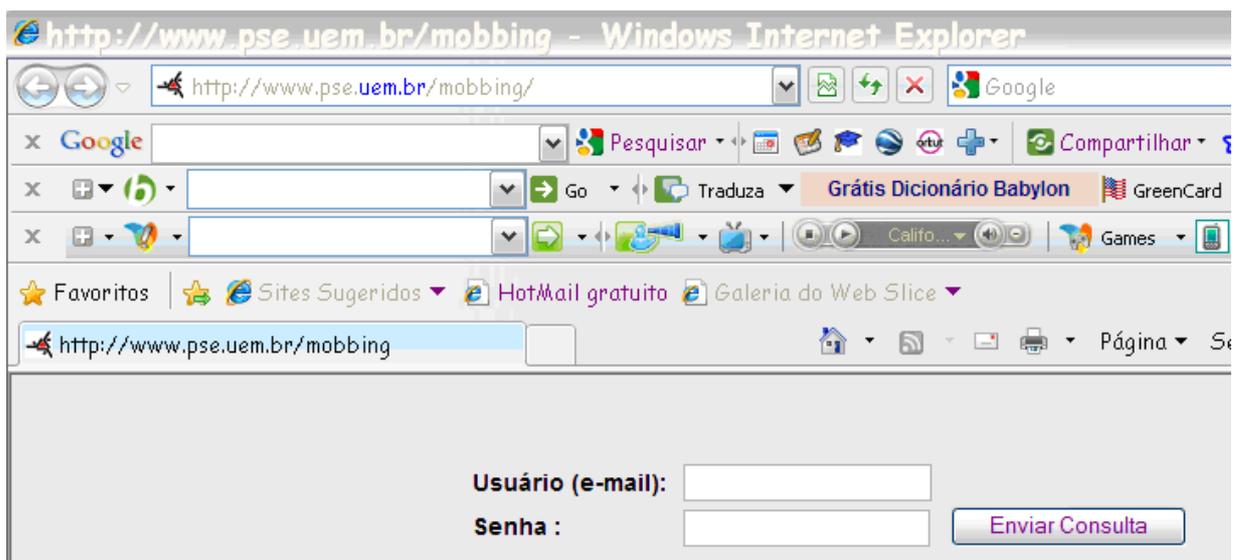


Figura 2 – Página de acesso ao ambiente de pesquisa.

Realizado o login, o sistema permitia o acesso à segunda página (Figuras 3 e 4), com o TCLE.

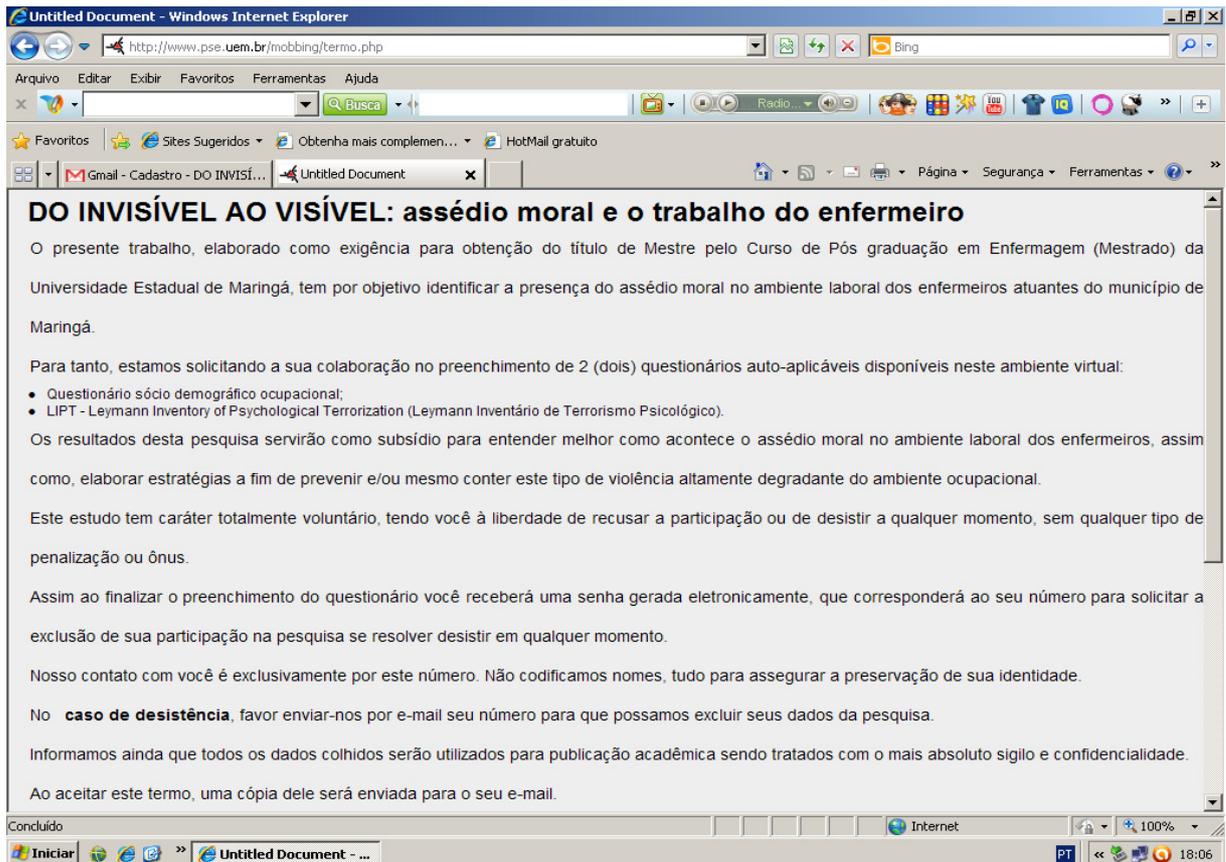


Figura 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Eletrônico (1/2).

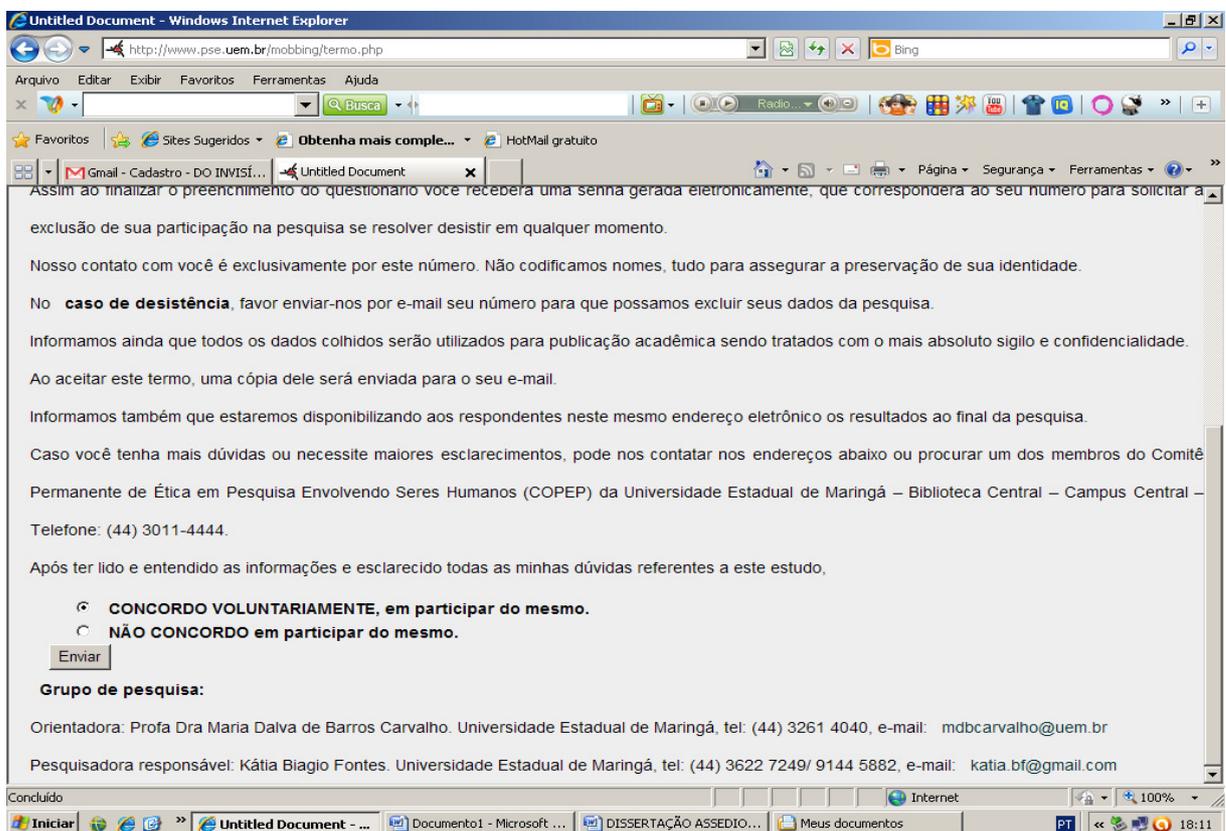
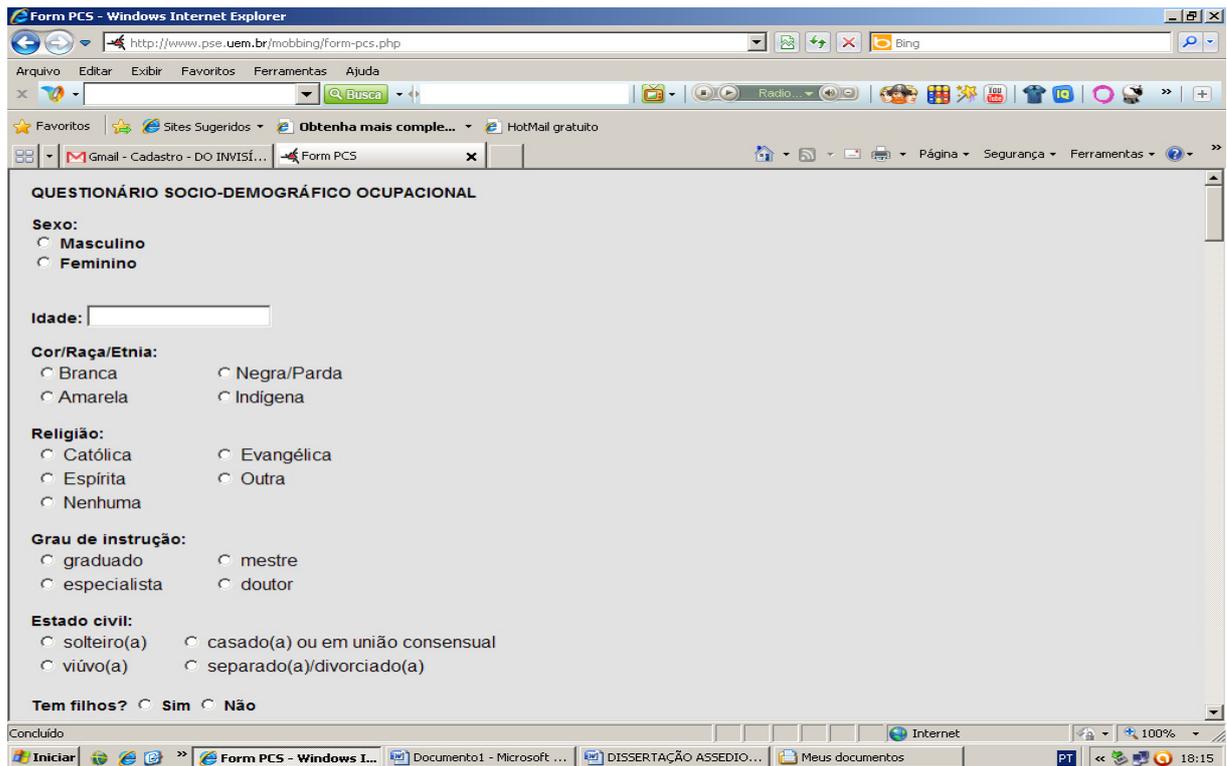


Figura 4 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Eletrônico (2/2).

Após a leitura do TCLE, em caso de aceite bastava clicar no botão “enviar”, localizado no inferior da tela e automaticamente ele adentraria no ambiente de pesquisa, onde seria direcionado à terceira página, contendo o instrumento sócio-demográfico-ocupacional eletrônico (Figuras 5-9) e o LIPT-45 eletrônico (Figuras 10-14).

Ambos os instrumentos foram estruturados na mesma página, bastando ao pesquisado clicar na barra de rolagem para a visualização de todo o instrumento.



The image shows a screenshot of a web browser window titled "Form PCS - Windows Internet Explorer". The address bar displays the URL "http://www.pse.uem.br/mobbing/form-pcs.php". The browser's menu bar includes "Arquivo", "Editar", "Exibir", "Favoritos", "Ferramentas", and "Ajuda". The toolbar contains various icons for navigation and search. The main content area displays a questionnaire titled "QUESTIONÁRIO SOCIO-DEMOGRÁFICO OCUPACIONAL". The form includes several sections with radio button options and a text input field:

- Sexo:**
 - Masculino
 - Feminino
- Idade:** [Text input field]
- Cor/Raça/Etnia:**
 - Branca
 - Negra/Parda
 - Amarela
 - Indígena
- Religião:**
 - Católica
 - Evangélica
 - Espírita
 - Outra
 - Nenhuma
- Grau de instrução:**
 - graduado
 - mestre
 - especialista
 - doutor
- Estado civil:**
 - solteiro(a)
 - casado(a) ou em união consensual
 - viúvo(a)
 - separado(a)/divorciado(a)
- Tem filhos?** Sim Não

The browser's taskbar at the bottom shows the "Iniciar" button, several open applications including "Form PCS - Windows I...", "Documento1 - Microsoft ...", "DISSERTAÇÃO ASSEDIO...", and "Meus documentos", and the system clock showing "18:15".

Figura 5 – Questionário sócio-demográfico-ocupacional eletrônico (1/5).

Form PCS - Windows Internet Explorer
 http://www.pse.uem.br/mobbing/form-pcs.php

Arquivo Editar Exibir Favoritos Ferramentas Ajuda

Obtenha mais comple... HotMail gratuito

Tempo de atuação como enfermeiro(a):

menos de 1 ano

1 a 3 anos 4 a 6 anos

7 a 9 anos 10 a 12 anos

13 a 15 anos 16 a 18 anos

19 a 21 anos mais de 22 anos

Possui mais de um emprego?

Sim

Não

Dados do emprego 1

Tipo de instituição:

Pública

Privada

Regime:

Efetivo

Contratado

Outro

Tempo de trabalho na instituição:

menos de 1 ano

1 a 3 anos 4 a 8 anos

9 a 15 anos mais de 15 anos

Área:

Concluído

Internet 100%

Iniciar Form PCS - Windows I... Documento1 - Microsoft ... DISSERTAÇÃO ASSEIDIO... Meus documentos 18:19

Figura 6 – Questionário Sócio-demográfico-ocupacional (2/5).

Form PCS - Windows Internet Explorer
 http://www.pse.uem.br/mobbing/form-pcs.php

Arquivo Editar Exibir Favoritos Ferramentas Ajuda

Obtenha mais comple... HotMail gratuito

9 a 15 anos mais de 15 anos

Área:

Hospitalar Clínica

Unidade de Saúde pública Outros

Função:

Gerente de Enfermagem

Enfermagem Assistencial

Enfermagem administrativa

Outra

Turno de trabalho:

diurno

noturno

Remuneração:

até 1.500,00 reais

1.500,00 a 2.000,00 reais

2.000,00 a 2.500,00 reais

mais de 2.500,00 reais

Dados do emprego 2

(preencha os dados abaixo somente se você tiver mais de um emprego)

Concluído

Internet 100%

Iniciar Form PCS - Windows I... Documento1 - Microsoft ... DISSERTAÇÃO ASSEIDIO... Meus documentos 18:21

Figura 7 – Questionário Sócio-demográfico-ocupacional eletrônico (3/5).

Form PCS - Windows Internet Explorer

http://www.pse.uem.br/mobbing/form-pcs.php

Arquivo Editar Exibir Favoritos Ferramentas Ajuda

Favoritos Sites Sugeridos Obtenha mais comple... HotMail gratuito

Gmail - Cadastro - DO INVISÍ... Form PCS

Dados do emprego 2

(preencha os dados abaixo somente se você tiver mais de um emprego)

Tipo de instituição:

- Não possuo segundo emprego
- Pública
- Privada

Regime:

- Não possuo segundo emprego
- Efetivo
- Contratado
- Outro

Tempo de trabalho na instituição:

- Não possuo segundo emprego
- 1 a 3 anos
- 9 a 15 anos
- menos de 1 ano
- 4 a 8 anos
- mais de 15 anos

Área:

- Hospitalar
- Unidade de Saúde Pública
- Não possuo segundo emprego
- Clínica
- Outros

Concluído

Iniciar Form PCS - Windows I... Documento1 - Microsoft ... DISSERTAÇÃO ASSEDIO... Meus documentos 18:22

Figura 8 – Questionário Sócio-demográfico-ocupacional eletrônico (4/5).

Form PCS - Windows Internet Explorer

http://www.pse.uem.br/mobbing/form-pcs.php

Arquivo Editar Exibir Favoritos Ferramentas Ajuda

Favoritos Sites Sugeridos Obtenha mais comple... HotMail gratuito

Gmail - Cadastro - DO INVISÍ... Form PCS

INVENTÁRIO LEYMANN DE PSICOTERRORISMO NO TRABALHO

A seguir, seque uma lista composta de 45 itens constando situações e condutas de assédio moral que você pode ter sofrido ou estar

Função:

- Não possuo segundo emprego
- Gerente de enfermagem
- Enfermagem assistencial
- Enfermagem administrativa
- Outra

Turno de trabalho:

- Não possuo segundo emprego
- diurno
- noturno

Remuneração:

- Não possuo segundo emprego
- até 1.500,00
- 1.500,00 a 2.000,00
- 2.000,00 a 2.500,00
- mais de 2.500,00

Concluído

Iniciar Form PCS - Windows I... Documento1 - Microsoft ... DISSERTAÇÃO ASSEDIO... Meus documentos 18:23

Figura 9 – Questionário Sócio-demográfico-ocupacional eletrônico(5/5).

Form PCS - Windows Internet Explorer

http://www.pse.uem.br/mobbing/form-pcs.php

Arquivo Editar Exibir Favoritos Ferramentas Ajuda

Busca

Favoritos Sites Sugeridos Obtenha mais comple... HotMail gratuito

Gmail - Cadastro - DO INVISI... Form PCS

INVENTÁRIO LEYMANN DE PSICOTERRORISMO NO TRABALHO

A seguir, segue uma lista composta de 45 itens constando situações e condutas de assédio moral que você pode ter sofrido ou estar sofrendo em seu local de trabalho **nos últimos 12 meses**. Leia cada questão atentamente. Em caso positivo, favor selecionar o(s) item (ns) da questão proposta.

1 - Atividades de assédio para reduzir as possibilidades da vítima de se comunicar de forma adequada com outras pessoas, incluindo o próprio assediador:

- Seu chefe ou agressor não permite que você se comunique.
- O seu agressor te interrompe continuamente quando fala.
- Os companheiros te impedem de se expressar.
- Os companheiros gritam, xingam ou te ofendem.
- Você recebe ataques verbais criticando trabalhos realizados.
- Você recebe críticas de sua vida privada.
- Você recebe ameaças verbais.
- Você recebe ameaças por escrito.
- Você é isolado (a) (evitando o contato visual, mediante gestos de desdém ou menosprezo, etc.)
- Você é ignorado (a), por exemplo se dirigem exclusivamente a terceiros (como se não te visse(m) ou se você não existisse).

2 - Atividades de assédio para evitar que a vítima tenha a possibilidade de manter contatos sociais:

- Não falam nunca com você.
- Não permitem que você fale com outras pessoas.
- Você recebe um posto de trabalho onde você está isolado (a) do contato com outros companheiros.
- Proíbem que seus colegas falem com você.
- Impedem sua presença física.

3 - Atividades de assédio dirigidas a desacreditar a vítima a manter sua reputação pessoal ou profissional:

Figura 10 – LIPT-45 eletrônico (1/5).

Form PCS - Windows Internet Explorer

http://www.pse.uem.br/mobbing/form-pcs.php

Arquivo Editar Exibir Favoritos Ferramentas Ajuda

Busca

Favoritos Sites Sugeridos Obtenha mais comple... HotMail gratuito

Gmail - Cadastro - DO INVISI... Form PCS

Impedem sua presença física.

3 - Atividades de assédio dirigidas a desacreditar a vítima a manter sua reputação pessoal ou profissional:

- Você é alvo de rumores ou calúnias.
- Espalham rumores orquestrados pelo agressor.
- Você é alvo de ridicularizações.
- Dizem que você tem uma doença mental.
- Pretendem forçar-me a fazer um exame ou diagnóstico psiquiátrico.
- Inventam uma suposta doença.
- Imitam seus gestos, sua postura, sua voz para poder te ridicularizar.
- Atacam suas crenças políticas ou religiosas.
- Fazem piadas de sua vida privada.
- Fazem piadas de suas origens ou nacionalidade.
- Você é obrigado a fazer um trabalho humilhante.
- Você é monitorado ou monitoram seu trabalho de maneira mal intencionada.
- Questionam as decisões que você toma.
- Você é alvo de agressões obscenas ou degradantes.
- Você é alvo de assédio sexual com gestos ou propostas.

4 - Atividades de assédio com o objetivo de diminuir o trabalho feito pela vítima e sua empregabilidade mediante descrédito profissional:

- Não lhe passam nenhum trabalho.
- Você é privado de qualquer atividade
- Você recebe tarefas inúteis ou absurdas.
- Você recebe tarefas muito inferiores a sua capacidade ou competência profissional.
- Você recebe novas tarefas o tempo todo

Figura 11 – LIPT-45 eletrônico (2/5).

Form PCS - Windows Internet Explorer
 http://www.pse.uem.br/mobbing/form-pcs.php

Arquivo Editar Exibir Favoritos Ferramentas Ajuda

Busca

Favoritos Sites Sugeridos Obtenha mais comple... HotMail gratuito

Gmail - Cadastro - DO INVISÍ... Form PCS

Você recebe tarefas inúteis ou absurdas.
 Você recebe tarefas muito inferiores a sua capacidade ou competência profissional.
 Você recebe novas tarefas, o tempo todo.
 Você recebe tarefas humilhantes.
 Você recebe tarefas que exigem uma experiência superior as suas competências profissionais.

5 - Atividades de assédio que afetam a saúde física ou psíquica da vítima:

Você é obrigado (a) a realizar trabalhos perigosos ou especialmente nocivos à saúde.
 Você recebe ameaças físicas.
 Você é alvo de agressões físicas, mas sem gravidade, a título de advertência.
 Você é alvo de agressões físicas.
 Os agressores te ocasionam gastos, com a intenção voluntária de te prejudicar.
 Causam danos em seu posto de trabalho ou domicílio.
 Você é alvo de agressões sexuais.

6 - Com que frequência você enfrentou uma ou mais destas situações anteriores (questões 1 a 5) nos últimos 12 meses?

Todos os dias.
 Mais de uma vez por semana.
 Pelo menos uma vez por semana.
 Pelo menos uma vez por mês.
 Raramente.

Assinale alguma alternativa acima somente se vc sofreu uma das situações anteriores .

Atualmente, você ainda enfrenta uma ou mais dessas situações?

Concluído

Iniciar Form PCS - Windows I... Documento1 - Microsoft ... DISSERTAÇÃO ASSEDI... Meus documentos

Figura 12 – LIPT-45 eletrônico (3/5).

Form PCS - Windows Internet Explorer
 http://www.pse.uem.br/mobbing/form-pcs.php

Arquivo Editar Exibir Favoritos Ferramentas Ajuda

Busca

Favoritos Sites Sugeridos Obtenha mais comple... HotMail gratuito

Gmail - Cadastro - DO INVISÍ... Form PCS

Atualmente, você ainda enfrenta uma ou mais dessas situações?

Sim
 Não

Há quanto tempo você enfrenta uma ou mais dessas situações?

0 anos e 0 meses

7 - Por quantas pessoas você foi agredido por alguma destas situações?

uma pessoa
 2 a 4 pessoas
 mais de 4 pessoas
 Nenhuma das alternativas

8 - Quem é ou quem são seus agressores:

um colega
 um conjunto de colegas
 seu superior hierárquico
 seu superior contra você e seus colegas
 um subordinado
 o conjunto de subordinados

Concluído

Iniciar Form PCS - Windows I... Documento1 - Microsoft ... DISSERTAÇÃO ASSEDI... Meus documentos

Figura 13 – LIPT-45 eletrônico (4/5).

The screenshot shows a web browser window titled "Form PCS - Windows Internet Explorer". The address bar shows the URL "http://www.pse.uem.br/mobbing/form-pcs.php". The browser interface includes a menu bar (Arquivo, Editar, Exibir, Favoritos, Ferramentas, Ajuda), a search bar, and a toolbar with various icons. The main content area displays a questionnaire in Portuguese. At the top, a red instruction reads: "Essa questão é de multipla escolha. Caso nenhuma das alternativas se encaixe na sua situação, tem a opção de deixá-la em branco." Below this, the question asks: "Seu agressor ou seus agressores são:" followed by four radio button options: "homem(s)", "mulher(es)", "os dois", and "Nenhuma das alternativas". The next question is: "9 - Você presenciou alguém no seu trabalho sendo alvo das situações e/ou condutas anteriores nos ultimos 12 meses?" with options "Sim" and "Não". The final question is: "10 - Para terminar, você se sente assediado moralmente em seu trabalho neste momento?" with options "Sim" and "Não". A source note at the bottom states: "Fonte: Leymann Inventory of Psychological Terrorization de Leymann e Tallgren (1989) tradução de Barreto (2005) apud Bradaschia (2007). A partir da questão 5, foram acrescentadas algumas questões para atingir os objetivos propostos por este estudo." Below the source note is an "Enviar" button and a red warning: "Atenção: O envio será bem sucedido apenas se todas as perguntas forem respondidas,confira suas respostas caso a tela não mude após clicar em enviar." The browser's taskbar at the bottom shows several open applications, including "Form PCS - Windows I...", "Documento1 - Microsoft ...", "DISSERTAÇÃO ASSEDIO...", and "Meus documentos". The system tray shows the time as 18:27.

Figura 14 – LIPT-45 eletrônico (5/5).

Na parte inferior da página havia um botão escrito “enviar”. Após clicar este botão, era gerada e enviada uma cópia do TCLE e do questionário ao e-mail do participante, contendo seus dados. O envio do questionário somente teria êxito se o pesquisado respondesse todas as questões.

Era aberta então, a quarta e última página, de confirmação de participação (Figura 15), contendo o agradecimento pela participação na pesquisa, telefone dos pesquisadores para contato e novamente sua senha secundária, útil no caso de desistência.



Figura 15 – Página de confirmação de participação.

5.10 Recrutamento dos sujeitos

Após autorização do COPEP, os enfermeiros foram contatados via telefone e seu endereço eletrônico ou postal solicitado para o envio do e-mail/convite para participar da pesquisa.

Nas demais instituições privadas, o primeiro contato foi com o enfermeiro gerente ou outro responsável do Departamento de Recursos Humanos. Depois de esclarecidos os propósitos da pesquisa, obteve-se o número de enfermeiros por estabelecimento. De posse desta informação, entrou-se em contato diretamente com os enfermeiros, via telefone, esclarecendo os objetivos da pesquisa e solicitando seus endereços eletrônicos ou postais.

Na Tabela 1 são apresentados o número de enfermeiros atuantes por estabelecimento conforme setor e área de atuação profissional.

Tabela 1 – Enfermeiros atuantes nos estabelecimentos, de acordo com setor e área de atuação. Maringá – PR, 2010.

Instituições	N	Férias ou Licença	Não aceitaram	População
2 Hospitais públicos	101	5	-	96
22 Unidades de saúde pública	71	3	1	67
5 Outros serviços públicos	42	1	6	35
11 Hospitais privados	159	4	5	150
20 Outros serviços privados	53	-	3	50
Total	426	13	15	388*

* Ao considerar que 10 enfermeiros atuavam em duas das instituições pesquisadas, totalizou-se uma população de 388 sujeitos.

Durante o recrutamento dos sujeitos via telefone, 13 encontravam-se de férias ou licença, 15 não aceitaram informar seu endereço eletrônico ou postal. Verificou-se também que 10 enfermeiros trabalhavam em mais de uma instituição pesquisada, restando uma população de enfermeiros de 388 sujeitos.

Em posse dos endereços eletrônicos dos enfermeiros, foi enviado a todos um e-mail convite/apresentação (APÊNDICE C), esclarecendo os propósitos da pesquisa. Foi então realizado procedimento aleatório, a fim de selecionar os 230 enfermeiros que fariam parte da amostra.

5.11 Coleta de dados

Aos 230 enfermeiros sorteados foi enviado um E-mail Aviso (APÊNDICE D), informando que seu endereço eletrônico seria cadastrado no ambiente de pesquisa, e esclarecimentos sobre como proceder. Em anexo também foi enviado um Manual de Apoio (APÊNDICE E), contendo informações caso o sujeito apresentasse dificuldades para a participação.

Após esta etapa, os selecionados tiveram seus e-mails cadastrados no ambiente de pesquisa, que automaticamente direcionava um e-mail (Figura 16) ao endereço eletrônico do sujeito selecionado, contendo senha personalizada de acesso, link de endereço da pesquisa e senha secundária, útil caso o sujeito decidisse por desistir de participar do estudo. Bastava ele direcionar a senha secundária por e-mail à pesquisadora, que prontamente efetuava a exclusão do cadastro do seu endereço eletrônico no sistema.

Cadastro efetuado com sucesso.

Seu usuário é: katia.bf@gmail.com
Sua senha é: bcyDCxA6

Sua senha secundária para excluir a pesquisa é: AYZzx0z1

Você tem o direito de desistir da pesquisa a qualquer momento. Se acaso você participar e optar por desistir, nos envie por gentileza por e-mail a senha secundária para que possamos excluir sua participação.

Para responder a pesquisa, acesse: <http://www.pse.uem.br/mobbing>
FQUJPF PSF

Figura 16 – E-mail direcionado após cadastro do endereço eletrônico do sujeito no sistema.

Aos enfermeiros que não tinham e-mail, foram enviados impressos por correio postal: a Carta Convite/Apresentação (APÊNDICE F), o TCLE (APÊNDICE A), o Questionário Sócio-demográfico-ocupacional (APÊNDICE B) e o LIPT-45 (ANEXO A), acompanhados de envelope pré-pago e endereçado à pesquisadora.

Depois de cadastrados os endereços eletrônicos no sistema, novamente se realizava contato telefônico com os sujeitos, informando o seu cadastro. Uma vez por semana também era enviado, automaticamente, pelo sistema, um e-mail lembrete à participação. Ao final do período de vinte dias era realizada a exclusão do e-mail dos enfermeiros não respondentes. Consequentemente, suas senhas de acesso à pesquisa perdiam a validade.

Realizava-se novo procedimento aleatório, em substituição aos enfermeiros excluídos, e assim sucessivamente, até a obtenção da amostra.

A coleta de dados iniciou-se no mês de maio/2010 prosseguindo até a primeira quinzena de setembro/2010.

Uma vez ao mês enviava-se aos pesquisados um relatório por e-mail contendo os resultados preliminares da pesquisa.

5.12 Análise e processamento de dados

A formatação eletrônica dos dados gerados pelo instrumento eletrônico permitiu sua organização e armazenamento, gerando arquivos que puderam ser transferidos para o formato Excel e analisados quantitativamente, utilizando-se de programas estatísticos específicos. Os dados dos instrumentos impressos foram digitados para uma planilha Excel.

Os dados foram organizados em tabelas com frequências absolutas e percentuais.

Para as comparações univariadas foi utilizado o Teste Qui-quadrado de *Pearson* e o *Fisher*, considerando como variável resposta o AM. Em todas as análises o nível de significância foi fixado em $p \leq 0,05$, considerando o intervalo de confiança de 95% para todos os testes.

Para a análise e interpretação dos resultados foram utilizados os *Softwares Statistica 8.0* e o *Statistical Analysis System (SAS 9.1)*.

Para identificar os fatores associados ao AM, foi construído um modelo de regressão logística por meio de análise multivariada. Nesta etapa, cada uma das variáveis independentes categorizadas foi analisada com a variável resposta. Com o objetivo de ampliar o modelo de análise, aquelas que alcançaram, na análise bivariada, um valor de $p \leq 0,30$, conforme preconizado por Hosmer e Lemeshow (2000), foram selecionadas para a entrada no modelo logístico.

Para a seleção de fatores foram construídos modelos pelos métodos *Forward* e o *Backward Stepwise*. A adequação dos modelos foi avaliada segundo Cordeiro e Demétrio (2007). Conforme o referido teste, o modelo *Backward* apresentou maior adequação, quando comparado ao modelo *Forward*.

Com o objetivo de avaliar a capacidade preditiva e adequação do modelo para previsão do AM, construiu-se a Curva ROC (*Receiver-Operating Characteristics*), obtendo-se as medidas de sensibilidade, especificidade, valor preditivo negativo e positivo e área abaixo da Curva ROC.

Para melhor visualização e determinação do ponto de corte na Curva ROC, a partir da maximização dos valores de sensibilidade e especificidade foi construído um gráfico denominado de Curva TG-ROC (*Two-Graph Receiver Operating Characteristic*) como uma forma alternativa de demonstrar o desempenho do modelo e auxiliar na escolha do ponto de corte ótimo (GREINER; SOHR; GOBEL, 1995).

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Faz-se importante salientar alguns contratempos apresentados durante a pesquisa. Optou-se por realizar a pesquisa via web, devido às dificuldades encontradas para se conseguir permissão dos estabelecimentos para seu desenvolvimento. Ao coletar os dados desta forma, não foi necessária a autorização dos estabelecimentos, já que a pesquisa não foi realizada no ambiente de trabalho. Soma-se ao fato que, ao abordar o tema nas instituições, muitos pesquisados poderiam se sentir constrangidos e omitir a veracidade dos fatos, comprometendo a fidedignidade dos dados. Neste sentido, acredita-se que a impessoalidade do ambiente via web favoreceu a abordagem do tema AM e a adesão dos sujeitos à pesquisa.

Outra dificuldade foi calcular a população de enfermeiros do município. Foi informado pelo COREn da região o número de enfermeiros por estabelecimento. No entanto, ao entrar em contato com os enfermeiros nas referidas instituições, percebeu-se discrepância nos dados. Uma das explicações seria que no ambiente hospitalar, principalmente no setor privado, há grande rotatividade de funcionários, daí a dificuldade da atualização dos dados pelo COREn.

Embora a coleta de dados tenha durado quase 5 meses, a maior participação via web (61,74%) aconteceu durante os primeiros 30 dias. O atraso ocorreu devido à demora na taxa de resposta por parte dos pesquisados, nos meses subsequentes. Ainda que se tenha entrado em contato com o sujeito via telefone ou e-mail, todas as vezes, informando que havia sido efetuado o sorteio e cadastro de seu endereço eletrônico no sistema, a grande maioria não participou no período previsto. Esta demora na coleta de dados acarretou outro problema. Ao se tentar, novamente, entrar em contato com o sujeito via telefone, ele já não trabalhava mais no estabelecimento. Desta forma, entrava-se em contato com o novo enfermeiro do serviço via telefone, convidando-o e explicitando-lhe os objetivos da pesquisa. Além disso, vários participantes relataram por telefone encontrar dificuldades para o acesso ao ambiente de pesquisa e para a submissão dos questionários.

Inicialmente, foi estabelecido, como critério de inclusão, enfermeiros que tivessem ao menos um ano de atuação profissional. Contudo, devido à demora na coleta dos dados e rotatividade dos enfermeiros nas instituições, foi necessário eliminar este critério.

Outra ocorrência foi um erro durante o desenvolvimento do sistema da pesquisa. Infelizmente, foi necessário desconsiderar a variável “Quem é ou quem são seus agressores”, pois os dados referentes a esta questão não foram salvos no banco de dados comum a todos os sujeitos.

6.1 Caracterização da amostra

A amostra deste estudo foi composta de 209 enfermeiros, dos quais 96 (45,93%) trabalhavam no setor público, 83 (39,71%) no privado e 30 (14,35%) em ambos os setores, público e privado. Em relação ao tipo de participação, 183 (87,56%) foi por meio do questionário eletrônico via web e 26 (12,44%) através de questionário impresso.

Entre os sujeitos que tiveram seu e-mail selecionados e cadastrados no ambiente de pesquisa, cinco enviaram e-mails pedindo a exclusão de seu endereço eletrônico do sistema. Porém, depois de submetidos os questionários pelos participantes, nenhum se arrependeu de participar da pesquisa, ou seja, e-mail contendo senha secundária para a exclusão dos dados do sujeito não foi recebido pelos pesquisadores.

A caracterização total da amostra está apresentada na Tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição dos sujeitos (n=209) de acordo com as variáveis sócio-demográfico-ocupacionais. Maringá – PR, 2010.

Variáveis	Categoria	n	%
Sexo	Masculino	25	11,96
	Feminino	184	88,04
Faixa etária	22 a 30 anos	64	30,62
	31 a 40 anos	74	35,41
	41 a 50 anos	60	28,71
	≥ 51 anos	11	5,26
Raça	Branca	187	89,47
	Negra/Parda	11	5,26
	Amarela	11	5,26
Religião	Sim	202	96,65
	Não	7	3,35
Grau de instrução	Graduado	45	21,53
	Especialista	139	66,51
	Mestre/Doutor	25	11,96
Estado civil	Solteiro	61	29,19
	Casado	129	61,72
	Viúvo/Separado	19	9,09
Filhos	Sim	131	62,68
	Não	78	37,32
Tempo de atuação profissional	≤ 3 anos	44	21,05
	4 a 9 anos	60	28,71
	10 a 15 anos	44	21,05
	16 a 21 anos	31	14,83
	≥ 22 anos	30	14,35
Possui mais de um emprego	Sim	52	24,88
	Não	157	75,12
Área e setor de atuação profissional	Hospitalar/Setor público	37	17,70
	Hospitalar/Setor privado	54	25,84
	Unidade de Saúde Pública	33	15,79
	Outros serviços/Setor público	21	10,05
	Outros serviços/Setor privado	22	10,53
	Em mais de uma área e/ou setor	42	20,10

Tempo de trabalho na instituição	≤ 3 anos	74	35,41
	4 a 8 anos	49	23,44
	9 a 15 anos	54	25,84
	≥16 anos	32	15,31
Função	Gerente de enfermagem	18	8,61
	Enfermeira assistencial	114	54,55
	Administração em enfermagem	59	28,23
	Outra	18	8,61
Turno	Diurno	147	70,33
	Noturno	26	12,44
	Diurno/Noturno	36	17,22
Remuneração	≤ a 1.500 reais	5	2,39
	1.500 a 2.000 reais	33	15,79
	2.000 a 2.500 reais	43	20,57
	≥2.500	128	61,24

De acordo com os dados obtidos, os sujeitos tinham idade entre 22 e 58 anos; a maioria era representada por mulheres (88,04%), com idade média de 36,24 anos e desvio padrão de $\pm 8,20$ anos. Ao considerar a faixa etária, a mais observada foi a entre 31 e 40 anos (35,41%). Em relação ao grau de instrução, evidenciou-se maior frequência de enfermeiros especialistas (66,51%), e 24,88% relataram possuir mais de um emprego.

Quanto ao tempo de atuação profissional como enfermeiro, a maioria atuava entre quatro e nove anos (28,71%). De acordo com o tempo de trabalho nas instituições, houve maior percentagem de participantes que atuavam nas instituições no período de até três anos (35,41%). Esse resultado pode refletir o alto número de rescisões e contratações de profissionais nas instituições.

Os participantes atuavam em várias áreas dos setores público e privado, das quais houve predominância de enfermeiros da área hospitalar do setor privado (25,84%). No que concerne à função dos enfermeiros, a maior parte exercia a assistencial (54,55%), trabalhando no turno diurno (70,33%). Quanto à remuneração, a grande maioria dos enfermeiros (61,24%) possuía renda superior a 2.500 reais.

6.2 Prevalência e características do assédio moral entre os enfermeiros vítimas de assédio moral no trabalho

Um total de 55,02% dos respondentes (115) relatou estar exposto há pelo menos um dos comportamentos mensurados no LIPT-45 nos últimos 12 meses. Contudo, 11,48% (24) relataram estar sujeitos a, pelo menos, um dos comportamentos, no mínimo uma vez por

semana e há pelo menos seis meses, sendo estes as potenciais vítimas de assédio moral, de acordo com os critérios de Leymann (1996). Prevalência semelhante foi encontrada em estudo entre enfermeiros do setor público em Portugal, que também utilizou tais critérios (13%) (SÁ; FLEMING, 2008).

Quando considerada a percepção subjetiva dos sujeitos da amostra, em relação a sentir-se assediado no trabalho, 28,23% (59) se reconheceram como vítimas. Estudo desenvolvido por Cezar e Marziale (2006), na cidade de Londrina, com profissionais de saúde, apresentou resultado similar a este, que evidenciou que 30% dos profissionais de enfermagem eram vítimas, ao considerarem a percepção do sujeito em relação a sentir-se assediado. Outro estudo realizado no Rio de Janeiro, com o objetivo de avaliar a violência do setor saúde, demonstrou que os enfermeiros foram a segunda categoria profissional mais exposta ao AM (21,5%) (XAVIER et al., 2008). No entanto, os autores não explicitaram quais os critérios utilizados para caracterizar o sujeito como vítima.

Estudos anteriores na Europa, que também analisaram a percepção do sujeito como critério, demonstraram uma prevalência abaixo da encontrada neste estudo, em enfermeiros na Espanha (17,2%) (FORNÉS-VIVES; MARTINEZ-ABASCAL; GARCIA GARCÍA DE LA BANDA, 2008) e enfermeiros hospitalares em Portugal (18,5%) (JOÃO, 2010). Na Turquia, a profissão de enfermeira é exclusiva do sexo feminino. Naquele país, o percentual de vítimas variou de 17 a 86,5%, entre enfermeiras docentes, 17% (YILDIRIM, D.; YILDIRIM, A.; TIMUCIN, 2007); de hospital de ensino, 21% (YILDIRIM, 2009); da área hospitalar, 86,5% (YILDIRIM, A.; YILDIRIM, D., 2007).

Resultados deste estudo vêm corroborar Hirigoyen (2009), ao afirmar que, se utilizarmos o LIPT-45, segundo os critérios de Leymann, a prevalência sempre será inferior.

Para Hirigoyen (2009), é complexo comparar a prevalência de AM entre estudos que utilizaram critérios diferentes para quantificar o AM.

Neste estudo, quando analisada a relação da percepção de ser assediado e a variável sexo, não foi apresentada associação significativa. Contudo, estudo desenvolvido por Fornés-Vives (2008) demonstrou que enfermeiros homens se perceberam mais assediados do que enfermeiras mulheres.

A seguir estão apresentados o tempo e frequência das condutas de AM vivenciadas pelos enfermeiros vítimas de AM, de acordo com os critérios de Leymann.

Tabela 3 – Tempo e frequência das condutas representativas de assédio moral do LIPT-45 vivenciados pelas vítimas, conforme com os critérios de Leymann (n=24). Maringá – PR, 2010.

Tempo	n	%
Desde há 6 meses	4	16,67
Desde há 1 ano	7	29,17
Desde há 2 anos	3	12,5
Desde há 3 anos	3	12,5
Desde há 4 anos	3	12,5
Há mais de 4 anos	4	16,67
Frequência		
Uma vez por semana	12	50,0
Mais de uma vez por semana	8	33,33
Todos os dias	4	16,67

Observa-se, na Tabela 3, que a maioria das vítimas de AM referiu sofrer condutas de AM desde há um ano. Contudo, mais da metade (54,17%) sofrem há dois anos ou mais. Sugerimos que este resultado se deva ao fato de a maior parte das vítimas pertencerem ao serviço público, o que pode ser observado na Tabela 5.

Segundo Hirigoyen (2009), o AM no serviço público pode durar anos, pois as pessoas são protegidas e não podem ser demitidas, a não ser que cometam uma falta muito grave. Por esta razão, os métodos de assédio são mais perniciosos e podem desencadear resultados dramáticos à saúde, bem como sobre a personalidade da vítima.

6.3 Condutas mais frequentes de assédio moral no trabalho entre os enfermeiros

Na tabela a seguir estão apresentadas a frequência das condutas de AM referidas pelos sujeitos, de acordo com as dimensões do questionário LIPT-45.

Tabela 4 – Distribuição das condutas de assédio moral referidas pelos enfermeiros (n=209), agrupadas de acordo com as dimensões do questionário LIPT-45. Maringá – PR, 2010.

Dimensão 1:		
Atividades de assédio para reduzir as possibilidades de a vítima se comunicar de forma adequada com outras pessoas, incluindo o próprio assediador		
1	Seu chefe ou agressor não permite que você se comunique	12
2	O seu agressor o interrompe continuamente quando fala	25
3	Os companheiros o impedem de se expressar	7
4	Os companheiros gritam, xingam ou o ofendem	12
5	Você recebe ataques verbais criticando trabalhos realizados	35
6	Você recebe críticas de sua vida privada	13
7	Você recebe agressões via chamada telefônica	-
8	Você recebe ameaças verbais	17
9	Você recebe ameaças por escrito	2
10	Você é isolado(a), (evitando o contato visual, mediante gestos de desdém ou menosprezo, etc.)	5
11	Você é ignorado(a), por exemplo se dirigem exclusivamente a terceiros (como se não o visse(m) ou se você não existisse)	19

Dimensão 2:		
Atividades de assédio para evitar que a vítima tenha a possibilidade de manter contatos profissionais		
12	Não falam nunca com você	5
13	Não permitem que você fale com outras pessoas	2
14	Você recebe um posto de trabalho onde você fica isolado(a) do contato com outros companheiros	8
15	Proíbem que seus colegas falem com você	2
16	Impedem sua presença física	6
Dimensão 3:		
Atividades de assédio dirigidas a desacreditar a vítima a manter sua reputação pessoal e profissional		
17	Você é alvo de rumores e calúnias	28
18	Espalham rumores orquestrados pelo agressor	12
19	Você é alvo de ridicularizações	7
20	Dizem que você tem uma doença mental	3
21	Pretendem forçar você a fazer um exame ou diagnóstico psiquiátrico	-
22	Inventam uma suposta doença	-
23	Imitam seus gestos, sua postura, sua voz para poder ridicularizá-lo	7
24	Atacam suas crenças políticas e religiosas	3
25	Fazem piadas de sua vida privada	9
26	Fazem piadas de sua origem ou nacionalidade	3
27	Você é obrigado a fazer um trabalho humilhante	-
28	Você é monitorado ou monitoram seu trabalho de maneira mal intencionada	29
29	Questionam as decisões que você toma	53
30	Você é alvo de agressões obscenas e degradantes	1
31	Você é alvo de assédio sexual com gestos ou propostas	5
Dimensão 4:		
Atividades de assédio dirigidas com o objetivo de diminuir o trabalho feito pela vítima e sua empregabilidade, mediante o descrédito profissional		
32	Não lhe passam nenhum trabalho	5
33	Você é privado de qualquer atividade	1
34	Você recebe tarefas inúteis e absurdas	4
35	Você recebe tarefas muito inferiores à sua capacidade ou competência profissional	17
36	Você recebe novas tarefas, o tempo todo	31
37	Você recebe tarefas humilhantes	1
38	Você recebe tarefas que exigem uma experiência superior às suas competências profissionais	6
Dimensão 5:		
Atividades de assédio que afetam a saúde física ou psíquica da vítima		
39	Você é obrigado (a) a realizar trabalhos perigosos ou especialmente nocivos à saúde	1
40	Você recebe ameaças físicas	1
41	Você é alvo de agressões físicas, mas sem gravidade, a título de advertência	3
42	Você é alvo de agressões físicas	1
43	Os agressores lhe ocasionam gastos, com intenção voluntária de prejudicá-lo	9
44	Causam danos em seu posto de trabalho ou domicílio	9
45	Você é alvo de agressões sexuais	-
Total		419

Na Tabela 4, observa-se que a soma das condutas de assédio moral referidas pelos 209 enfermeiros participantes totalizaram 419, apresentando uma média de 2 condutas vivenciadas por sujeito.

Na dimensão 1, as condutas “Você recebe ataques verbais criticando trabalhos realizados”, acompanhadas de “O seu agressor o interrompe continuamente quando fala”, foram as mais frequentemente apontadas pelos sujeitos”. De acordo com resultados de estudo

realizado por Ferrinho et al. (2003), a violência verbal foi o comportamento de AM mais experimentado por enfermeiros, nos hospitais. Estudo realizado na Turquia, por Kisa (2008), com enfermeiras hospitalares, revelou que 79,4% havia sofrido violência verbal no último ano.

Outra conduta que se destacou na dimensão 1 foi “Você é ignorado(a), por exemplo, dirigem-se exclusivamente a terceiros (como se não o vissem ou se você não existisse). Segundo Hirigoyen (2009), este tipo de conduta pode ser proveniente, tanto dos colegas, como da chefia. Deixar de cumprimentar ou olhar parecem condutas insignificantes, mas quando ocorridas diariamente incomodam cada vez mais.

Dentre as condutas evidenciadas na dimensão 2, a que apresentou maior percentual foi “Você recebe um posto de trabalho onde você está isolado(a) do contato com outros companheiros”, seguida de “Impedem sua presença física”. Para Nakamura e Fernandez (2004) através do isolamento da vítima, torna-se muito mais fácil para o vitimizador destruí-la psicologicamente.

No AM horizontal, é comum acontecer este tipo de conduta quando já existe o assédio vertical descendente, pois os colegas de trabalho passam a isolar a vítima, por medo de sofrerem as mesmas agressões e serem comparados ao assediado (FRANCO; FERREIRA, LEAL, 2007).

Na dimensão 3, as mais referidas foram “Questionam as decisões que você toma”, “Você é monitorado ou monitoram seu trabalho de maneira mal intencionada” e “Você é alvo de rumores e calúnias”. Para Hutchinson et al. (2008), no contexto profissional, a estigmatização do indivíduo por meio do ataque sobre sua reputação e competência pode preceder o ataque pessoal e outras formas de comportamentos no ambiente de trabalho, muitas vezes associados ao estereótipo de AM. Desta forma, a vítima pode ser reduzida a um estado de impotência e inutilidade, sendo identificada como de pouca importância ou utilidade para a instituição, podendo ser destruída e punida.

Na dimensão 4, houve o predomínio de enfermeiros que assinalaram as condutas “Você recebe novas tarefas, o tempo todo” e “Você recebe tarefas muito inferiores à sua capacidade ou competência profissional”. Segundo Hirigoyen (2009), tais procedimentos são sutis, sendo a intencionalidade maldosa difícil de ser comprovada, pois o agressor pode se defender por trás do interesse do serviço.

Entre as condutas referidas pelos sujeitos na dimensão 5, destacaram-se: “Os agressores lhe ocasionam gastos, com intenção voluntária de prejudicá-lo” e “Causam danos

em seu posto de trabalho ou domicílio”. Para Hirigoyen (2009), este tipo de conduta surge quando o assédio já está bem declarado e visível por todos.



Figura 17 – Distribuição das condutas de AM mais frequentemente apresentadas pelos sujeitos. Maringá – PR, 2010.

Na Figura 17 são observadas as condutas de AM mais referidas pelos sujeitos. O comportamento de AM mais frequente entre eles foi “Questionam as decisões que você toma”. Este resultado vem ao encontro do resultado de estudo realizado com enfermeiros na Espanha, em que a mais frequente foi “Recebe informações contraditórias” (FORNÉS-VIVES; MARTINEZ-ABASCAL; GARCÍA DE LA BANDA, 2008) e “Criticom o seu trabalho”, que foi a segunda mais frequente em Portugal (JOÃO, 2010). De acordo com Hirigoyen (2009), ambas as condutas têm a finalidade de deteriorar as condições de trabalho, agindo de maneira a fazer a pessoa visada parecer incompetente. E salienta que, em geral, essas atitudes são as primeiras visíveis quando o AM vem de cima para baixo.

Na Turquia, a conduta mais apontada foi “Falam de você de maneira depreciativa na frente dos outros” (YILDIRIM, A.; YILDIRIM, D., 2007). Segundo Hirigoyen (2009), este tipo de conduta objetiva desqualificar, atentar contra a dignidade do indivíduo e é a que mais frequentemente vem de colegas invejosos, do que da chefia.

Pode-se observar que os comportamentos de AM diferiram entre os países, daí a importância de não generalizar os comportamentos adotados, pois cada lugar possui suas características socioculturais.

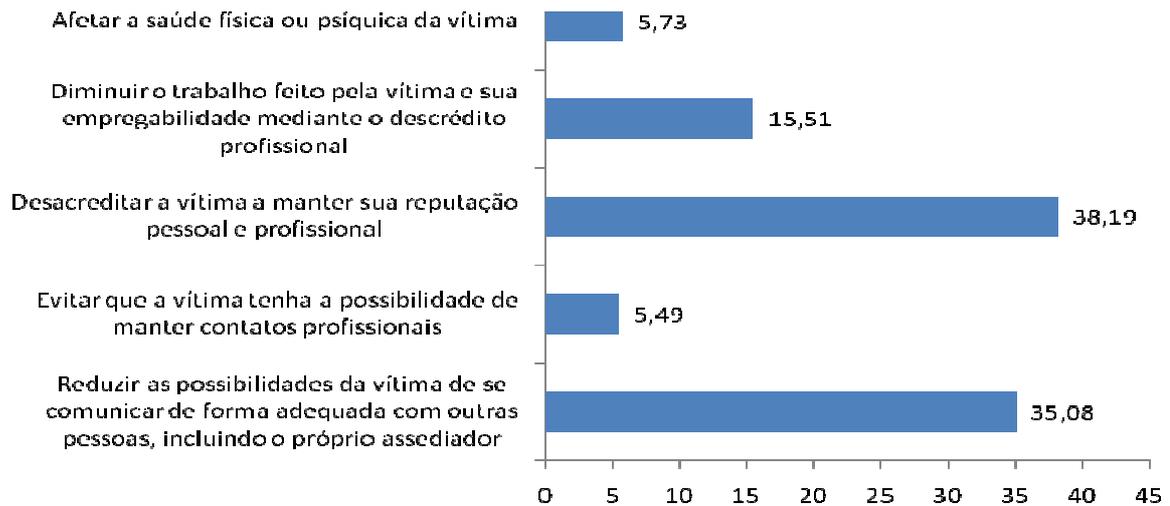


Figura 18 – Distribuição das dimensões apresentadas no questionário LIPT-45, conforme as condutas de assédio moral apontadas pelos sujeitos. Maringá – PR, 2010.

Ao analisar a Figura 18, pode-se dizer que, das 419 condutas de assédio vivenciadas pelos enfermeiros participantes, as dimensões mais afetadas foram “Desacreditar a vítima quanto a manter sua reputação pessoal e profissional”, seguidas de “Reduzir as possibilidades de a vítima se comunicar de forma adequada com outras pessoas, incluindo o próprio assediador” e “Diminuir o trabalho feito pela vítima e sua empregabilidade mediante o descrédito profissional”.

Pode-se observar que, no geral, as condutas mais referidas de AM pelos sujeitos deste estudo corroboraram as obtidas nos estudos na Espanha (FORNÉS-VIVES; MARTINEZ-ABASCAL; GARCÍA DE LA BANDA, 2008) e Turquia (YILDIRIM, A.; YILDIRIM, D., 2007; YILDIRIM, D.; YILDIRIM, A.; TIMUCIN, 2007). Ambas as condutas tiveram o propósito de deteriorar as condições de trabalho e atentar contra a dignidade do trabalhador.

Observa-se que, quanto às condutas relacionadas ao assédio sexual e violência física na dimensão “Afetar a saúde física ou psíquica da vítima”, o estudo demonstrou ser um tipo de conduta que ocorreu com pouca frequência entre os enfermeiros. Estudo anterior, desenvolvido com profissionais de saúde no Chile, também apresentou baixa frequência de assédio sexual (KLIJN, SUAZO; MORENO, 2004). Entretanto, segundo o Consejo Internacional de Enfermeras (2007), este tipo de abuso tem sido amplamente denunciado no setor saúde, sendo que as enfermeiras têm sido vítimas em proporção alarmante.

Para Klijn, Suazo e Moreno (2004), a baixa ocorrência deste tipo de violência pode ser resultante da omissão do agravo pelos sujeitos, em decorrência das características culturais. Em certas regiões, a mulher é considerada culpada pelo assédio sexual, ou seja, a que provocou a situação, sendo que elas próprias acabam se convencendo disto, sendo condenadas pela sociedade

e grupo familiar. Também é difícil para os homens se expressar, pois denunciar o assédio sexual poderia sugerir baixa masculinidade. Contudo, o Consejo Internacional de Enfermeras (2007) salienta que é importante que o assédio sexual não seja considerado uma forma isolada, pois este tipo de abuso, quando não denunciado, tende a agravar-se com o tempo.

Para Freitas (2001), apesar de o assédio sexual ser um tipo de AM, ele possui uma especificidade, não ocorrendo numa relação entre iguais, cuja negativa pode ocorrer sem maiores consequências para quem esteja fazendo a recusa. Ele ocorre em relações desiguais, não pela questão de gênero, mas porque um dos indivíduos da relação dispõe de formas de penalizar o outro.

As condutas que objetivaram o isolamento na dimensão “Evitar que a vítima tenha a possibilidade de manter contatos profissionais” foi a que ocorreu com menor frequência em relação às demais. Entende-se que, na enfermagem, este tipo de conduta seja mais difícil de acontecer, pois o processo de cuidado depende majoritariamente da efetiva comunicação entre os membros da equipe de saúde.

6.4 Comparação entre enfermeiros assediados e não assediados, segundo características individuais

Os fatores que apresentaram associação significativa para o AM estão apresentados na Tabela 5.

Tabela 5 – Análise univariada sobre vítimas de assédio moral, caracterizadas de acordo com os critérios de Leymann, em função dos fatores de interesse (n=209). Maringá – PR, 2010.

Variável	Categorias	n		P
		Não	Sim	
Sexo	Masculino	21	4	0,5004 ^a
	Feminino	164	20	
Faixa etária	22 a 30 anos	59	5	0,6512
	31 a 40 anos	64	10	
	41 a 50 anos	53	7	
	≥51 anos	9	2	
Raça	Branca	166	21	0,8555 ^a
	Negra/Parda	9	2	
	Amarela	10	1	
Religião	Sim	178	24	1,0000 ^a
	Não	7	0	
Grau de instrução	Graduado	41	4	0,4038 ^a
	Especialista	120	19	
	Mestre/Doutor	24	1	

Estado Civil	Solteiro	56	5	0,3420
	Casado	111	18	
	Viúvo/Separado	18	1	
Filhos	Sim	112	19	0,0759
	Não	73	5	
Tempo de atuação profissional	≤ 3 anos	41	3	0,7828 ^a
	4 a 9 anos	51	9	
	10 a 15 anos	39	5	
	16 a 21 anos	27	4	
	>22 anos	27	3	
Mais de um emprego	Sim	51	1	0,0108 ^a
	Não	134	23	
Área/Setor de atuação profissional	Hospitalar/Setor público	35	2	0,0087 ^a
	Hospitalar/Setor privado	48	6	
	Unidade de Saúde Pública	23	10	
	Outros serviços/Setor público	19	2	
	Outros serviços/Setor privado	19	3	
	Em mais de uma área ou setor	41	1	
Tempo de trabalho na instituição	≤ 3 anos	63	11	0,1667 ^a
	4 a 8 anos	42	7	
	9 a 15 anos	52	2	
	≥16 anos	28	4	
Função	Gerente de enfermagem	16	2	0,7018 ^a
	Enfermeira assistencial	103	11	
	Administração em enfermagem	50	9	
	Outra	16	2	
Turno	Diurno	126	21	0,0279 ^a
	Noturno	23	3	
	Diurno/Noturno	36	0	
Remuneração	≤ a 1.500 reais	4	1	0,6047 ^a
	1.500 a 2.000 reais	28	5	
	2.000 a 2.500 reais	39	4	
	>2.500	114	14	
Atualmente ainda enfrenta algum tipo de maus tratos no trabalho	Sim	47	20	<0,0001 ^a
	Não	138	4	
Número de agressores	Nenhuma pessoa	101	0	<0,0001 ^a
	1 pessoa	37	9	
	2 a 4 pessoas	42	9	
	Mais de 4 pessoas	5	6	
Sexo dos agressores	Não sofreu agressões	98	0	<0,0001 ^a
	Masculino	14	3	
	Feminino	51	12	
	Os dois	22	9	
Testemunhou colegas vítimas de assédio moral	Sim	112	22	0,0026 ^a
	Não	73	2	
Sentimento de assédio moral	Sim	40	19	<0,0001
	Não	145	5	

Valores apresentados com (a) foi utilizado Teste Exato de Fisher.

Segundo a análise univariada, o assédio AM foi associado às seguintes variáveis: mais de um emprego, área e setor de atuação profissional, turno, atualmente ainda enfrenta algum tipo de conduta de assédio moral no trabalho, número de agressores, sexo dos agressores, testemunhou colegas vítimas de assédio moral e sentimento de assédio moral. As variáveis sexo, faixa etária, raça, religião, grau de instrução, estado civil, tempo de atuação profissional,

tempo de trabalho na instituição, função e remuneração não apresentaram associação com o AM.

Ao analisar a Tabela 5, nota-se que o grupo profissional que referiu possuir apenas um emprego apresentou alta percentagem de vítimas de AM. Assim como noutros estudos, a maioria dos participantes deste eram mulheres, casadas e possuíam filhos. Nos tempos atuais estas têm contribuído em grande parte para o orçamento familiar, quando não, desempenham importante papel como único arrimo da família. Pode-se inferir que estes enfermeiros, diante das responsabilidades familiares, resistam em permanecer no emprego, pelo fato de ser sua única fonte de subsistência. Por conseguinte, podem adquirir uma postura de submissão. Em contrapartida, superiores podem utilizar esta condição, aterrorizando seus subordinados por meio de ameaças de demissão, segundo seu intento.

Para Barreto (2006), o medo reprime toda e qualquer iniciativa de defesa da dignidade. A luta pela manutenção do emprego como meio de sobrevivência transformou-se, para aqueles que ainda trabalham, em prioridade máxima e fonte de sofrimento.

Estudos anteriores demonstraram que enfermeiros com mais de um emprego apresentaram maior predisposição ao estresse (MARTINS; VALENTE, 2010), e níveis aumentados nas três dimensões de *Burnout*: desgaste emocional, despersonalização e insatisfação profissional (SILVA; LOUREIRO; PERES, 2008), quando comparados a enfermeiros que possuíam apenas um emprego. Contudo, neste estudo identificou-se apenas uma vítima de AM no grupo que referiu possuir mais de um emprego.

Estudos com enfermeiros têm evidenciado que um alto percentual destes possui mais de um emprego (SILVA; LIMA; CAMPOS, 2006; ROSSI; SANTOS; PASSOS, 2010). Pesquisadores tem destacado, entre os motivos para a necessidade de múltiplos vínculos empregatícios, a busca por melhores condições financeiras, ficando evidenciada a má remuneração destes profissionais (VASCONCELOS; PRADO, 2004; SILVA; LIMA; CAMPOS, 2006).

Resultados de estudo desenvolvido pela psiquiatra vitimóloga Hirigoyen (2009) revelaram que a maioria das pessoas muito conscienciosas e ligadas emocionalmente ao trabalho foram vítimas de assédio. Para a autora, existe menos risco de ser assediado quando o trabalhador é um realista, interessado antes de tudo no salário e nas vantagens materiais. Ao contrário do idealista, muito motivado e ligado emocionalmente ao trabalho, seu investimento afetivo faz-se em outro lugar, na vida particular ou associativa. Muitos trabalhadores esperam demais das relações profissionais e, em caso de afastamento ou exclusão, ocorre o que o

desmoroamento pessoal. As pessoas não têm necessidade apenas de segurança e conforto em seu trabalho; elas aspiram também a se realizar, a se sentir úteis.

Diante destas considerações, pode-se inferir que a má remuneração destes profissionais, aliada ao desejo de melhores condições de vida, levou enfermeiros com mais de emprego a serem realistas e, diante das condutas de AM no trabalho, tenham desenvolvido estratégias eficazes de enfrentamento. Até porque, para enfermeiros com mais de um trabalho fica mais difícil desenvolver relações afetivas no e com o trabalho, pois seu tempo é escasso.

Para Hirigoyen (2009), pessoas ligadas afetivamente ao trabalho confundem facilmente a função com a pessoa, e a menor crítica a respeito do seu trabalho é vivida como uma sentença condenatória. Os que se contentam com relações formais são menos facilmente atingidos.

Por outro lado, enfermeiros que possuem duplo vínculo empregatício podem ser profissionais extremamente qualificados tecnicamente, desempenhando posição de destaque dentro do sistema.

Em relação à variável área e setor de atuação profissional, um fato que surpreendeu foi que os profissionais da área de Unidade de Saúde Pública pertenciam à categoria que apresentou maior predominância de vítimas de AM. Devido à não identificação do agressor no presente estudo e a carência de estudos sobre o tema, não foi possível estabelecer o motivo da predominância do assédio moral neste setor.

Estudo realizado em Portugal, com o objetivo de caracterizar a violência no setor público de saúde, demonstrou que a violência contra profissionais de saúde nos Centros de Saúde foi maior, comparada com a da área hospitalar (FERRINHO et al., 2003). Para Silva, Sena e Leite (2004), as Unidades Básicas de Saúde são uma das portas de entrada da população no sistema de saúde, sendo a violência uma dificuldade cada dia mais presente nestas instituições.

No estudo desenvolvido por Ferrinho et al. (2003), quando indagou aos gestores dos Centros de Saúde pesquisados sobre qual a percepção dos mesmos em relação às causas da violência contra profissionais de saúde neste setor, alguns deles apontaram a violência social. Quando usuários chegam aos Centros de Saúde, estão submetidos a um alto nível de estresse e pressão, sendo que a visita à unidade funciona como uma válvula de escape.

Pesquisa realizada no Brasil, com gestores de Unidades Básicas de Saúde, corrobora esta informação, ao mencionarem empobrecimento da população, desemprego e abandono dos planos de saúde como importantes questões sociais determinantes da violência neste setor. Resultados deste estudo apontaram a participação dos gestores, dos profissionais de saúde e da comunidade nos Conselhos Locais, como um caminho para se identificar a violência e suas

causas e traçar propostas para sua superação. Neste sentido, as autoras sugerem que o enfrentamento da violência deve fazer parte das pautas de discussões do planejamento estratégico do setor saúde (SILVA; SENA; LEITE, 2004).

Outros motivos assinalados pelos gestores para a violência contra estes profissionais, no estudo desenvolvido por Ferrinho et al. (2003), foi a falta de informação da população. Usuários, influenciados pela mídia a respeito dos direitos humanos, chegam aos Centros de Saúde com uma atitude exigente, afirmando cada vez mais seus direitos, apesar de demonstrarem não reconhecer seus deveres. Em contrapartida, se deparam com a baixa habilidade de comunicação dos profissionais de saúde.

Neste sentido, Silva, Sena e Leite (2004) apontam a capacitação permanente dos profissionais de saúde como estratégia de enfrentamento da violência neste setor.

Na pesquisa de Ferrinho et al. (2003), quando entrevistados os líderes dos Conselhos de Classe Profissionais quanto aos motivos para a violência contra os profissionais de saúde, alguns atribuíram ao fato de os usuários sentirem-se em casa nas Unidades de Saúde e a familiaridade destes com os profissionais de saúde.

Faz-se importante salientar que os profissionais que compuseram a categoria “Unidades de Saúde Pública”, no presente estudo, desenvolviam suas funções como enfermeiros de Unidades Básicas de Saúde, de Policlínicas e do Programa de Saúde da Família.

Profissionais da Equipes de Saúde da Família desenvolvem suas atividades junto às comunidades, locais que apresentam problemas de diversas ordens e limitações incalculáveis. Isso expõe estes trabalhadores a riscos físicos e psicossociais, geradores de processo de estresse (CAMELO, ANGERAMI, 2008). Pesquisadores do tema também apontam a violência social presente no cotidiano do ambiente de trabalho destes profissionais como fator de risco (CEZAR-VAZ et al., 2009; LANCMAN et al., 2009; NUNES et al., 2010).

Outro tipo de violência apontada nas Unidades de Saúde é a violência entre colegas, como o “assédio institucional”. Médicos podem interferir com interesses políticos e econômicos estabelecidos. Isto ocorre especialmente em situações de competição por posições de liderança profissional, onde derrotados são frequentemente perseguidos e repetidamente humilhados por seus vencedores, levando muitos profissionais a procurar outros locais de trabalho (FERRINHO et al., 2003).

Esta declaração corrobora o resultado de estudo em setor público, realizado por Strandmark e Hallberg (2007), que demonstrou que o AM foi precedido por uma longa luta pelo poder. Hirigoyen (2009) também trata deste assunto ao afirmar que neste setor, geralmente, o AM não está relacionado à produtividade como no setor privado, mas vinculado às disputas de

poder. Os abusos de poder são frequentes neste setor e podem se manifestar por meio da distribuição de cargos.

O turno de trabalho foi analisado e observou-se associação significativa entre esta variável e a ocorrência do AM. Estudo realizado no setor saúde, pela Organización Internacional del Trabajo et al. (2002), revelou que não houve associação estatisticamente significativa entre trabalho noturno e AM. Analisando-se os resultados deste estudo, sugere-se que a significância se deu devido à não identificação de enfermeiros vítimas de AM no grupo que trabalhava em dois períodos (diurno e noturno). Este fator já foi discutido anteriormente, quando se analisou a variável “possui mais de um emprego”.

Associação estatisticamente significativa foi observada entre enfermeiros que relataram enfrentar atualmente comportamentos de AM e a ocorrência do AM. Apesar de identificadas 24 vítimas de AM no estudo, a maioria (83,33%) relatou que atualmente ainda sofria tais condutas. Apenas quatro relataram não sofrer-las atualmente.

A variável número de agressores apresentou significância estatística quando associada ao AM. Ao analisar ambos os grupos, assediados e não assediados, pode-se observar menor frequência de vítimas que relataram sofrer abusos por mais de quatro pessoas (Tabela 5). Estes dados corroboram os de Leymann (1996), ao afirmar que em apenas uma quarta parte dos casos as vítimas são atacadas por mais de quatro pessoas.

Outra variável que apresentou significância estatística quando associada ao AM foi o sexo dos agressores. Observa-se que, tanto no grupo assediado, como no não assediado, a categoria mais frequente foi a feminina. Para Leymann (1996) este resultado não deve ser interpretado como relacionado a gênero, mas em decorrência da estrutura da vida laboral.

Assim como evidenciado anteriormente em outros estudos, neste também houve a predominância do sexo feminino entre os enfermeiros. Diante da grande maioria de mulheres que compõem a equipe de enfermagem, infere-se que parte dos enfermeiros poderia estar sofrendo condutas de AM originadas de outras enfermeiras colegas ou supervisoras, ou mesmo das auxiliares e técnicas de enfermagem.

Foi encontrada associação significativa entre a variável “testemunhou colegas vítimas de condutas de assédio moral” e a variável resposta. Ao analisar a Tabela 6 pode-se notar que apenas duas vítimas do grupo assediado relataram não presenciar colegas sendo vítimas de assédio. Nos dois grupos foi maior a proporção de enfermeiros que testemunharam colegas vítimas de condutas de AM. Isto sugere que na maioria dos ambientes de trabalho dos pesquisados a prática deste abuso seja uma forma comum de comportamento.

Outro resultado que chamou a atenção foi o da análise da percepção dos sujeitos em relação a sentirem-se assediados e o assédio, que também apresentou associação significativa. Dos 24 enfermeiros identificados como vítimas de AM, pelos critérios de Leymann, cinco relataram não se perceberem como assediados.

Para Fornés-Vives, Martínez-Abascal e García de la Banda (2008) este resultado demonstra a influência das diferenças individuais na personalidade, no momento de avaliar a própria experiência do AM. Hirigoyen (2009) comenta que a realidade exterior, visível pelas testemunhas, não é a realidade psíquica de cada um dos protagonistas. Uma situação só adquire sentido por meio da subjetividade das pessoas. O que é considerado ofensivo pela vítima de assédio, e o efeito que esta ofensa produz sobre ela, pode ser desproporcional em relação ao que foi feito. A maneira como cada pessoa reage depende da personalidade, aliada ao seu temperamento, bem como da sua história, educação e feridas passadas.

Martin (2000) afirma que algumas vítimas de AM podem acreditar que sejam responsáveis por tudo o que acontece, devido às suas falhas e defeitos. Para Hirigoyen (2009), o diagnóstico entre uma falsa alegação de assédio e uma verdadeira vítima se faz pelo tom geral da queixa. As verdadeiras vítimas se sentem em dúvida, interrogam-se sobre suas próprias falhas e procuram soluções para acabar com o seu tormento. Exatamente por esta razão, deixam a situação se arrastar e não reagem suficientemente cedo, na tentativa de encontrar uma saída para o restabelecimento de sua dignidade. Diferentemente dos indivíduos com falsa alegação, que, pelo contrário, não têm dúvida, afirmam e acusam.

Lewis (2006) comenta que o AM é um comportamento aprendido no ambiente de trabalho da enfermagem. Quine (2001) corrobora esta informação ao enfatizar que a maioria, senão todos os enfermeiros, em algum momento de suas vidas serão expostos a este tipo de violência, seja ainda na graduação, ou mesmo depois, no seu cotidiano de trabalho. Segundo Jackson, Clare e Mannix (2002), para alguns enfermeiros o AM passa a ser comum, à medida que é considerado como parte do trabalho da enfermagem.

6.5 Fatores associados ao risco de assédio moral no ambiente de trabalho do enfermeiro

A tabela a seguir apresenta o modelo de regressão logística múltipla em relação à variável resposta AM, onde estão apresentados os fatores de risco para a ocorrência do AM.

Tabela 6 – Análise multivariada de regressão logística dos fatores de risco para o assédio moral entre os enfermeiros (n=209). Maringá – PR, 2010.

Variável	Categoria	OR ajustada	IC 95% OR ajustada	P
Filhos	Sim	8,87	2,16 – 36,51	0,00
Mais de um emprego	Não	11,08	1,21 – 101,74	0,03
Tempo de trabalho na instituição	há ≤ 3 anos	4,67	1,27 – 17,19	0,02
Enfrenta atualmente uma ou mais condutas de assédio moral no trabalho	Sim	10,15	2,33 – 44,24	0,00
Sentimento de ser assediado moralmente no trabalho	Sim	4,72	1,18 – 18,96	0,03
Área/setor de atuação profissional	Hospitalar privado	5,34	1,38 – 20,60	0,02

Teste de Hosmer e Lemeshow (2000) para adequação do modelo: p=0,6166.

Dessa análise, fizeram parte todos os sujeitos que compuseram a amostra. Para determinar o modelo final, foram testadas as seguintes variáveis, que apresentaram, no teste Qui-Quadrado, um valor de $p \leq 0,30$: filhos; mais de um emprego; área e setor de atuação profissional; tempo de trabalho na instituição; atualmente ainda enfrenta uma ou mais condutas de assédio moral no trabalho; número de agressores; sexo dos agressores; testemunhou colegas vítimas de condutas de assédio moral no trabalho; sentimento de ser assediado moralmente no trabalho.

Segundo o modelo logístico (Tabela 6), os fatores que apresentaram risco para a ocorrência do AM no trabalho dos enfermeiros foram: a presença de filhos, que apresentou possuir 8,87 vezes mais chances de ser assediado moralmente no trabalho, comparado a enfermeiros que não possuem filhos; as chances de enfermeiros com apenas um emprego foram 11,9 vezes maiores do que as de enfermeiros que possuem mais de um emprego; as chances de enfermeiros que trabalham até três anos numa instituição foram 4,67 vezes maiores, em relação às de enfermeiros que trabalham há mais tempo; as chances de enfermeiros que relatam enfrentar atualmente condutas de AM no trabalho foram 10,15 vezes maiores que a dos que não relataram, enquanto que os que possuem sentimento de ser assediado moralmente no trabalho apresentaram 4,72 mais chances dos que não se percebem assediados; as chances de enfermeiros que atuam na área hospitalar do setor privado foram 5,34 vezes maiores, quando comparadas aos dos demais áreas/setores.

O teste de Hosmer e Lemeshow (2000) para adequação do modelo indicou associação estaticamente significativa.

6.6 Avaliação da capacidade preditiva do modelo de regressão logística para o assédio moral entre enfermeiros

O resultado da análise da capacidade preditiva do modelo de regressão logística dos fatores associados ao assédio moral entre os enfermeiros encontram-se apresentados na figura a seguir.

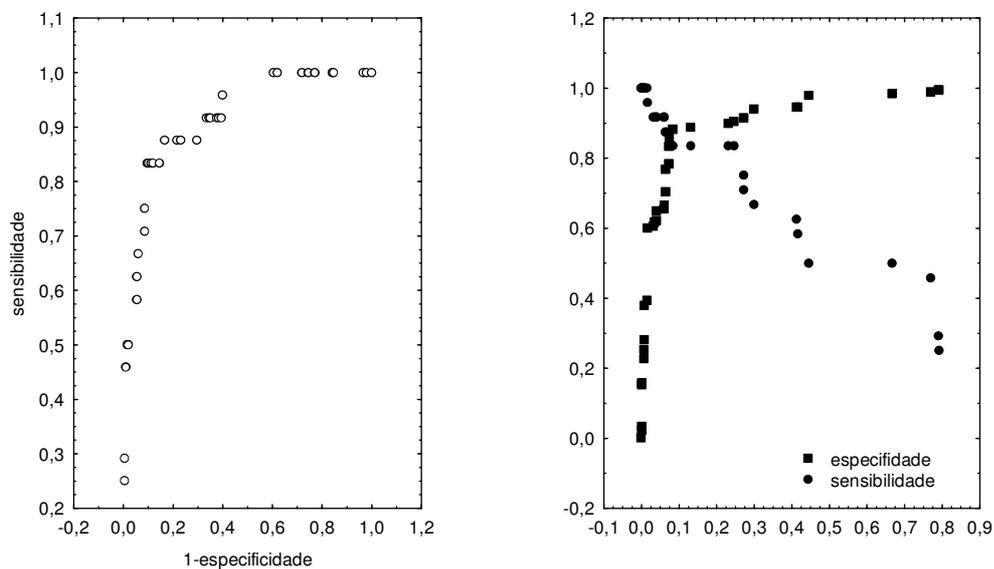


Figura 19 – Análise da capacidade preditiva do modelo de regressão logística para a ocorrência do assédio moral entre os enfermeiros (n=209), por meio da Curva ROC (*Receiver-Operating Characteristics*) e TG-ROC (*Two-Graph Receiver Operating Characteristic*). Maringá – PR, 2010.

Quanto maior a área encontrada abaixo da Curva ROC, melhor o modelo. Analisando-se o modelo de regressão logística para fatores preditivos de AM (Figura 19), observou-se uma área menor acima e maior abaixo da Curva ROC. A área abaixo da curva ROC foi de 0,918, que corresponde a uma predição quase perfeita. Dessa forma, o modelo classificou corretamente as vítimas, em 90,7% dos casos.

A partir da análise da curva, utilizou-se o ponto de corte em 0,08. O modelo apresentou sensibilidade de 0,9760 e 1-especificidade de 0,4762. Isto significa que o modelo é altamente eficaz para identificar enfermeiros assediados no trabalho, ou seja, 97,60% dos enfermeiros vítimas de assédio podem ser corretamente identificados como tal. Porém, o

modelo apresentou baixa especificidade (47,62%), significando que enfermeiros não assediados podem ser incorretamente identificados como vítimas.

Obteve-se um *kappa* estimado de 0,5386, com erro-padrão de 0,0776 e um intervalo de 95% de confiança de (0,3866; 0,6907), indicando uma concordância mediana, segundo a classificação de Landis e Koch (1977).

O modelo apresentou forte capacitação na determinação de fatores associados ao AM, com capacidade preditiva para determinação da probabilidade de ocorrência do AM em 88,11% (Valor preditivo positivo = 0,8811) e na determinação da não ocorrência em 83,33% (Valor preditivo negativo = 0,8333).

De acordo com o modelo logístico apresentado, os fatores preditivos para a ocorrência do AM entre enfermeiros foram:

- possuir filho(s);
- possuir apenas um emprego;
- trabalhar há menos de três anos na instituição;
- enfrentar atualmente uma ou mais condutas de assédio moral;
- sentir-se assediado moralmente;
- atuar na área hospitalar do setor privado.

Acredita-se que o modelo poderá ainda ser aprimorado, por meio de investigações futuras em outras populações.

7 LIMITAÇÕES

Uma das limitações do presente estudo foi considerar apenas enfermeiros, ao invés de todos os profissionais que compõem a equipe de enfermagem (enfermeiro, auxiliar e técnico de enfermagem). Porém, esta população foi intencionalmente selecionada, devido ao método de coleta de dados utilizado.

No Brasil ainda é pequena a parcela da população com acesso à internet. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios em 2008, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, com o intuito de caracterizar as pessoas que utilizaram a Internet nos últimos três meses, demonstrou que somente 34,8% da população brasileira teve acesso a este tipo de tecnologia de informação. Ao analisar a população agrupada por categorias profissionais, os profissionais de saúde, acompanhados dos da educação e serviços sociais, pertenciam à segunda categoria que apresentou maior frequência (63,80%), ficando apenas depois dos profissionais agrupados na categoria “Outras atividades” (IBGE, 2009).

Outro motivo para se optar por esta população foi a sua formação superior, que lhe confere maior poder aquisitivo para o acesso às tecnologias de informação. Soma-se a isso o fato de que muitos enfermeiros ocupam cargos administrativos que requerem maior conhecimento e acesso a este tipo de tecnologia.

Apesar de, nos últimos anos, alguns estudiosos enfermeiros terem desenvolvido e validado instrumentos específicos para detectar o AM no contexto da enfermagem, até o momento da coleta de dados não foi encontrado nenhum desses instrumentos traduzido para a língua portuguesa. Desta forma, foi escolhido o instrumento LIPT-45, já traduzido para a língua portuguesa, que identifica trabalhadores assediados em todos os contextos ocupacionais.

Infelizmente, como comentado anteriormente, neste estudo não foi possível identificar se o assédio era horizontal, descendente ou ascendente. Daí a necessidade de estudos futuros que identifiquem o nível hierárquico dos agressores, para maior compreensão de sua origem.

8 CONCLUSÕES

A amostra deste estudo foi composta por enfermeiros do setor público (45,93%), do privado (39,71%) e de ambos os setores (14,35%).

A maioria dos sujeitos era do sexo feminino, casados, com faixa etária entre 31 e 40 anos, enfermeiros especialistas, casados, com tempo de atuação profissional entre 4 e 9 anos, trabalhavam na área hospitalar do setor privado e com remuneração $\geq 2.500,00$.

Diferentemente de outros estudos que identificaram a prevalência de enfermeiros que possuíam a percepção de ser assediado, um dos principais objetivos deste estudo foi identificar a prevalência de enfermeiros vítimas de AM, de acordo com Leymann (1996). Ou seja, enfermeiros que, devido à frequência e duração do sofrimento de tais condutas, correm o risco de desenvolver quadros de enfermidades psicológicas e psicossomáticas. Os resultados deste estudo apontaram que 11,48% dos enfermeiros foram identificados como vítimas, o que significa que já atingiram um limiar em que tais enfermidades podem se manifestar.

Com relação às condutas de AM mais referidas pelos sujeitos destacaram-se “Questionam suas decisões” (25,4%), seguida de “Recebe ataques verbais criticando trabalhos realizados” (16,7%) e “É monitorado ou monitoram seu trabalho de maneira mal intencionada” (13,9%). Observa-se que os principais tipos de condutas de AM sofrida pelos sujeitos, foram utilizados de modo a atingir a dignidade dos enfermeiros e a fazê-los parecer incompetentes.

Quanto às variáveis que apresentaram significância estatística para o AM, as variáveis mais de um emprego, área e setor de atuação profissional e turno apresentaram significância estatística $\leq 0,02$. O grupo de enfermeiros que afirmou possuir mais de um emprego, trabalhar em mais de uma área e/ou setor e atuar em ambos os turnos (diurno e noturno) apresentaram menor frequência de vítimas em relação aos demais grupos. Analisando-se esses dados, pode-se perceber a conexão entre as variáveis anteriormente citadas, pois elas possuem em comum grupos de enfermeiros que atuavam em mais de um emprego ou instituição. Outras variáveis que apresentaram significância $\leq 0,002$ foram: enfrentar atualmente condutas de AM no trabalho, testemunhou colegas vítimas de AM, sentimento de AM, número de agressores e sexo dos agressores.

A partir da análise destes dados, pode-se inferir que o ambiente laboral e relacionamento interpessoal foram fatores preponderantes na determinação da ocorrência do fenômeno, pois os fatores associados ao AM foram predominantemente ocupacionais.

Segundo o modelo logístico, a probabilidade de enfermeiros serem vítimas de AM no trabalho foi mais elevada naqueles com apenas um emprego (OR=11,9) e nos que assinalaram sofrer atualmente condutas de AM no trabalho (OR=10,15). Para aqueles que assinalaram possuir filho(s), a chance estimada foi de 8,87. Para os que anotaram possuir sentimento de ser assediado, foi de 4,72. O risco de ser assediado foi 4,67 maior para os que trabalham há \leq 3anos na instituição. Para aqueles que atuavam na área hospitalar do setor privado, o risco de ser vítima foi 5,34 vezes maior.

A análise da capacidade preditiva do modelo de regressão logística para a ocorrência do AM, com a aplicação da Curva ROC, mostrou-se adequada no seu poder discriminante, com área sob a curva = 0,918, e sensibilidade de 0,9760. O modelo classificou corretamente as vítimas em 90,7% dos casos e apresentou valores preditivos positivos e negativos satisfatórios, próximos a 90%. Contudo, o modelo apresentou especificidade de 0,4762, denotando que enfermeiros não assediados podem ser incorretamente identificados como vítimas.

Entende-se que este não seja um fator de limitação para a utilização do modelo, pois devido à sua alta sensibilidade, demonstrou ser altamente eficaz na identificação de enfermeiros assediados. Por conseguinte, espera-se que este estudo sirva de subsídio para gestores, funcionários de recursos humanos e enfermeiros do trabalho, na identificação de populações vulneráveis. Desta forma, será possível preservar esta população por meio da adoção de medidas estratégicas de prevenção e contenção deste tipo de violência, altamente degradante, no ambiente laboral.

REFERÊNCIAS

ALLAN, H. Comment by Helen Allan: Mobbing behaviours encountered by nurse teaching staff. *Nurs. Ethics*, London, v. 14, no. 4, p. 463-465, 2007.

BARRETO, M. *Assédio moral: a violência sutil: análise epidemiológica e psicossocial no trabalho no Brasil*. 2005. Tese (Doutorado em Psicologia Social)–Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2005.

BARRETO, M. *Violência, saúde e trabalho: uma jornada de humilhações*. 2. ed. São Paulo: EDUC, 2006.

BIRBAUM, M. H. Human research and data collection via the internet. *Ann. Rev. Psychol.*, Palo Alto, v. 55, p. 803-832, 2004.

BRADASCHIA, C. A. *Assédio moral no trabalho: a sistematização dos estudos sobre um campo em construção*. 2007. 230 f. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas)-Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2007.

CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. Estratégias de gerenciamento de riscos psicossociais no trabalho das Equipes de Saúde da Família. *Rev. Eletrôn. Enferm.*, Goiania, v. 10, n. 4, p. 915-923, 2008.

CENTER FOR AMERICAN NURSES. *Lateral Violence and Bullying in the Workplace Georgia*, 2008. Disponível em: <http://www.mc.vanderbilt.edu/root/pdfs/nursing/center_lateral_violence_and_bullying_position_statement_from_center_for_american_nurses.pdf>. Acesso em: 18 out. 2010.

CERVO, A.; BREVIAN, L. *Metodologia científica*. 4. ed. São Paulo: Makron Books, 1996.

CEZAR, E. S.; MARZIALE, M. H. P. Problemas de violência ocupacional em um serviço de urgência hospitalar da cidade de Londrina, Paraná, Brasil. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 217-221, 2006.

CEZAR-VAZ, M. R.; SOARES, J. F. S.; FIGUEIREDO, P. P. et al. Percepção do risco no trabalho em saúde da família: estudo com trabalhadores no sul do Brasil. *Rev. Latino-Amer. Enferm.*, Rio Preto, v. 17, n. 6, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n6/pt_06.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2010.

CHEN, W. C.; HWU, H. G.; KUNG, S. M.; CHIU, H. J.; WANG, J. D. Prevalence and determinants of workplace violence of health care workers in a psychiatric hospital in Taiwan. *J. Occup. Health*, Washington, DC, v. 50, no. 3, p. 288-293, 2008.

CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS. *Directrices para hacer frente a la violencia en el lugar de trabajo*. Ginebra: [s.n.], 2007. 33 p. Disponível em: <<http://portaldisseny.ibv.org/valoracion/AdaptingSystem/Intercambio/AdaptingShop/docs/d596SN.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2010.

CORDEIRO, G. M.; DEMÉTRIO, C. G. B. *Modelos Lineares Generalizados. Minicurso para o 12o SEAGRO e a 52ª Reunião Anual da RBRA- UFSM*, Santa Maria, RS. 2007. 165p. Disponível em: <<http://www.lce.esalq.usp.br/clarice/livroSeagro.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2010.

COSTA, A. L. R. C.; MARZIALE, M. H. P. Relação tempo-violência no trabalho de enfermagem em Emergência e Urgência. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, DF, v. 59, n. 3, p. 337-343, 2006.

DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. *Ciênc. & Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v. 11, p. 1163-1178, 2007.

EFE, S.Y.; AYAZ, S. Mobbing against nurses in the workplace in Turkey. *Int. Nurs. Rev.* London, v. 57, p. 328–334, 2010.

EINARSEN, S. Harassment and bullying at work: a review of the Scandinavian approach. *Aggress. Violent. Behav.*, New York, v. 5, no. 4, p. 379-401, 2000.

EMBREE, J. L.; WHITE, A. H. Concept Analysis: Nurse-to-Nurse Lateral Violence. *Nursing Forum*, [S.l.], v. 45, no. 3, p. 166-173, 2010.

FELBLINGER, D. M. Incivility and bullying in the workplace and nurses shame responses. *J. Obstetric. Gynecol. Neonatal Nurs.*, Hoboken, v. 37, no. 2, p. 234-242, 2008.

FERRINHO, P. et al. O. Patterns of perceptions of workplace violence in the Portuguese health care sector. *Hum. Resour. Health*, London, v. 1, no. 1, p. 1-11, 2003.

FORNÉS-VIVES, J. *Dos de cada diez enfermeros y enfermeras de las Islas Baleares se perciben como víctimas de hostigamiento laboral*. Baleares: UIB, 2003.

FORNÉS-VIVES, J.; MARTINEZ-ABASCAL, M. A.; GARCÍA DE LA BANDA, G. Análisis factorial del Cuestionario de Hostigamiento Psicológico en el Trabajo en profesionales de Enfermería. *Int. J. Clin. Health Psychol.*, Granada, v. 8, no. 1, p. 267-283, 2008.

FORNÉS-VIVES, J., MARTINEZ-ABASCAL, M. A.; GARCÍA DE LA BANDA, G. Variables socioprofesionales implicadas en el hostigamiento psicológico en enfermería. *Enferm. Clín.*, Madrid, v. 18, no.3, p. 127-133, 2008.

FORTINI, B. W. *Assédio moral: o impacto dos valores organizacionais*. 2009. 105 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia)-Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2009.

FRANCO, P. G.; FERREIRA, E. P.; LEAL, A. P. Assédio moral e gestão de pessoas: proposta de quadro analítico baseada em estudo exploratório numa organização bancária. *Gestão – Rev. Cient. Admin.*, Curitiba, v. 8, n. 8, p. 57-77, 2007.

FREIRE, A. P. Assédio moral e saúde mental do trabalhador. *Trabalho Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 367-380, 2008.

FREITAS, M. E. Assédio moral e assédio sexual: faces do poder perverso nas organizações. *Rev. Admin. Empr.*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 2, p. 8-19, 2001.

FREITAS, M. E. Quem paga a conta do assédio moral no trabalho? *RAE-Eletrônica*, Rio de Janeiro, v. 6, n.1, p. 1-7, 2007.

FREITAS, H.; JANISSEK-MUNIZ, R.; BAULAC, Y.; MOSCAROLA, J. *Pesquisa via web: reinventando o papel e a idéia de pesquisa*. Canoas: Sphinx, 2006.

GREINER, M.; SOHR, D.; GOBEL, P. A modified ROC analysis for the selection of cut-off values and the definition of intermediate results of serodiagnostic test. *J. Immunol. Methods*, Amsterdam, no. 185, p. 123-132, 1995.

GUIMARÃES, L. A. M. et al.. *Mobbing* (assédio psicológico): relações com transtornos mentais e *coping* em trabalhadores do gasoduto Brasil-Bolívia. *Rev. Psicol.: Organiz. Trab.*, Brasília, DF, v. 5, n. 2, p. 15-34, 2005.

HART, E.; HAZELGROVE, J. Understanding the organisational context for adverse events in the health services: the role of cultural censorship. *Quality Health Care*, Oxford, v.10, p. 257-262, 2001.

HELOANI, R. Assédio moral: a dignidade violada. *Aletheia*, Canoas, n. 22, p. 101-108, 2005.

HELOANI, R. Fator humano: violência invisível. *Rev. Admin. Empresas*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, p. 57-61, 2003. Disponível em: <<http://www.rae.com.br/artigos/2066.pdf>>. Acesso em: 28 fev. 2010.

HERNANDÉZ, P. J. A. et al. Validación de un instrumento para el diagnóstico del mobbing, cuestionario de Heinz Leymann (LIPT) modificado. *Rev. Cubana Salud y Trabajo*, Habana, v. 9, n. 1, p. 34-48, 2008.

HIRIGOYEN, M. F. *Mal-estar no trabalho: redefinindo o assédio moral*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2009.

HOCKLEY, C. The language used when reporting interfemale violence among nurses in the workplace. *Collegia*, [S.l.], v. 7, no. 4, p. 24-29, 2000.

HOSMER, D. W.; LEMESHOW, S. *Applied logistic regression*. 2nd ed. New York: John Wiley & Sons, 2000.

HUTCHINSON, M. et al. The worse you behave, the more you seem, to be rewarded: bullying in nursing as organizational corruption. *Employee Respons. Rights J.*, New York, v. 21, no. 3, p. 213-229, 2009.

HUTCHINSON, M. et al. The development and validation of a bullying inventory for the nursing workplace. *Nurse Researcher*, Hampshire, v. 15, no. 2, p. 19-30, 2008.

IBGE. *Município de Maringá*. Brasília, DF, 2008. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.html>>. Acesso em: 1 out. 2010.

IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Acesso à Internet e posse de telefone móvel celular para uso pessoal*. Brasília, DF, 2009. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/acessoainternet2008/internet.pdf>>. Acesso em: 1 out. 2010.

JACKSON, D.; CLARE, J.; MANNIX, J. Who would want to be a nurse? Violence in the workplace – a factor in recruitment and retention. *J. Nurs. Management*, [S.l.], v. 10, p. 13-20, 2002.

JOÃO, A. L. Mobbing, relações interpessoais e satisfação laboral. *Int. J. Develop. Psychol.*, no.1, p. 399-406, 2010. Disponível em: http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&view=article&id=3567:mobbing-relacoes-interpessoais-e-satisfacao-laboral&catid=216:julho-a-agosto-2010.

KISA, S. Turkish nurses' experiences of verbal abuse at work. *Arch. Psychiatric Nurs.*, New York, v. 22, no. 4, p. 200-207, 2008.

KIVIMÄKI, M.; ELOVAINIO, M.; VAHTERA, J. Workplace bullying and sickness absence in hospital staff. *Occup. Environ. Med.*, London, v. 57, p. 656-660, 2000.

KLIJN, T. P.; SUAZO, S. V.; MORENO, M. B. Violência percebida por trabajadores de atención primaria de salud. *Ciencia & Enferm.*, Concepción, v. 10, n. 2, p. 53-65, 2004.

LANCMAN, S. et al.. Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família. *Rev. Saúde Públ.*, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 682-628, 2009.

LANDIS, J. R.; KOCH, G. G. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, Washington, D. C., v. 33, p. 159-175, 1977.

LÁZARUS, R.; FOLKMAN, S. *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer, 1984.

LEITÃO, I. M. T. A.; FERNANDES, A. L.; RAMOS, I. C. Saúde ocupacional: analisando os riscos relacionados à equipe de enfermagem numa unidade de terapia intensiva. *Ciências Cuidado e Saúde*, Maringá, v. 7, n. 4, p. 476-484, 2008.

LEYMANN, H. The content and development of mobbing at work. *Eur.J. Work Organiz. Psychol.*, [S.l.], v. 5, no. 2, p. 165-184, 1996.

LEYMANN, H.; TALLGREN, U. Undersökning av frekvensen vuxenmobbing inom SSAB (Investigation into the frequency of adult mobbing in SSAB a Swedish steel company using the LIPT questionnaire). *Arbete, Miinniska, Miljo*, v.1, p. 111-115, 1989.

LEWIS, M. A. Nurse bullying: organizational considerations in the maintenance and perpetration of health care bullying cultures. *J. Nurs. Management*, Oxford, v. 14, p. 52-58, 2006.

LONGO, J. Combating Disruptive Behaviors. *Online J. Issues Nurs.*, Kent, v.15, no.1, 2010. Disponível em: <<http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol152010/No1Jan2010/Combating-Disruptive-Behaviors.aspx>>. Acesso em: 29 out. 2010.

LOPER, A. Doutrina: assédio moral no trabalho: o ilícito silencioso. *Universo Jurídico – Doutrinas*. [S.l.], 2010. Disponível em: <<http://www.uj.com.br/publicacoes/doutrinas/default.asp?action=doutrina&iddoutrina=2111>>. Acesso em: 5 nov. 2010.

MARTIN, B. Book Review: Bullying at work: how to confront and overcome it. *J. Organiz. Change Manag.*, [S.l.], v. 13, no. 4, p. 401-446, 2000.

MARTINS, C. C.; VALENTE, G. S. C. *Revista de Enfermagem UFPE [on line]*, Recife, v. 4, n. 2, p. 86-91, 2010. Disponível em: <<http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/697>>. Acesso em: 29 out. 2010.

MATTHIESEN, S. B. *Bullying at work: antecedents and outcomes*. 2006. 102 f. (Thesis)-The Degree Philosophiae Doctor. University Berger. Faculty of Psychology, Department of Psychological Science, Bergen, Norway, 2006.

McINTOSH, W. H. *On being shamed in a nursing culture*. 236f. (Thesis)-Doctor of Philosophy. Research Centre for Clinical Practice Innovation, School of Nursing and Midwifery, Griffith University, 2005.

NAKAMURA, A. P.; FERNÁNDEZ, R. A. Assédio moral. *Aletheia*, Canoas, n, 19, p. 69-74, 2004.

NAMIE, G. Workplace bullying: Escalated incivility. *Ivey Business J., London*, 2003.
Disponível em: <http://www.iveybusinessjournal.com/view_article.asp?intArticle_ID=449>.
Acesso em: 9 nov. 2010.

NUNES, M. B. G. et al. Riscos ocupacionais dos enfermeiros atuantes na atenção à saúde da família. *Rev. Enferm., UERJ*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 204-209, 2010.

OLIVEIRA, E. S. Assédio moral: sujeitos, danos à saúde e legislação. *Rev. Genesis*, Criciúma, v. 134, p. 221-234, 2004.

OLIVEIRA, S. E. M.; MIZUGUCHI, S. E.; TANJI, S. O universo desleal na relação entre líder e liderados: perspectiva para o assédio moral. *Nursing*, São Paulo, v. 10, n. 113, p. 454-459, 2007.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO et al. *Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud*. Ginebra, 2002. 38 p. Disponível em: <<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd49/SEWViolenceguidelineSP.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Informe mundial sobre la violencia y salud*. Ginebra, 2002. Disponível em: <http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_es.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2009.

OZTURK, H. et al. Measuring mobbing experiences of academic nurses: Development of a mobbing scale. *J. Am. Acad. Nurse Pract.*, Philadelphia, v. 20, no. 9, p. 435-442, 2008.

PALÁCIOS, M.; REGO, S. Bullying: mais uma epidemia invisível? v. 30, n. 1, 2006. *Rev. Bras. Educ. Med.*, Rio de Janeiro, v. 30, n.1, jan./abr. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022006000100001>.

PEDROSO, V. G. et al. Aspectos conceituais de assédio moral: um estudo exploratório. *Rev. Adm. Saúde*, [S.l.], v. 8, n. 33, p. 139-147, 2006.

PEIXOTO, O. S.; PEREIRA, I. V. Assédio moral no trabalho: repercussões sobre a saúde do trabalhador. *Rev. Bras. Med. Trab.*, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 135-137, 2005.

PROCHNOW, A. G. et al. O conflito como realidade e desafio cultural no exercício da gerência do enfermeiro. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 542-550, 2007.

QUINE, L. Workplace bullying in NHS community trust: staff questionnaire survey. *British Medical J. Publ. Group*, London, v. 318, p. 228-232, 1999.

QUINE, L. Workplace bullying in nurses. *J. Health Psychol.*, London, v. 6, no. 1, p. 73-84, 2001.

RHODES, S. D.; BOWIE, D. A.; HERGENRATHER, K. C. Collecting behavioural data using the world wide web: considerations for researchers. *J. Epidemiol. Community Health*, London, v. 57, p. 68-73, 2003.

ROCHA, M. S. *A auto-eficácia docente no ensino superior*. Tese. 232 f. (Doutorado em Educação)-Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação. Campinas, SP, 2009.

ROSSI, S. S.; SANTOS, P. G.; PASSOS, J. P. A síndrome de burnout no enfermeiro: um estudo comparativo entre atenção básica e setores fechados hospitalares. *Rev. Pesq.: Cuidado é Fundamental* [online], v. 2, n. 4, p. 1232-1239, 2010. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/issue/view/60/showToc>>. Acesso em: 1 nov. 2010.

SÁ, L.; FLEMING, M. F. Bullying, burnout, and mental health amongst portuguese nurses. *Issues Ment. Health Nurs.*, New York, v. 29, no.4, p. 411-426, 2008.

SHERIDAN-LEOS, N. Understanding lateral violence in nursing. *Clin. J. Oncol. Nurs.*, Pittsburgh, v. 12, no. 3, p. 399-403, June 2008.

SILVA, B. M.; LIMA, F. R. F.; CAMPOS, A. C. S. Jornada de trabalho: fator que interfere na qualidade da assistência de enfermagem. *Texto & Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 442-448, 2006.

SILVA, D. C. M.; LOUREIRO, M. F.; PERES, R. S. *Burnout* em profissionais de enfermagem no contexto hospitalar. *Psicol. Hosp.*, [S.l.], v. 6, n. 1. p. 39-51, 2008. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ph/v6n1/v6n1a04.pdf>>. Acesso em: 29 out. 2010.

SILVA, K. L.; SENA, R. R.; LEITE, J. C. A. A gerência e a violência no âmbito da Unidade Básica de Saúde. *REME – Rev. Mineira Enferm.*, Belo Horizonte, v. 8, n. 1, p. 165-252, 2004.

SINDICATO NACIONAL DOS DOCENTES DAS INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR. *Cartilha: assédio moral*, 2008. Disponível em: <http://www.andes.org.br/Cartilha-Assedio_moral.pdf>. Acesso em: 9 nov. 2010.

SPEEDY, S. Workplace violence: the dark side of organizational life. *Contemp. Nurse*, Salisbury East, v. 21, no. 2, p. 239-250, 2006.

STRANDMARK, M.; HALLBERG, L. R. M. The origin of workplace bullying: experiences from the perspective of bully victims in the public service sector. *J. Nurs. Management.*, Oxford, v. 15, p. 332-341, 2007.

SULS, J.; DAVID, J. P.; HARVEY, J. H. Personality and coping: three generations of research. *J. Personality.*, New York, v. 64, p. 711-735, 1996.

TARCITANO, J. S. C.; GUIMARÃES, C. D. *Assédio moral no ambiente de trabalho*. 2004. 51 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Tecnologia em Gestão de Recursos Humanos)-Centro de Educação Tecnológica Estácio de Sá de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2004.

TEIXEIRA, E. R. O ético e o estético nas relações de cuidado em enfermagem. *Texto & Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 89-95, 2005.

THOBABEN, M. Horizontal workplace violence. *Home Health Care Manag. & Practice*, Germantown, v. 20, no. 1, p. 82-83, 2007.

THOFEHRN, M. B. et al. Assédio moral no trabalho da enfermagem. *Cogitare Enferm.*, Curitiba, v. 13, n. 4, p. 597-560, 2008.

THOMAS, S. P. Anger: the mismanaged emotion. *Medsurg Nursing*, Pitman, v. 12, no. 2, p. 103-110, 2003.

TRONCOSO, M. P.; SUAZO, S. V. Enfermeras em riesgo: violência laboral com enfoque de gênero. *Index Enferm.*, Granada, v. 14, no. 51, p. 40-44, 2005.

VASCONCELOS, C. M. C. B.; PRADO, M. L. Vivenciando o sofrimento e os desafios no trabalho: expressões autocríticas de um grupo de enfermeiros educadores. *Rev. Eletrônica Enferm. [online]*, Goiania, v. 6, n. 1, p. 47-58, 2004. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_1/pdf/f5_desafios.pdf>. Acesso em: 1 nov. 2010.

WOELFLE, C. Y.; McCAFFREY, R. Nurse on Nurse. *N Z Nurs. Forum*, New Zealand, v. 42, no. 3, p. 123-131, 2007.

XAVIER, A. C. H. et al. Assédio moral no trabalho no setor saúde no Rio de Janeiro: algumas características. *Rev. Bras. Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 33, n.117, p. 15-22, 2008.

YILDIRIM, D. Bullying among nurses and its effects. *Int. Nurs Rev.*, Geneva, v. 56. p. 504-511, 2009.

YILDIRIM, A.; YILDIRIM, D. Mobbing in the workplace by peers and managers: mobbing experienced by nurses working in healthcare facilities in Turkey and its effect on nurses. *J. Clin. Nurs.*, Oxford, v. 16, no. 8, p. 1444-1453, 2007.

YILDIRIM, D.; YILDIRIM, A. Development and psychometric evaluation of workplace psychologically violent behaviours instrument. *J. Clin. Nurs.*, Oxford, v. 17, no.10, p. 1361-370, 2008.

YILDIRIM, D.; YILDIRIM, A.; TIMUCIN, A. Mobbing behaviours encountered by nurses teaching staff. *Nurs. Ethics*, London, v. 14, no. 4, p. 447-463, July 2007.

ZHANG, Y. Using the internet for survey research: a case study. *J. Am. Soc. Inf. Sci.*, New York, v. 51, no.1, p. 57-68, 1999.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da Pesquisa: **DO INVISÍVEL AO VISÍVEL: assédio moral e o trabalho do enfermeiro.**

O presente trabalho, elaborado como exigência para obtenção do título de Mestre pelo Curso de Pós graduação em Enfermagem (Mestrado) da Universidade Estadual de Maringá, tem por objetivo identificar a presença do assédio moral no ambiente laboral dos enfermeiros atuantes do município de Maringá.

Para tanto, estamos solicitando a sua colaboração no preenchimento de 2 (dois) questionários auto-aplicáveis:

- Questionário sócio demográfico ocupacional;
- LIPT - Leymann Inventory of Psychological Terrorization (Leymann Inventário de Terrorismo Psicológico).

Os resultados desta pesquisa servirão como subsídio para entender melhor como acontece o assédio moral no ambiente laboral dos enfermeiros, assim como, elaborar estratégias a fim de prevenir e/ou mesmo conter este tipo de violência altamente degradante do ambiente ocupacional.

Este estudo tem caráter totalmente voluntário, tendo você à liberdade de recusar a participação ou de desistir a qualquer momento, sem qualquer tipo de penalização ou ônus. Informamos ainda que todos os dados colhidos serão utilizados para publicação acadêmica sendo tratados com o mais absoluto sigilo e confidencialidade. Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é feito em duas vias de igual teor.

Caso você tenha mais dúvidas ou necessite maiores esclarecimentos, pode nos contatar nos endereços abaixo ou procurar um dos membros do Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (COPEP) da Universidade Estadual de Maringá – Biblioteca Central – Campus Central – Telefone: (44) 3011-4444.

Eu,.....
após ter lido e entendido as informações e esclarecido todas as minhas dúvidas referentes a este estudo, **CONCORDO VOLUNTARIAMENTE**, em participar mesmo.

Maringá, PR, _____ de _____ de 2010.

Assinatura (do pesquisado ou responsável) ou impressão datiloscópica

Grupo de pesquisa: Orientadora: Profª Drª Maria Dalva de Barros Carvalho. Universidade Estadual de Maringá, tel: (44) 3261 4040, e-mail: mdbcarvalho@uem.br. Pesquisadora responsável: Kátia Biagio Fontes. Universidade Estadual de Maringá, tel: (44) 3622 7249/ 9144 5882, e-mail: katia.bf@gmail.com

APÊNDICE B – Questionário sócio-demográfico ocupacional

1 Sexo: feminino masculino

2 Idade: | anos

3 Cor/Raça/Etnia: branca amarela
 negra/parda indígena

4 Tem religião?
 Se sim, qual? sim não
 católica evangélica
 espírita outra

5 Grau de instrução: graduado especialista
 mestre doutor

6 Estado civil: solteiro(a) viúvo(a)
 casado(a) ou em união consensual
 separado(a)/divorciado(a)

7 Têm filho(s)? sim não

8 Tempo de atuação como enfermeiro(a): menos de 1 ano
 1 a 3 anos 4 a 6 anos
 7 a 9 anos 10 a 12 anos
 13 a 15 anos 16 a 18 anos
 19 a 21 anos mais de 22 anos

8 Possui mais de um emprego sim não

9 DADOS DO EMPREGO 1

Tipo de instituição: pública privada
 filantrópica

Regime: efetivo contratado

Tempo de trabalho na instituição: menos de 1 ano
 1 a 3 anos 4 a 8 anos
 9 a 15 anos mais de 15 anos

Área: Hospitalar Clínica
 NIS Saúde coletiva
 Urgência e emergência

APÊNDICE C – E-mail convite/apresentação

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

Prezado(a) Enfermeiro(a),

Sou mestranda em Enfermagem pela Universidade Estadual de Maringá - UEM, sob orientação da profª. Drª. Maria Dalva de Barros Carvalho.

Estou pesquisando sobre o assédio moral, ou seja, mobbing no ambiente de trabalho dos enfermeiros de Maringá.

Apesar de muito comum nas empresas, o assédio moral é uma forma particular de violência, sutil e pernicioso, uma forma de violência “invisível” que gera vítimas entre indivíduos, grupos e organizações.

Convido-o(a), assim como seus colegas de trabalho enfermeiros, a participarem da pesquisa.

Ela será realizada em formato eletrônico e o acesso será feito por meio do link www.pse.uem.br/mobbing, hospedado na página do Programa de mestrado em Enfermagem da UEM.

O ambiente virtual da pesquisa foi desenvolvido no sentido de preservar a identidade dos pesquisados, não serão codificados nomes, nosso acesso será somente as respostas dos questionários.

Nos próximos dias será realizado um sorteio, os enfermeiros que forem selecionados terão seus e-mails cadastrados no ambiente de pesquisa que automaticamente enviará uma senha a sua caixa de e-mail, para o acesso aos questionários e as informações sobre como proceder.

Conto com sua participação, caso você seja sorteado.

Agradecemos antecipadamente,

Enfª Kátia Biagio Fontes (Pesquisadora responsável)

katia.bf@gmail.com

Profª. Drª. Maria Dalva de Barros Carvalho (Orientadora)

mdbcarvalho@uem.br

APÊNDICE D – E-mail aviso

Caro (a) enfermeiro (a),

Você foi selecionado (a) para participar da pesquisa: Do invisível ao visível: assédio moral e o trabalho do enfermeiro.

Nas próximas 24 horas seu e-mail será cadastrado no ambiente de pesquisa, e automaticamente o sistema enviará por e-mail uma senha e um link para o acesso aos questionários. **Cuidado, às vezes essa mensagem vai direto pra lixeira, como se fosse spam.**

Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento. Caso você responda os questionários e posteriormente decidir por não participar mais da pesquisa, o sistema enviará juntamente com a senha de acesso, uma senha secundária. Basta nos enviar sua senha secundária por e-mail, para que possamos fazer a exclusão de seu cadastro, conseqüentemente seus dados serão deletados do sistema.

Nosso acesso será somente por este número, não serão codificados nomes ou e-mails aos dados da pesquisa, este procedimento foi criado com o objetivo de preservar a identidade dos respondentes.

Você terá 20 dias, computados a partir do recebimento das senhas, para participar da pesquisa. Após este período seu e-mail será eliminado do sistema.

Conto com sua participação. Agradecemos antecipadamente.

Kátia Biagio Fontes – katia.bf@gmail.com

Maria Dalva de Barros Carvalho – mdbcarvalho@uem.br

APÊNDICE E – Manual de apoio

Seguem abaixo algumas recomendações para que possam ter acesso aos questionários:

1º passo - Para vocês acessarem o questionário terão que clicar no link

www.pse.uem.br/mobbing.

Clique no endereço eletrônico que você recebeu por e-mail, como mostra a figura abaixo.

Cadastro efetuado com sucesso.

Seu usuário é: katia.bf@gmail.com

Sua senha é: bcyDCxA6

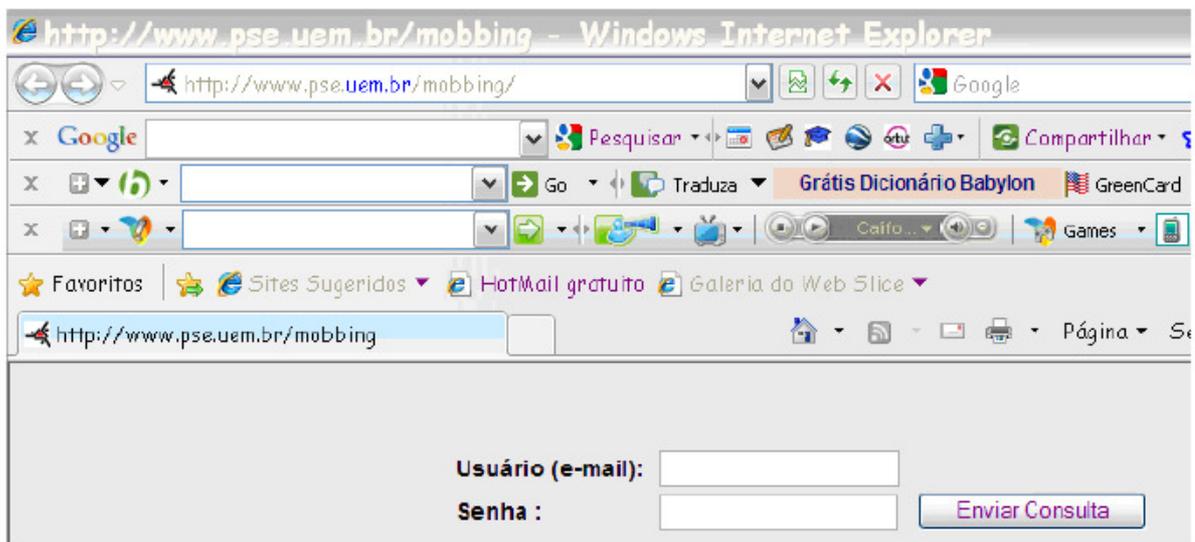
Sua senha secundária para excluir a pesquisa é: AYzX0z1

Você tem o direito de desistir da pesquisa a qualquer momento. Se acaso você participar e optar por desistir, nos envie por gentileza por e-mail a senha secundária para que possamos excluir sua participação.

Para responder a pesquisa, acesse: <http://www.pse.uem.br/mobbing>

FOLIPE PSF

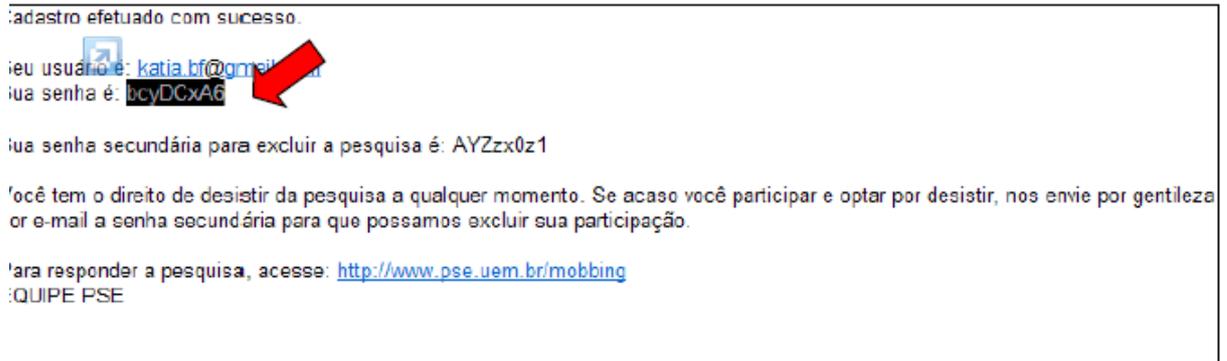
Automaticamente abrirá a página da pesquisa, como na figura abaixo:



2º passo – Nesta tela vocês devem inserir nos campos (como mostra a figura acima) o nome de “usuário”, no caso seu e-mail, e a “senha” que vocês receberam por e-mail. Digite no campo usuário seu e-mail, ou seja, o nome de usuário que você recebeu por e-mail do sistema.

Algumas pessoas estão digitando a senha, e estão tendo problemas para acessar o ambiente de pesquisa. Se possível copie e cole a senha para que fique exatamente igual a enviada pelo sistema e não tenham este problema.

° Para copiar a senha, cliquem duas vezes em cima da senha que vocês receberam no e-mail de vocês, assim a senha ficará selecionada (como figura abaixo). Depois apertem as teclas CTRL e C.



Depois cliquem no campo Usuário (e-mail) na página da pesquisa que já foi aberta anteriormente (como mostra a figura abaixo) e apertem as teclas do teclado CTRL e V. Sua senha automaticamente será inserida, como na figura abaixo.



3º passo – Pronto agora é só clicar em “enviar consulta” que você adentrará no ambiente de pesquisa.

http://www.pse.uem.br... x http://www.pse.uem.br...

Usuário (e-mail):

Senha :

[Enviar Consulta](#)

Atenção: Existem algumas questões que são de preenchimento obrigatório, sendo assim o envio do questionário será bem sucedido apenas se você respondê-las.

Quando você finalizar o preenchimento do questionário e clicar no botão enviar e não for gerada a página seguinte:

Ver Suas Respostas

Prezado(a) enfermeiro(a)!

Muito obrigado por ter participado de nossa pesquisa.

Lembramos que vamos disponibilizar neste mesmo endereço eletrônico os resultados ao final da pesquisa.

Grata pela atenção.

Enfª Kátia Biagio Fontes (Pesquisadora responsável)



katia.bf@gmail.com

Profª. Drª. Maria Dalva de Barros Carvalho (Orientadora)



mdbcarvalho@uem.br

Sua senha para cancelar a sua pesquisa é: [AYZx0z1](#)

[Retornar a Página Inicial](#)

por gentileza, volte ao início do questionário e assinale as questões que não foram preenchidas. Normalmente estas questões obrigatórias quando não preenchidas ficam destacadas em vermelho para alertar os participantes da necessidade do seu preenchimento.

Qualquer problema, por gentileza entre em contato conosco pelo email katia.bf@gmail.com. Agradeço a atenção.

Kátia Biagio Fontes.

APÊNDICE F – Carta impressa

Caro enfermeiro(a)

Primeiramente, quero lhe agradecer por disponibilizar seu endereço para o envio dos questionários.

Como combinado, estou enviando em anexo os questionários e as 2 vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo uma das vias do respondente. Leia atentamente o TCLE antes do preenchimento dos questionários.

Caso aceite voluntariamente participar da pesquisa, envie-me pelo correio por meio do envelope já endereçado e pré-selado em anexo, uma das vias do TCLE assinada e os questionários preenchidos o quanto antes, pois meu prazo para coleta de dados termina em agosto.

Os resultados desta pesquisa servirão para o entendimento do fenômeno assédio moral na enfermagem, assim como de subsídio para o planejamento e implementação de estratégias de prevenção e controle deste tipo de violência.

Certa de sua compreensão antecipo meus agradecimentos.

Enfermeira Kátia Biagio Fontes – Pesquisadora responsável.

Enfermeira Dr^a Maria Dalva de Barros Carvalho – Coordenadora do projeto.

ANEXOS

ANEXO A – Leymann Inventory Psychological Terrorization (LIPT-45)

INVENTÁRIO LEYMANN DE PSICOTERRORISMO NO TRABALHO

A seguir, segue uma lista composta de 45 itens constando situações e condutas de assédio moral que você pode ter sofrido ou estar sofrendo em seu local de trabalho nos últimos 12 meses.

Leia cada questão atentamente. Em caso positivo, favor selecionar:

1 - Atividades de assédio para reduzir as possibilidades da vítima de se de forma adequada com outras pessoas, incluindo o próprio assediador: comunicar de forma adequada com outras pessoas, incluindo o próprio assediador:

- 1 Seu chefe ou agressor não permite que você se comunique.
- 2 O seu agressor te interrompe continuamente quando fala.
- 3 Os companheiros te impedem de se expressar.
- 4 Os companheiros gritam, xingam ou te ofendem.
- 5 Você recebe ataques verbais criticando trabalhos realizados.
- 6 Você recebe críticas de sua vida privada.
- 7 Você recebe agressões via chamadas telefônicas
- 8 Você recebe ameaças verbais.
- 9 Você recebe ameaças por escrito.
- 10 Você é isolado (a) (evitando o contato visual, mediante gestos de desdém ou menosprezo, etc.)
- 11 Você é ignorado (a), por exemplo se dirigem exclusivamente a terceiros (como se não te visse(m) ou se você não existisse).

2 - Atividades de assédio para evitar que a vítima tenha a possibilidade de manter contatos sociais:

- 12 Não falam nunca com você.
- 13 Não permitem que você fale com outras pessoas.
- 14 Você recebe um posto de trabalho onde você está isolado (a) do contato com

outros companheiros.

15 Proíbem que seus colegas falem com você.

16 Impedem sua presença física.

3 - Atividades de assédio dirigidas a desacreditar a vítima a manter sua reputação pessoal ou profissional:

17 Você é alvo de rumores ou calúnias.

18 Espalham rumores orquestrados pelo agressor.

19 Você é alvo de ridicularizações.

20 Dizem que você tem uma doença mental.

21 Pretendem forçar-me a fazer um exame ou diagnóstico psiquiátrico.

22 Inventam uma suposta doença.

23 Imitam seus gestos, sua postura, sua voz para poder te ridicularizar.

24 Atacam suas crenças políticas ou religiosas.

25 Fazem piadas de sua vida privada.

26 Fazem piadas de suas origens ou nacionalidade.

27 Você é obrigado a fazer um trabalho humilhante.

28 Você é monitorado ou monitoram seu trabalho de maneira mal intencionada.

29 Questionam as decisões que você toma.

30 Você é alvo de agressões obscenas ou degradantes

31 Você é alvo de assédio sexual com gestos ou propostas.

4 - Atividades de assédio com o objetivo de diminuir o trabalho feito pela vítima e sua empregabilidade mediante descrédito profissional:

32 Não lhe passam nenhum trabalho.

33 Você é privado de qualquer atividade

34 Você recebe tarefas inúteis ou absurdas.

- 35 Você recebe tarefas muito inferiores a sua capacidade ou competência profissional.
- 36 Você recebe novas tarefas, o tempo todo.
- 37 Você recebe tarefas humilhantes.
- 38 Você recebe tarefas que exigem uma experiência superior as suas competências profissionais.

5 - Atividades de assédio que afetam a saúde física ou psíquica da vítima:

- 39 Você é obrigado (a) a realizar trabalhos perigosos ou especialmente nocivos à saúde.
- 40 Você recebe ameaças físicas.
- 41 Você é alvo de agressões físicas, mas sem gravidade, a título de advertência.
- 42 Você é alvo de agressões físicas.
- 43 Os agressores te ocasionam gastos, com a intenção voluntária de te prejudicar.
- 44 Causam danos em seu posto de trabalho ou domicílio.
- 45 Você é alvo de agressões sexuais.

6 - Com que frequência você enfrentou uma ou mais destas situações anteriores (questões 1 a 5) nos últimos 12 meses?

- Todos os dias.
- Mais de uma vez por semana
- Pelo menos uma vez por semana
- Pelo menos uma vez por mês
- Raramente

Atualmente, você ainda enfrenta uma ou mais dessas situações?

- sim não

Há quanto tempo você enfrenta uma ou mais dessas situações?

anos meses

7 Por quantas pessoas você foi agredido por alguma destas situações?

- uma pessoa
- 2 a 4 pessoas
- mais de 4 pessoas

8 Quem é ou quem são seus agressores:

- um colega
- o conjunto de colegas
- o seu superior hierárquico
- seu superior contra você e seus colegas
- um subordinado
- o conjunto de subordinados

Seu agressor ou seus agressores são:

- homem (s)
- mulher (s)
- os dois

9 Você presenciou alguém no seu trabalho sendo alvo das situações e/ou condutas anteriores nos últimos 12 meses?

- sim
- não

10 Para terminar, você se sente assediado moralmente em seu trabalho neste momento?

- sim
- não

nte: Leymann Inventory of Psychological Terrorization de Leymann e Tallgren (1989) tradução de Barreto (2005) apud adaschia (2007). A partir da questão 5, foram acrescentadas algumas questões para atingir os objetivos propostos por este tudo.

ANEXO B – Ofício de Autorização do Centro de Capacitação Permanente em Saúde

Ofício nº2707/2009

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CECAPS
Centro de Formação e Capacitação
Permanente dos Trabalhadores da Saúde**

Maringá, 10 de dezembro de 2009.

Senhora Coordenadora

Informamos que foi autorizada a realização da pesquisa: **“Assédio Moral no trabalho do Enfermeiro”**, a ser realizada nas seguintes Unidades desta Secretaria Municipal de Saúde: CISAM, CAPS II, CAPS AD, Setor de Epidemiologia, Gerência de Assistência à Saúde, NIS Aclimação, Alvorada I, Floriano, Grevileas III, Iguaçu, Iguatemi, Industrial, Internorte, Mandacarú, Maringá Velho, Morangueira, Ney Braga, Pinheiros, Quebec, São Silvestre, Universo, Vila Esperança, Vila Operária, Policlínica Zona Norte e Hospital Municipal

Solicitamos entrar em contato com os referidos setores, com uma semana de antecedência a fim de agendar horário para a pesquisa.

Atenciosamente

Nelly Lopes de Moraes Gil
Coordenadora CECAPS

Ilma. Professora
Dra. Maria Dalva de Barros Carvalho
Coordenadora do projeto de pesquisa
Universidade Estadual de Maringá UEM

ANEXO C – Solicitação e autorização do 5º Batalhão de Bombeiros de Maringá



Fundação Universidade Estadual de Maringá
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO – MESTRADO EM ENFERMAGEM (PSE)

*Ap 213
Ofício informando para
o CB de Maringá
16/11/09*

Exmo. Tenente Coronel Jurandir André
Comandante do 5º Batalhão de Bombeiros de Maringá

Sou professora do Departamento de Medicina e orientadora dos Programas de Mestrado em Enfermagem e Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Maringá. No momento, desenvolvo uma pesquisa a respeito do assédio moral entre enfermeiros.

Trata-se de um tipo de violência psicológica destruidora do ambiente laboral, capaz de acarretar danos à saúde do trabalhador, comprometer seu desempenho, assim como a organização da própria empresa. De acordo com a literatura, dentre os profissionais mais vulneráveis se encontram os do setor saúde, principalmente os de enfermagem. Sendo estes profissionais a linha de frente na prestação de assistência aos pacientes, conhecer como acontece este fenômeno torna-se de vital importância para que a qualidade da assistência não fique prejudicada, assim como, elaborar estratégias a fim de prevenir e/ou mesmo conter este tipo de violência no ambiente de trabalho.

Esta pesquisa faz parte da dissertação de mestrado de minha orientanda Kátia Biagio Fontes do Programa de Mestrado em Enfermagem. Assim, venho solicitar à V. Srª a permissão para coletar os dados necessários, por meio da aplicação dos questionários, Leymann Inventory Psychological Terrorization (LIPT), e sócio demográfico ocupacional aos enfermeiros desta instituição. Todos os dados colhidos serão utilizados para publicação acadêmica e as instituições e profissionais terão preservadas suas identidades.

Contando com seu consentimento me coloco a disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,


Maria Dalva de Barros Carvalho.

Departamento de Medicina – tel. - 2101 9119
Sala de Projetos - tel. - 3261 1354
Celular - 9973-3791
E-mail -- mdbcarvalho@uem.br

**ANEXO D – Solicitação e autorização do Departamento de Recursos Humanos da
Universidade Estadual de Maringá**



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

A. Ilmo Sra. Neusa Altoé
Pró-Reitora de Recursos Humanos e Assuntos Comunitários da
Universidade Estadual de Maringá.

Oriento no momento uma pesquisa sobre o assédio moral da aluna Kátia Biagio Fontes, como exigência para obtenção do título de Mestre, pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem (Mestrado) da Universidade Estadual de Maringá.

De acordo com a literatura, dentre os profissionais mais vulneráveis ao assédio moral se encontram os do setor saúde, principalmente os de enfermagem. Sendo assim, o objetivo de nossa pesquisa é avaliar a presença do fenômeno assédio moral entre enfermeiros atuantes do município de Maringá.

Diante da dificuldade encontrada por parte das instituições de saúde para entrar em contato com os enfermeiros em seus locais de trabalho e para que o profissional não se sinta intimidado ou constrangido ao responder um questionário abordando temas relacionados ao seu ambiente de trabalho de modo a comprometer a fidedignidade dos dados, vimos solicitar a V. Srª a autorização para acesso a lista dos endereços eletrônicos dos enfermeiros do Hospital Universitário da Universidade Estadual de Maringá. Esta estratégia possibilitara entrar em contato com os enfermeiros a fim de convidá-los a participar da pesquisa e em caso de aceite planejar um local para a coleta de dados.

Este estudo tem caráter totalmente voluntário, tendo o enfermeiro à liberdade de recusar a participação ou de desistir a qualquer momento. As informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa, e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo que profissionais e instituições terão preservadas suas identidades. A pesquisa só será iniciada após aprovação do Comitê de Ética da Universidade Estadual de Maringá.

Contando com vosso consentimento me coloco a disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

Professora Dra. Maria Dalva de Barros Carvalho.
Departamento de Medicina – tel. - 2101 9119- Sala de Projetos - tel. -
3261 1354 - Celular - 9973-3791 - E-mail – mdbcarvalho@uem.br

autorizados por
15/12/2009
Neusa Altoé
Pró-Reitora de Recursos Humanos
e Assuntos Comunitários

ANEXO E – Protocolo de Autorização do Comitê Permanente de Ética em Pesquisa



Universidade Estadual de Maringá

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação

Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

Registrado na CONEP em 10/02/1998

CAAE N°. 0007.0.093.000-10

PARECER N°. 003/2010

Pesquisadora Responsável: Maria Dalva de Barros Carvalho	
Centro/Departamento: CCS/Departamento de Medicina	
Título do projeto: “Do invisível ao visível: assédio moral e o trabalho do enfermeiro”.	
Considerações:	
<p>O projeto de pesquisa de Mestrado tem como objetivo geral identificar a presença do assédio moral no ambiente de trabalho do enfermeiro. Quanto aos objetivos específicos procura caracterizar a população estudada em relação às variáveis sociodemográficas ocupacionais; identificar a parcela de enfermeiros que são alvos de situações e condutas de assédio moral; identificar as condutas mais frequentes de assédio moral às quais os enfermeiros estão expostos; relacionar a presença do assédio moral com as características sociodemográficas ocupacionais; identificar a procedência deste tipo de conduta (superior, subordinado, colega, homem, mulher); identificar a parcela de enfermeiros que testemunham situações e condutas de assédio moral no ambiente de trabalho; comparar os resultados das pontuações no questionário de assédio moral com a percepção subjetiva dos enfermeiros em relação a se perceberem ou não assediados e comparar a presença do assédio moral entre as instituições públicas, privadas e filantrópicas. A metodologia empregada será uma pesquisa do tipo transversal, descritiva e exploratória. A amostra será composta por 230 enfermeiros, de instituições públicas, privadas e filantrópicas (instituições pertencentes à Secretaria Municipal de Saúde, Regional de Saúde, Hospitais, Clínicas e outros serviços como Banco de Sangue, Atendimento Pré-hospitalar, Planos de Saúde, Casas de Saúde, Corpo de Bombeiros e Penitenciária.. O único critério de inclusão será o tempo mínimo de 12 meses de atuação profissional. Será utilizado em questionário sócio-demográfico-ocupacional, mais um instrumento LIPT. Os entrevistados serão sorteados, aleatoriamente, e responderão o questionário via eletrônica. O orçamento está cotado em R\$ 350,00, que será custeado pela pesquisadora. Apresenta cronograma de execução, a autorização da UEM, pela Pró-reitora de recursos Humanos e Assuntos Comunitários, para poder ter acesso aos e-mails dos enfermeiros do HU, do CECAPS e do Corpo de Bombeiros, como o termo de consentimento livre e esclarecido, conforme a resolução nº 196/96 – CNS.</p>	
Parecer:	
<p>Há a necessidade de adequar a Folha de Rosto na questão do nº de pesquisados em relação ao projeto. Constam 250 na Folha de Rosto e 230 no Projeto)</p> <p>Face ao exposto somos de parecer pela APROVAÇÃO do projeto.</p>	
Situação: APROVADO	
CONEP: (X) para registro () para análise e parecer Data: 26/2/2010.	
O pesquisador deverá apresentar Relatório Final para este Comitê em: 01/2011.	
<p>O protocolo foi apreciado de acordo com a Resolução nº. 196/96 e complementares do CNS/MS, na 189ª reunião do COPEP em 26/2/2010.</p>	 PROFª.DRª. Ieda Harumi Higarashi Pr - Presidente do COPEP