

Preditores do assédio moral no trabalho da enfermagem em unidades de cuidados críticos

Predictors of moral harassment in nursing work in critical care units

Predictores del acoso moral en el trabajo en enfermería en unidades de cuidados críticos

Luana Silva de Sousa¹

ORCID: 0000-0002-6203-0024

Roberta Meneses Oliveira¹

ORCID: 0000-0002-5803-8605

Jênifa Cavalcante dos Santos Santiago¹

ORCID: 0000-0001-9815-8698

Érika da Silva Bandeira¹

ORCID: 0000-0002-9421-1903

Yane Carmem Ferreira Brito¹

ORCID: 0000-0003-4362-0296

Hudson Filipe Arnou Alves¹

ORCID: 0000-0002-9407-9332

Paulo César de Almeida¹

ORCID: 0000-0002-2867-802X

¹Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil.

¹Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil.

Como citar este artigo:

Sousa LS, Oliveira RM, Santiago JCS, Bandeira ES, Brito YCF, Alves HFA, et al. Predictors of moral harassment in nursing work in critical care units. Rev Bras Enferm. 2021;74(3):e20200442. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0442>

Autor Correspondente:

Roberta Meneses Oliveira

E-mail: robertameneses@ufc.br



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho

EDITOR ASSOCIADO: Marcia Magro

Submissão: 20-08-2020

Aprovação: 18-01-2021

RESUMO

Objetivos: analisar os preditores de assédio moral no trabalho da enfermagem em unidades de cuidados críticos. **Métodos:** estudo transversal realizado em hospital público de Fortaleza, Ceará, com 167 profissionais de enfermagem, em 2016. Aplicou-se questionário sociodemográfico/ocupacional e Questionário de Atos Negativos-Revisado. A análise incluiu estatística descritiva, medidas de tendência central e dispersão, bem como testes U de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis e ConoverInman para comparações múltiplas. **Resultados:** encontrou-se prevalência de 33% para autopercepção de assédio moral, destacando-se desqualificação pessoal/profissional e assédio relacionado ao trabalho. Os preditores do assédio moral incluíram idade, tempo de formação e de atuação na unidade, vínculo empregatício e setor. **Conclusões:** profissionais jovens (< 30 anos), cooperados, lotados em unidades de terapia intensiva ou emergência, com menor tempo de formação (< 5 anos) ou maior tempo de atuação da unidade (acima de 10 anos) são as maiores vítimas de assédio moral no trabalho da enfermagem em ambientes críticos.

Descritores: Enfermagem; Trabalho; Assédio Não Sexual; Incivilidade; Cuidados Críticos.

ABSTRACT

Objectives: to analyze the predictors of moral harassment in nursing work in critical care units. **Methods:** a cross-sectional study conducted in a public hospital in Fortaleza, Ceará, with 167 nursing professionals in 2016. Sociodemographic/occupational questionnaire and Negative Acts Questionnaire Revised were applied. The analysis included descriptive statistics, measures of central tendency and dispersion, as well as Mann-Whitney, Kruskal-Wallis and Conover Inman U-tests for multiple comparisons. **Results:** there was a 33% prevalence of self-perception of moral harassment, highlighting personal/professional disqualification and work-related harassment. The predictors of moral harassment included age, time working in the job and time in the unit, employment relationship and sector. **Conclusions:** young professionals (< 30 years), cooperative, crowded in intensive care or emergency units, with less time working in the job (< 5 years) or greater time in the unit (above 10 years) are the biggest victims of moral harassment in the work of nursing in critical environments.

Descriptors: Nursing; Work; Non-Sexual Harassment; Incivility; Critical Care.

RESUMEN

Objetivos: analizar los predictores de acoso moral en el trabajo en enfermería en unidades de cuidados críticos. **Métodos:** estudio transversal realizado en hospital público de Fortaleza, Ceará, con 167 profesionales de enfermería, en 2016. Aplicó encuesta sociodemográfica/ocupacional y Encuesta de Actos Negativos-Revisado. Análisis incluyó estadística descriptiva, medidas de tendencia central y dispersión, así como testes U de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis y ConoverInman para comparaciones múltiplas. **Resultados:** encontró prevalencia de 33% para autopercepción de acoso moral, destacándose descalificación personal/profesional y acoso relacionado al trabajo. Los predictores del acoso moral incluyeron edad, tiempo de formación y de actuación, vínculo laboral y sector. **Conclusiones:** profesionales jóvenes (< 30 años), cooperados, destinados en unidades de terapia intensiva o emergencia, con menor tiempo de formación (< 5 años) o mayor tiempo de actuación de la unidad (arriba de 10 años) son las mayores víctimas de acoso moral en el trabajo de la enfermería en ambientes críticos.

Descritores: Enfermería; Trabajo; Acoso no Sexual; Incivilidad; Cuidados Críticos.

INTRODUÇÃO

Em todo o mundo, o contexto de trabalho da enfermagem e seus desdobramentos nos resultados da equipe têm sido tema de investigação em diferentes cenários. Uma maior ênfase é direcionada ao estudo dos comportamentos destrutivos no trabalho, que são comuns, mensuráveis e associados à cultura de segurança e ao bem-estar profissional⁽¹⁻⁴⁾.

Comportamentos destrutivos no trabalho em saúde envolvem incivildade e violência psicológica, além de violência física ou sexual^(2,5); e, muitas vezes, são tratados como sinônimos de bullying no trabalho. Pesquisadores revisaram os atributos desse fenômeno na enfermagem e encontraram condutas características de incivildade, agressão psicológica e de assédio moral⁽⁶⁻⁷⁾.

Especificamente, o assédio moral é qualquer conduta abusiva, realizada com palavras, atos ou comportamentos que possam danificar a integridade física ou psíquica do trabalhador. Nessa agressão, o assediador utiliza os pontos fracos da vítima e faz com que ela duvide de si mesma, visando aniquilar suas defesas e, de tal modo, abalar progressivamente sua autoconfiança⁽⁸⁾.

Trata-se, portanto, de um fenômeno presente há muitos anos nos ambientes de trabalho em enfermagem e que assola mundialmente a saúde dos profissionais, muitas vezes velado ou permanecendo apenas como índice para diagnóstico situacional^(1,9).

Estudos apontam a necessidade de investigar melhor esse fenômeno em diferentes cenários de prática, pois afeta diretamente o cuidado ao paciente. Isso acontece porque os profissionais assediados sentem-se incompetentes e incapazes de realizar seu trabalho, levando a um maior risco de ocorrência de erros e eventos adversos, por tornarem-se impossibilitados de pensar com clareza ou de se concentrar^(1,10-11).

Apesar da real e complexa conjuntura do assédio moral no ambiente hospitalar, estudos sobre tal fenômeno na enfermagem devem diversificar os públicos e os locais de atuação, o que contribui para a ampliação do conhecimento acerca desse problema em diferentes circunstâncias⁽⁷⁾.

Nessa perspectiva, embora as evidências internacionais indiquem maior frequência de assédio moral em unidades críticas ou de elevada tensão, como terapia intensiva, centro cirúrgico e emergência⁽¹²⁻¹³⁾, ainda não há evidências concretas sobre as variáveis preditoras desse tipo de violência em tais cenários de prática no Brasil.

OBJETIVOS

Analisar os preditores de assédio moral no trabalho da enfermagem em unidades de cuidados críticos.

MÉTODOS

Aspectos éticos

O estudo respeitou todos os requisitos formais para pesquisas com seres humanos, com a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do hospital escolhido como cenário da pesquisa. Todos os participantes leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido, em duas vias.

Desenho, período e local do estudo

Estudo transversal norteado pela ferramenta STROBE e desenvolvido em hospital público de ensino, localizado em Fortaleza, Ceará, Brasil, em 2016. Trata-se de uma instituição de referência para as regiões do Norte e Nordeste do país, dispondo de 525 leitos de internação, em diversas unidades e especialidades. Realizou-se, especificamente, nas unidades de terapia intensiva (UTI), emergência e centro cirúrgico, por serem setores de cuidados críticos, em que existe maior possibilidade de evidências de assédio moral conforme estudos anteriores^(1,12-13).

População ou amostra; critérios de inclusão e exclusão

Segundo dados da instituição, em 2016, aproximadamente 600 trabalhadores faziam parte da equipe de enfermagem das unidades de emergência, UTI e centro cirúrgico, entre cooperados e servidores públicos. Calculou-se a amostra com base na fórmula para população finita, considerando erro amostral de 5%, intervalo de confiança de 95% e prevalência de 50%. Com isso, foi estimado um total de 234 participantes.

A amostra foi formada por conveniência, sendo incluídos profissionais de enfermagem que atenderam aos seguintes critérios: ocupar função apenas assistencial e ter, no mínimo, um ano de atividade no setor. Foram excluídos os profissionais que estavam de férias ou afastados no período da coleta de dados. Ao fim, chegou-se ao total de 167 participantes, correspondendo a 70% da amostra estimada.

Protocolo do estudo

Para coleta dos dados, foram utilizados dois instrumentos: um questionário sociodemográfico e ocupacional, elaborado pelos autores, contemplando as variáveis sexo, idade, tempo de formação, tempo de atuação no serviço, pós-graduação, número de empregos, carga horária semanal de trabalho, setor/unidade e tipo de vínculo empregatício; e o Questionário de Atos Negativos-Revisado (QANR), adaptado e validado no Brasil⁽¹⁴⁾.

A boa qualidade do QAN-R na determinação de variáveis relacionadas ao assédio moral é endossada em vários estudos⁽¹⁵⁻¹⁷⁾, pois permite a identificação de alvos e a magnitude da exposição, podendo favorecer a construção de programas significativos de intervenção. Compõe-se de 22 itens, cada um em forma de comportamento, sem referência ao termo "assédio"; mede quantas vezes o entrevistado, durante os últimos seis meses, foi submetido a uma série de atos negativos e comportamentos potencialmente ofensivos; e diferencia sujeitos que foram assediados dos não assediados, fazendo uso de escala Likert de 1 a 5 (1 – nunca, 2 – de vez em quando, 3 – mensalmente, 4 – semanalmente, 5 – diariamente). Consideram-se casos de assédio aqueles em que os profissionais vivenciaram ou sofreram, pelo menos, um ato negativo por semana nos últimos seis meses⁽¹⁴⁾.

Divide-se em quatro fatores: Fator 1 – Assédio Relacionado com o Trabalho: a pessoa sofre pressões, críticas negativas e boicotes, de tal forma que tem seu desempenho prejudicado no trabalho; Fator 2 – Assédio Pessoal: a pessoa se sente atacada por comportamentos hostis e de exclusão; Fator 3 – Desqualificação pessoal e profissional: a pessoa sente que tanto seu trabalho como sua opinião não são levados em consideração; e Fator 4 – Intimidação Física: a pessoa

se vê envolvida em situação de intimidação física ou, até mesmo, é vítima de violência física⁽¹⁴⁾.

Os instrumentos foram distribuídos aos profissionais de enfermagem nos diferentes turnos (manhã, tarde e noite), em envelope fechado e com prazo de uma semana para devolução, sem identificação do participante.

Análise estatística dos resultados

Os dados foram processados no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0, licença número 10101131007.

As variáveis quantitativas contínuas foram analisadas quanto à média e desvio-padrão (DP); e as variáveis qualitativas, quanto à frequência simples e percentual. Para a comparação entre as médias dos fatores da escala de acordo com as variáveis predictoras (demográficas e ocupacionais), inicialmente verificou-se a normalidade de distribuição das variáveis por meio do teste KolmogorovSmirnov, constatando distribuição não normal ($p < 0,05$). Então, aplicaram-se os testes não paramétricos U de Mann-Whitney (para variáveis com duas categorias) e Kruskal-Wallis (para variáveis com mais de duas categorias), sendo feitas as comparações múltiplas pelo teste de ConoverInman. Para todas as análises, fixou-se $p < 0,05$.

RESULTADOS

Participaram do estudo, 167 profissionais de enfermagem, com idade média de 37,2 anos (Mín. = 19; Máx. = 74, DP = 11,3 anos), maioria do sexo feminino (146; 87,4%), com apenas um emprego (114; 61,3%), cooperados em sua maior parte (131; 78,4%), atuando nas unidades de centro cirúrgico (75; 44,9%); emergência (62; 37,1%) e UTI (30; 17,9%). As médias de tempo de formação e de trabalho na unidade foram de 10,2 anos (Mín. = 1; Máx. = 40, DP = 9,4 anos) e de 7,2 anos (Mín. = 1; Máx. = 40, DP = 8,7 anos), respectivamente.

Tabela 1 – Distribuição das médias e desvios-padrão das respostas dos participantes e suas comparações segundo fator do Questionário de Atos Negativos-Revisado, Fortaleza, Ceará, Brasil, 2016, (N = 167)

Fator	Média (±DP*)	p de Conover-Inman ≤ 0,05**
F1. Assédio relacionado com o trabalho	1,73 (±0,66)	F1 > F2 e > F4
F2. Assédio pessoal	1,47 (±0,58)	F2 < F3 > F4 e
F3. Desqualificação pessoal e profissional	1,76 (±0,82)	< Escala Total
F4. Intimidação física	1,25 (±0,54)	F3 > F4
Escala total	1,59 (±0,55)	F4 < Escala Total

Nota: *DP – desvio-padrão; **p de teste de Kruskal-Wallis < 0,0001.

Tabela 2 – Distribuição de frequência de respostas aos itens do Questionário de Atos Negativos-Revisado de acordo com o assédio moral identificado semanal ou diariamente, Fortaleza, Ceará, Brasil, 2016, (N = 167)

Fator/Assertiva	Assédio	
	Não (%)	Sim (%)
Fator 1 – Assédio relacionado com o trabalho		
5 Foram espalhadas fofocas ou rumores sobre você.	148 (88,6)	19 (11,4)
10 Você recebeu dicas ou sinais de outros de que você deveria desistir do seu emprego.	155 (92,8)	12 (7,2)
11 Você recebeu lembretes de erros ou enganos cometidos.	164 (98,2)	3 (1,8)
16 Você recebeu tarefas com metas ou prazos impossíveis de serem cumpridos ou irracionais.	148 (88,6)	19 (11,4)
17 Foram feitas alegações contra você.	161 (96,4)	6 (3,6)
18 É feito um monitoramento excessivo de seu trabalho.	141 (84,4)	26 (15,6)
19 Você recebeu pressão para não reivindicar seus direitos.	145 (86,8)	22 (13,2)
21 Você foi exposto a uma carga de trabalho impossível de ser administrada.	153 (91,6)	14 (8,4)

Continua

Com a aplicação do QAN-R, constatou-se que 33% dos participantes relataram ter sofrido assédio moral no trabalho, e 3,0% sentiam-se assediados várias vezes por semana ou quase diariamente. A Tabela 1 reúne as médias dos fatores do QAN-R e sua média geral.

Percebe-se que as médias mais altas compõem os Fatores 3 (Desqualificação pessoal e profissional) e 1 (Assédio relacionado com o trabalho), respectivamente, sendo estes apontados como as formas mais comuns de assédio moral percebidas entre os participantes do estudo.

Quanto ao teste de comparação de médias, constatou-se que todos mostraram diferenças significantes entre si ($p = 0,000$).

A Tabela 2 expõe a frequência de profissionais que referiram assédio semanal ou diário em cada item do QAN-R.

As formas de assédio mais referidas envolveram: ser obrigado a realizar atividades em nível inferior à capacidade profissional (16,2%), receber monitoramento excessivo do trabalho (15,6%), ser pressionado para não reivindicar direitos (13,2%), receber tarefas com metas ou prazos impossíveis de serem cumpridos ou irracionais (11,4%) e ter fofocas ou rumores espalhados sobre o profissional (11,4%).

A Tabela 3 traz as comparações das médias das variáveis predictoras e dos fatores do QAN-R.

Foram associados ao assédio moral os seguintes preditores: faixa etária, tempo de formação, tempo de atuação na unidade, tipo de vínculo empregatício e setor. Quanto à idade, observou-se diferença estatística significativa das médias para os Fatores 1, 2 e 3, demonstrando que os profissionais mais jovens (até 30 anos) são mais alvos de Assédio relacionado com o trabalho, Assédio pessoal e Desqualificação pessoal e profissional do que os mais velhos. Do mesmo modo, profissionais com menor tempo de formação (até 4 anos) foram mais assediados do que os formados há mais tempo. Quanto ao tempo de atuação na unidade, aqueles com 11 a 20 anos de serviço apresentaram média superior aos com menos tempo no setor de trabalho. Por último, o tipo de unidade também mostrou associação significativa com o assédio moral, sendo este mais experimentado nos serviços de emergência e UTI. Chama a atenção, ainda, os cooperados (profissionais em contratos temporários) sendo mais vítimas de Assédio relacionado com o trabalho (Fator 1) do que os servidores públicos, em detrimento do Assédio pessoal (Fator 2), mais referido pelos últimos.

Continuação da Tabela 2

Fator/Assertiva	Assédio	
	Não (%)	Sim (%)
Fator 2 – Assédio pessoal		
2 Você foi humilhado ou ridicularizado em razão de seu trabalho.	160 (95,8)	7 (4,2)
6 Você foi ignorado, excluído ou isolado do grupo.	162 (97,0)	5 (3,0)
7 Você recebeu comentários ofensivos sobre sua pessoa.	157 (94,0)	10 (6,0)
8 Você foi xingado ou foi alvo de raiva sem motivo (ou fúria).	155 (92,8)	12 (7,2)
12 Você foi ignorado ou enfrentou reação hostil ao se aproximar.	165 (98,8)	2 (1,2)
13 Você recebeu persistente crítica relativa ao seu trabalho e esforço.	159 (95,2)	8 (4,8)
15 Foram feitas piadas desrespeitosas por pessoas com quem você não tem muita proximidade.	159 (95,2)	8 (4,8)
Fator 3 – Desqualificação pessoal e profissional		
1 Alguém reteve informações que interferiram em seu desempenho.	152 (91,0)	15 (9,0)
3 Você foi obrigado a realizar atividades em nível inferior a sua capacidade.	140 (83,8)	27 (16,2)
4 Suas principais áreas de responsabilidade foram substituídas por atividades triviais ou desagradáveis.	152 (91,0)	15 (9,0)
14 Suas opiniões e pontos de vista foram ignorados.	155 (92,8)	12 (7,2)
Fator 4 – Intimidação física		
9 Você sofreu comportamento intimidador, como ser apontado com o dedo, invasão do seu espaço pessoal, empurrado, ter o caminho bloqueado ou barrado.	161 (96,4)	6 (3,6)
20 Você foi objeto de sarcasmo e provocação excessiva.	164 (98,2)	3 (1,8)
22 Você recebeu ameaças de violência ou de abuso físico ou abuso real.	163 (97,6)	4 (2,4)

Tabela 3 – Distribuição e comparação das médias das respostas segundo as categorias das variáveis sociodemográficas/ocupacionais e os fatores do Questionário de Atos Negativos-Revisado, Fortaleza, Ceará, Brasil, 2016, (N = 167)

Variáveis	Assédio relacionado com o trabalho	Assédio pessoal	Desqualificação pessoal e profissional	Intimidação física	Escore geral
Sexo					
Masculino	1,73	1,51	1,71	1,31	1,60
Feminino	1,73	1,47	1,77	1,24	1,59
Valor de p*	0,975	0,839	0,751	0,715	0,871
Faixa etária (anos)					
19 a 30	1,90	1,43	1,93	1,28	1,67
31 a 59	1,67	1,51	1,69	1,25	1,57
≥ 60	1,05	1,00	1,45	1,00	1,10
Valor de p*	0,001	0,005	0,065	0,268	0,008
Tempo de formação (anos)					
1 a 4	1,91	1,48	1,94	1,32	1,70
5 a 10	1,69	1,42	1,73	1,17	1,54
11 a 20	1,77	1,70	1,70	1,37	1,68
≥ 21	1,30	1,29	1,50	1,12	1,31
Valor de p*	0,001	0,049	0,047	0,553	0,004
Tempo de atuação na unidade (anos)					
1 a 4	1,83	1,46	1,85	1,24	1,63
5 a 10	1,65	1,51	1,72	1,25	1,56
11 a 20	1,86	1,85	1,82	1,53	1,81
≥ 21	1,25	1,16	1,38	1,11	1,23
Valor de p*	0,001	< 0,0001	0,100	0,574	0,001
Carga horária semanal					
< 20	2,17	1,60	2,30	2,13	2,00
20 a 40	1,66	1,43	1,69	1,19	1,53
> 40	1,78	1,51	1,83	1,27	1,63
Valor de p*	0,276	0,782	0,234	0,194	0,376
Tipo de vínculo					
Cooperado	1,74	1,43	1,78	1,23	1,58
Servidor público	1,56	1,54	1,67	1,16	1,52
Valor de p*	0,010	0,044	0,738	0,075	0,069
Setor					
Emergência	1,86	1,46	1,85	1,32	1,66
Centro cirúrgico	1,52	1,37	1,54	1,16	1,43
UTI	1,92	1,71	2,06	1,35	1,80
Valor de p*	< 0,0001	0,016	0,005	0,021	< 0,0001

Nota: *Valor de p: significância dos testes U de Mann Whitney para comparação de duas amostras; e Kruskal Wallis para mais de duas amostras.

DISCUSSÃO

O perfil dos participantes é semelhante ao já descrito em outras pesquisas realizadas com profissionais de enfermagem em diferentes contextos clínicos. De modo geral, trabalhadores do sexo

feminino, mais jovens e com pouco tempo de serviço sentem-se mais assediados^(15,18-20).

Quanto ao vínculo empregatício, o fato de mais da metade da amostra trabalhar por meio de cooperativas reflete a problemática das formas precarizadas de trabalho em serviços de saúde

brasileiros. Isto tem como consequência a falta de segurança no emprego e o comprometimento das relações de trabalho e da segurança do paciente⁽²¹⁾.

Cabe destacar que as dimensões da precarização do trabalho em enfermagem envolvem as condições de trabalho, a intensidade de organização do processo de trabalho e a gestão desse processo. Nesta última, são discutidas a existência de conflitos, o constrangimento, a discriminação e a violência no trabalho. Isso acontece num contexto que aponta omissões do poder público na manutenção dos serviços de saúde, tais como: má remuneração, ausência de concursos públicos e aumento da terceirização da força de trabalho⁽²²⁾.

Considerando os resultados da aplicação do QAN-R (Tabela 1), as formas preponderantes de assédio moral (Desqualificação pessoal e profissional e Assédio relacionado com o trabalho) evidenciam as condutas mais características desse fenômeno nas unidades críticas, conforme já observado em outros estudos: profissionais sofrendo pressões, críticas negativas, de tal forma que tem seu desempenho prejudicado no trabalho; e, além disso, sentindo que tanto seu trabalho como sua opinião não são levados em consideração^(2,8,10,15-16).

Pesquisadores ressaltam a nítida prevalência do tipo de assédio moral descendente entre enfermeiros e técnicos de enfermagem, sendo comuns as humilhações, os constrangimentos e as perseguições de forma repetitiva no ambiente de trabalho, que desestabilizam o equilíbrio físico e, principalmente, emocional da vítima, além de alterar o relacionamento com os colegas de trabalho e com os demais indivíduos⁽⁸⁾.

Os perpetradores do assédio moral são, muitas vezes, profissionais com mais tempo no serviço, estabilidade no emprego e experiência reconhecida. Em geral, adotam posturas como delegar atividades em excesso aos subordinados, agir com grosseria, usar linguagem abusiva, arremessar objetos ou instrumentais em direção aos outros, gerar fofocas ou conflitos entre os membros da equipe, demonstrar atitudes discriminatórias, reter informações sobre pacientes ou decisões institucionais para prejudicar os outros, ameaçar, entre outras condutas destrutivas⁽²⁾. O impacto no tempo oferecido aos cuidados diretos de enfermagem é evidente, causando danos ao paciente, o qual não tem qualquer envolvimento com a situação envolvendo os profissionais.

No que diz respeito ao abuso de poder, à pressão da chefia e à ambiguidade de papéis, é preciso considerar que tais estruturas hierárquicas rígidas e tradicionais, associadas à indeterminação dos processos de trabalho, favorecem o surgimento de enfermeiros e gestores cada vez mais autoritários e com pouco ou nenhum reconhecimento e valorização por parte dos trabalhadores e membros da equipe⁽²⁾.

Outro exemplo de agressão psicológica percebida nos ambientes de trabalho em saúde diz respeito às fofocas, cuja vertente negativa constitui-se um lado sombrio das relações interpessoais, com capacidade para produzir o elitismo, a exclusão de indivíduos, a difamação pessoal e institucional, além de abusos sistêmicos, negligência e danos aos pacientes. Esse tipo de comunicação é considerado um reflexo de diversos problemas organizacionais que, frequentemente, são silenciados e não gerenciados⁽²³⁾.

No Reino Unido e em outros países, o assédio moral envolve violência psicológica intencional, pessoal, repetida, humilhante e

isolante por parte dos colegas de trabalho. Os principais perpetradores são enfermeiros em posição de nível superior aos que são intimidados e colegas que são membros de equipe fixa. Aqueles que provavelmente serão intimidados são alunos e novos funcionários⁽¹⁰⁾, conforme também constatamos no presente estudo.

Não obstante as evidências reais do assédio moral no ambiente de prática de enfermagem, há ainda um amplo reconhecimento de que, apesar desses maus tratos e desrespeitos serem percebidos e nomeados como violência, muitas vezes são considerados condutas necessárias ao trabalho em alguns momentos, como parte do exercício da autoridade profissional⁽²⁴⁾. Portanto, é necessária abordagem sistêmica e responsável desses atos negativos, principalmente por parte das lideranças da área, com o cuidado de não permitir que se tornem impregnados na cultura organizacional.

A violência no trabalho pode causar angústia e depressão, fazendo com que até 25% das pessoas intimidadas deixem seus empregos ou a profissão, além de exercer impacto direto no atendimento ao paciente. O silêncio junto com falta de atitudes e de gerenciamento por gerentes e colegas permitem que esse comportamento continue. Uma tolerância zero e o tratamento desse comportamento de forma clara e rápida pelos gerentes devem ser instigados⁽¹⁰⁾.

Desse modo, acredita-se que a hostilidade no ambiente laboral é percebida num espaço em que condições de trabalho inadequadas e a baixa satisfação profissional são frequentes, o que reflete em prejuízos nas relações interpessoais, na resolução de conflitos, no processo de comunicação e, consequentemente, na ascensão de profissionais autoritários e excludentes⁽²⁵⁾.

Finalmente, analisando os preditores do assédio moral identificados neste estudo (Tabela 3) (profissionais jovens, recém-formados, ou com maior tempo de atuação na unidade e atuantes em UTI e emergência), percebe-se a magnitude do impacto de tal problema na carreira e na saúde emocional desses profissionais, levando-os, inclusive, a deixarem a profissão.

Estudo de revisão sistemática sobre a utilização do QAN-R para avaliar o bullying entre enfermeiros corrobora os achados deste estudo⁽¹⁵⁾. Os dados indicaram que os participantes relataram bullying em prevalência de 17% a 94% (19 estudos), com idade, nível educacional e anos de experiência profissional como as variáveis mais frequentemente associadas, confirmando os resultados da presente pesquisa.

Na Nova Zelândia, evidenciou-se prevalência geral de 38% de assédio moral no trabalho de 1.759 profissionais de saúde (médicos e dentistas), medida pelo QAN-R (pelo menos um ato negativo semanal ou diário), 37,2% autorreferidos e 67,5% testemunhados. Houve diferenças significantes nas taxas de assédio por especialidade ($p = 0,001$), com a medicina de emergência relatando a maior prevalência (47,9%). O assédio foi significativamente associado ao aumento da demanda de trabalho e menor apoio de colegas e gerentes ($p = 0,001$). As consequências foram variadas, afetando os ambientes de trabalho, o bem-estar pessoal e a qualidade subjetiva do atendimento ao paciente⁽¹⁶⁾.

Em outro estudo que avaliou as intenções de rotatividade, bem como a prevalência e a frequência de comportamentos incivis na perspectiva de 170 profissionais de saúde, também com o QAN-R, evidenciou-se a exposição à incivildade mais frequente na equipe

de enfermagem do que entre outros profissionais de saúde. No entanto, não foram encontradas correlações significantes entre a exposição ao comportamento incivil e as variáveis demográficas selecionadas, sugerindo que a exposição não depende da idade, raça, tipo de unidade ou nível educacional. Esses dados divergem dos encontrados em nosso estudo⁽¹⁷⁾.

Ademais, cabe ressaltar que os trabalhadores de enfermagem, em comparação aos demais trabalhadores de saúde, podem sofrer mais assédio moral, independentemente da idade, raça, local de atuação, tempo de formação e de atuação. A história da categoria explica essa realidade e evidencia uma profissão que sempre vivenciou conflitos internos e externos relacionados a poder e autoridade.

Pesquisando o passado da enfermagem, entende-se que a diferença não aceita e o conflito não resolvido são o que mais corrompe os relacionamentos dentro da categoria. A tese é de que as primeiras enfermeiras foram oprimidas por um sistema patriarcal dominante, por equipes médicas do exército ressentidas e por lutas internas por poder, pagamento, influência e recursos⁽²⁶⁾. Tais lutas foram propagadas e perpetuadas nos diferentes cenários de formação e de atuação de enfermeiros(as) ao longo dos anos, refletindo de forma negativa até hoje em seus processos de trabalho.

No Brasil, ao investigar práticas de violência psicológica intraequipe, nas relações entre pacientes, acompanhantes e outros profissionais com os trabalhadores de enfermagem da rede hospitalar pública, estudo apontou que estes eram relativamente jovens, predominantemente do sexo feminino e com considerável experiência profissional. A agressão verbal foi o subtipo de violência psicológica mais frequente (95%; 84), seguida pelo assédio moral (27%; 24). A emergência (51%; 45) foi o setor de maior ocorrência; pacientes (60%; 53), os principais agressores; enfermeiros (76%; 19) sofreram mais violência, sendo maioria do sexo feminino, jovens e pouco experientes⁽¹⁸⁾. Tal associação também foi testada na presente pesquisa, tendo sido observada a relação inversamente proporcional entre tempo de formação e ser assediado; e diretamente proporcional entre tempo de experiência e ser assediado.

Outros pesquisadores comprovaram a maioria da equipe de enfermagem da unidade de terapia intensiva sendo vítima e testemunha de comportamento de assédio moral, com repercussões negativas na satisfação e no desempenho no trabalho, sendo também a causa da rotatividade constante de funcionários⁽²⁷⁾.

Em estudo brasileiro com 112 enfermeiros que atuam na Atenção Primária à Saúde, a violência no trabalho compreendeu agressão verbal (67%) e assédio psicológico (bullying – 27,1%). Os chefes de equipe (78,3%) e outros profissionais de saúde (41,7%) foram perpetradores, além dos pacientes. A violência ocupacional não foi estatisticamente associada ao gênero, experiência profissional, experiência na Atenção Primária à Saúde, horário semanal de trabalho ou turno de trabalho. Os autores concluíram que a violência ocupacional tem alta prevalência entre os enfermeiros brasileiros que atuam na Atenção Básica à Saúde e que a falta de segurança no local de trabalho é o principal fator de risco associado⁽²⁰⁾.

No âmbito institucional, é necessária a concepção de uma cultura de saúde e segurança por meio de um compromisso

compartilhado e sustentado de empregadores e empregados, em três níveis de ação, de forma a reduzir a vulnerabilidade do ambiente de trabalho. Esses três níveis incluem estratégias de prevenção primária, secundária e terciária. A prevenção primária envolve educação e outras medidas para identificar e reduzir vulnerabilidades a fim de prevenir a ocorrência de violência no local de trabalho. Iniciativas de prevenção primária também têm por finalidade melhorar relações interpessoais e interprofissionais. As estratégias de intervenção secundária são projetadas para reduzir os danos uma vez que um incidente de violência no local de trabalho tenha começado. Já as estratégias terciárias visam reduzir as consequências associadas a tal evento. Embora especificadas para enfermeiros e empregadores, as recomendações também podem ser relevantes para outros profissionais de saúde e partes interessadas que colaboram para criar e manter um ambiente de trabalho interprofissional seguro e saudável⁽²⁸⁾.

Os gestores têm importantes papéis na mitigação da problemática. Aspectos que são determinantes na ocorrência dos agravos, como as características organizacionais e o processo de trabalho em saúde, devem ser incluídos nas investigações, contribuindo, assim, para um maior entendimento da violência no trabalho em saúde e para a busca de estratégias a fim de combatê-la⁽⁵⁾.

Considerando o trabalho nas unidades de UTI e emergência, esses setores contam com exaustivas cargas de trabalho, seja pela necessidade de agilidade no atendimento, seja pelo caráter crítico dos pacientes. São setores que exploram grande capacidade técnica e científica do profissional, contando com protocolos e, muitas vezes, uma supervisão exacerbada. Ainda, diante das necessidades iminentes é que os problemas sistêmicos saltam aos olhos.

Tal contexto também faz parte do trabalho do enfermeiro nas unidades emergenciais⁽²⁹⁻³⁰⁾. Esses fatores contribuem para os comportamentos de assédio, uma vez que a dicotomia entre a necessidade e a realidade é geradora de grande inquietação, insatisfação e, muitas vezes, atitudes retaliatórias.

Deixar de enfrentar o problema do assédio limita, ainda, a contribuição que os enfermeiros podem dar ao serviço de saúde e impede que os futuros enfermeiros ingressem ou permaneçam na profissão, além de prejudicar e depreciar inúmeras pessoas boas que querem fazer a diferença e cuidar de outros⁽²⁶⁾.

Assim, a identificação precoce no ambiente da prática profissional pode oferecer subsídios aos gestores de serviços de saúde para o desenvolvimento de programas de prevenção e controle desse comportamento nas instituições de saúde⁽⁶⁾. Os esforços para combater o assédio moral no trabalho entre os enfermeiros e equipe precisam incluir treinamento sobre métodos legítimos de análise de desempenho, oficinas sobre como interagir com diversos colegas de trabalho e o exame de como as práticas no ensino de enfermagem contribuem para a perpetuação do assédio moral em contextos clínicos⁽⁹⁾.

Sabe-se que os sentidos positivos atribuídos ao trabalho favorecem o enfrentamento de circunstâncias degradantes originadas pelo assédio moral⁽³¹⁾. Portanto, faz-se necessário estimular a construção de relacionamentos saudáveis entre colegas de trabalho em unidades críticas, favorecendo ambientes de prática positivos e resilientes.

Promover estratégias para enfrentamento do assédio moral

no trabalho de enfermagem, que tenham como enfoque as necessidades do serviço e dos profissionais, depende da coesão entre os trabalhadores e a organização como um todo⁽²⁵⁾.

Limitações do estudo

Algumas limitações de estudo foram o alcance do total da amostra estimada e o receio que os trabalhadores demonstraram em participar, por medo de retaliação dos colegas ou da gestão, apesar de ter sido explicado sobre a garantia do anonimato e da confidencialidade dos dados. Uma amostra maior poderia evidenciar mais pontos críticos e relevantes para uma futura intervenção.

Contribuições para a Área da Enfermagem, Saúde ou Saúde Pública

Avaliar o assédio moral no cotidiano do trabalho da equipe de enfermagem em unidades críticas impulsiona enfermeiros, gestores, pesquisadores, estudantes e lideranças da área da saúde a conhecerem, de forma mais aprofundada, os fatores

relacionados, as condutas mais frequentes e as consequências deste fenômeno para todos os envolvidos. Desse modo, tem-se subsídios para planejar estratégias de educação permanente e de avaliação de desempenho mais direcionadas ao gerenciamento efetivo de cada caso, conduzindo os profissionais a revisarem suas habilidades de resolução de conflitos, bem como seus papéis e valores profissionais.

CONCLUSÕES

Evidenciou-se prevalência de 33% para autopercepção do assédio moral entre profissionais de enfermagem de unidades de cuidados críticos, sendo 3% semanal ou diariamente e 30% raramente ou de vez em quando. Os preditores do assédio moral foram idade (menores de 30 anos), tempo de formação (abaixo de 5 anos) e de atuação (mais de 10 anos), tipo de vínculo empregatício (cooperativa) e unidade de trabalho (UTI e emergência). Assim, os profissionais que mais se sentem assediados moralmente no trabalho em unidades de cuidados críticos são os recém-formados, aqueles com maior tempo de atuação na unidade, os que têm contratos temporários (cooperados) e os que atuam em emergência e UTI.

REFERÊNCIAS

1. Pereira CAR, Borgato MH, Colichi RMB, Bocchi SCM. Institutional strategies to prevent violence in nursing work: an integrative review. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(4):1052-60. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0687>
2. Oliveira RM, Silva LMS, Guedes MVC, Oliveira ACS, Sánchez RG, Torres RAM. Analyzing the concept of disruptive behavior in healthcare work: an integrative review. *Rev Esc Enferm USP.* 2016;50(4):690-9. <https://doi.org/10.1590/s0080-62342016000500021>
3. Rehder KJ, Adair KC, Hadley A, McKittrick K, Frankel A, Leonard M, et al. Associations between a new disruptive behaviors scale and teamwork, patient safety, work-life balance, burnout, and depression. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2020;46(1):18-26. <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2019.09.004>
4. Maddineshat M, Rosenstein AH, Akaberi A, Tabatabaeichehr M. Disruptive behaviors in an emergency department: the perspective of physicians and nurses. *J Caring Sci.* 2016;5(3):241-9. <https://doi.org/10.15171/jcs.2016.026>
5. Moreira FTLS, Callou RCM, Albuquerque GA, Oliveira RM. Effective communication strategies for managing disruptive behaviors and promoting patient safety. *Rev Gaúcha Enferm.* 2019;40(spe):e20180308. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180308>
6. Aoki RN, Guirardello EB. Bullying in the nursing work environment: integrative review. *Rev Gaúcha Enferm.* 2019;40:e20190176. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20190176>
7. Lucena PLC, Costa SFG, Batista JBV, Lucena CMF, Morais GSN, Costa BHS. Scientific production on workplace bullying and nursing: a bibliometric study. *Rev Esc Enferm USP.* 2018;52:e03354. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017029103354>
8. Andrade CG, Leão JDM, Costa ICP, Brito FM, Santos KFO, Costa SFG. Assédio moral na atenção básica segundo os profissionais de enfermagem. *Trab Educ Saúde.* 2015;13(sup1):77-90. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00031>
9. Johnson SL. Workplace bullying, biased behaviors and performance review in the nursing profession: a qualitative study. *J Clin Nurs.* 2019;28(9-10):1528-37. <https://doi.org/10.1111/jocn.14758>
10. Wilson J. An exploration of bullying behaviors in nursing: a review of the literature. *Br J Nurs.* 2016; 25(6):303-6. <https://doi.org/10.12968/bjon.2016.25.6.303>
11. Jesus MAC, Souza NVDO, Costa CCP, Carvalho EC, Gallash CH, Souza PHDO. Psychological harassment in the hospital nursing workplace: an integrative literature review. *Rev Enferm UERJ.* 2016; 24(4):e26437. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2016.26437>
12. Brewer CS, Kovner CT, Obeidat RF, Budin WC. Positive work environments of early-career registered nurses and the correlation with physician verbal abuse. *Nurs Outlook.* 2013;61(6):408-16. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2013.01.004>
13. Grogan MJ, Knechtges P. The disruptive physician: a legal perspective. *Acad Radiol.* 2013;20(9):1069-73. <https://doi.org/10.1016/j.acra.2013.04.015>
14. Silva IV, Aquino EML, Pinto ICM. Psychometric properties of the Negative Acts Questionnaire for the detection of workplace bullying: an evaluation of the instrument with a sample of state health care workers. *Rev Bras Saúde Ocup.* 2017;42:e2. <https://doi.org/10.1590/2317-6369000128715>

15. Serafin L, Sak-Dankosky N, Czarzkowska B. Bullying in nursing evaluated by the Negative Acts Questionnaire-Revised: a systematic review and meta-analysis. *J Adv Nurs*. 2020;76:1320-33. <https://doi.org/10.1111/jan.14331>
16. Chambers CNL, Frampton CMA, McKee M, Barclay M. 'It feels like being trapped in an abusive relationship': bullying prevalence and consequences in the New Zealand senior medical workforce: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2018;8(3):e020158. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020158>
17. Evans D. Categorizing the magnitude and frequency of exposure to uncivil behaviors: a new approach for more meaningful interventions. *J Nurs Scholarsh*. 2017;49(2):214-22. <https://doi.org/10.1111/jnu.12275>
18. Lima GHA, Sousa SMA. Psychological violence in the nursing work. *Rev Bras Enferm*. 2015;68(5):535-41. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680508i>
19. Borges EMN, Ferreira TJR. Bullying no trabalho: adaptação do Negative Acts Questionnaire-Revised (NAQ-R) em enfermeiros. *Rev Port Enferm Saúde Mental* [Internet]. 2015 [cited 2020 Apr 17];13:25-33. Available from: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n13/n13a04.pdf>
20. Cavalcanti AL, Belo EDR, Marcolino EC, Fernandes A, Cavalcanti YW, Carvalho DF, et al. Occupational Violence against Brazilian Nurses. *Iran J Public Health* [Internet]. 2018 [cited 2020 Apr 19];47(11):1636-43. Available from: <https://ijph.tums.ac.ir/index.php/ijph/article/view/15143>
21. Oliveira RM, Leitão IMTA, Aguiar LL, Oliveira ACS, Gazos DM, Silva LMS, et al. Evaluating the intervening factors in patient safety: focusing on hospital nursing staff. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(1):104-13. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000100014>
22. Araújo-dos-Santos T, Silva-Santos H, Silva MN, Coelho ACC, Pires CGS, Melo CMM. Job insecurity among nurses, nursing technicians and nursing aides in public hospitals. *Rev Esc Enferm USP*. 2018;52:e03411. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017050503411>
23. Waddington K. Rethinking gossip and scandal in healthcare organizations. *J Health Organ Manag*. 2016;30(6):810-7. <https://doi.org/10.1108/jhom-03-2016-0053>
24. Shea T, Sheehan C, Donohue R, Cooper B, Cieri H. Occupational violence and aggression experienced by nursing and caring professional. *J Nurs Scholarsh*. 2017;49(2):236-43. <https://doi.org/10.1111/jnu.12272>
25. Sousa LS, Alves HFA, Sobral MC, Landim ALP, Leitão IMT, Oliveira RM. Análise do assédio moral no trabalho da enfermagem em unidades críticas: um fenômeno que preocupa [Internet]. In: XX Enfermaio; II SIEPS; I Mostra do Internato em Enfermagem; 2016; Fortaleza, Brasil. Fortaleza: SIEPS. 2016 [citado 2020 mar 14]. Available from: http://uece.br/eventos/iiseminarioppclisenfermaio/anais/trabalhos_completos/256-22795-08052016-222203.pdf
26. Stanley D. A brief history of bullying in nursing: battles and bullies. *JOJ Nurs Health Care*. 2019;11(1):555804. <https://doi.org/10.19080/JOJNHC.2019.11.555804>
27. Ruiz-González KJ, Pacheco-Pérez LA, García-Bencomo MI, Gutiérrez Diez MC, Guevara-Valtier MC. Mobbing perception among intensive care unit nurses. *Enferm Intensiva*. 2019;19:30065-3. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2019.03.007>
28. American Nurses Association. American nurses association position statement on incivility, bullying, and workplace violence [Internet]. 2015 [cited 2020 Mar 14]. Available from: <https://www.nursingworld.org/~49d6e3/globalassets/practiceandpolicy/nursing-excellence/incivility-bullying-and-workplace-violence--ana-position-statement.pdf>
29. Campo VR, Klijn TP. Verbal abuse and mobbing in pre-hospital care services in Chile. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2017;25(e2956). <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2073.2956>
30. Oliveira FP, Mazzaia MC, Marcolan JF. Symptoms of depression and intervening factors among nurses of emergency hospital services. *Acta Paul Enferm*. 2015;28(3):209-15. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201500036>
31. Lucas MG, Romano R. Assédio moral nas relações de trabalho: implicações psicológicas. *ReCaPe*. 2016;5(3):392-401. <https://doi.org/10.20503/recape.v5i3.21854>