

Violencia laboral en el ámbito de la enfermería durante la pandemia: un análisis en red

1

ARTÍCULO TEMÁTICO

Camila Lima Silva <https://orcid.org/0000-0002-8108-9486>^{1,2}; Paulo Felipe Ribeiro Bandeira <https://orcid.org/0000-0001-8260-0189>²; Fernanda Carneiro Mussi <https://orcid.org/0000-0003-0692-5912>¹; Handerson Silva Santos <https://orcid.org/0000-0002-4324-8888>¹; Luciano de Paula Moura <https://orcid.org/0000-0002-6344-2944>¹; Jones Sidnei Barbosa de Oliveira <https://orcid.org/0000-0002-1170-2652>¹; Bruno Guimarães de Almeida <https://orcid.org/0000-0001-6443-7875>³; Tatiane Araújo dos Santos <https://orcid.org/0000-0003-0747-0649>¹

Resumen El objetivo de este artículo es investigar la ocurrencia de violencia laboral entre trabajadores de enfermería durante la pandemia del COVID-19. Se trata de un estudio transversal, con una muestra de 2.188 encuestados. Se utilizó una base de datos secundaria sobre Riesgos Psicosociales entre las Trabajadoras de las unidades de la red de un Secretaría de Salud Estatal, con datos de la escala NAQ-R, sociodemográficos y ocupacionales. Se aplicó el estimador EBICglasso para construir matrices de precisión/correlación, representadas por aristas positivas y negativas; indicadores de centralidad *betweenness*, *closeness* y *strength*; y el índice de influencia esperada. Las variables que tuvieron mayor impacto en la organización y mantenimiento de la red de ocurrencia de violencia laboral fueron C24 (Le han presionado para que no reclamara un derecho), C8 (Le han hecho comentarios ofensivos sobre usted), C9 (Le han gritado o ha sido usted objeto de agresiones gratuitas) y C11 (Ha recibido señales o insinuaciones de que debía dimitir o dejar su trabajo). Conocer las variables resultantes de las relaciones laborales permite a los gestores públicos construir estrategias para inhibirlas o extinguirlas, promoviendo la protección de las trabajadoras.

Palabras clave COVID-19 Pandemia, Violencia en el Trabajo, Enfermería, Trabajo Precario, Riesgos Laborales

¹ Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia. Campus Universitário do Canela, R. Basílio da Gama s/n. 40110-907 Salvador BA Brasil. camila_lima.s@hotmail.com

² Universidade Regional do Cariri. Crato CE Brasil.

³ Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, Ministério da Saúde. Brasília DF Brasil.

Introducción

La violencia ocupacional no es un fenómeno reciente, pero desde la década de 1980 se ha hecho más visible, también en los centros de salud. Según la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la violencia laboral es cualquier acción, incidente o comportamiento, basado en una conducta voluntaria por parte del agresor o agresora, a consecuencia del cual un trabajador o trabajadora es maltratado o maltratada, agredido o agredida, amenazado o amenazada o sufre daños o lesiones durante su trabajo o como consecuencia del mismo¹.

La violencia laboral es el resultado de una compleja interacción de factores, destacando en la sociedad actual las condiciones laborales y la relación entre trabajador y agresor. Clasificada como física o psicológica, la primera incluye ataques, palizas, asaltos, actos de escupitajos, patadas e incluso asesinatos; y la segunda, subdividida en abuso verbal, acoso moral, acoso sexual y discriminación racial, incorpora intimidación, coacción, difamación, calumnia, chantaje, amenazas verbales y no verbales, abuso verbal y no verbal².

Dentro de la violencia psicológica, el acoso moral en el lugar de trabajo es un tipo de violencia que se manifiesta a través de comportamientos, conductas abusivas, palabras, actos o gestos que pueden dañar la personalidad, la dignidad o la integridad física o psicológica de una persona, poner en peligro su empleo o degradar el entorno laboral. En este tipo de violencia, el acosador utiliza los puntos débiles de la víctima para hacerla dudar de sí misma y minar progresivamente su autoconfianza^{3,4}.

Para la OIT⁵, la violencia laboral es una amenaza para la seguridad y la salud de los trabajadores o trabajadoras y otras personas en el mundo del trabajo, puede constituir una violación o abuso de los derechos humanos y es incompatible con un trabajo seguro y digno.

El sector de salud se destaca entre los que tienen un alto potencial de ocurrencia de agresiones contra los trabajadores, porque están en contacto diario con los usuarios y sus familias, que a veces están estresados por el proceso de enfermar o por la precariedad del servicio, y pueden reaccionar violentamente en un intento de garantizar que se cubre una necesidad de salud. Por otro lado, el avance de la precariedad laboral manifiesta en las condiciones de trabajo, tipo de contrato, salario, jornada e intensidad, corrobora la violencia entre los propios trabajadores o entre éstos y sus superiores jerárquicos^{6,7}.

Otra característica de la violencia laboral en el sector salud es la forma en que se produce, que puede adoptar diferentes formas según las distintas categorías profesionales, los entornos de trabajo (Unidad Básica de Salud, Hospital, Unidad de Atención de Urgencias, etc.) y la naturaleza del trabajo (asistencial, de apoyo al diagnóstico, de gestión, etc.)⁸. Puede darse de forma vertical descendente (el agresor es un superior jerárquico), vertical ascendente (el agresor es un inferior jerárquico), horizontal (víctima y agresor ocupan la misma posición jerárquica) y acoso moral organizacional (ocurre cuando las empresas fomentan que sus empleados compitan entre sí sembrando el miedo a través de amenazas)⁹.

Los estudios demuestran que la violencia laboral en el sector de salud afecta principalmente a los trabajadores del ámbito de la enfermería, con la mayor prevalencia de episodios violentos protagonizados por enfermeros y enfermeras. Alrededor de un tercio de la población mundial de enfermeras y enfermeros sufren agresiones físicas, una cuarta parte sufre acoso sexual y dos tercios sufren abusos verbales. Las consecuencias de un episodio de violencia o acoso moral pueden ser tanto institucionales, con una disminución del compromiso organizativo y una reducción de la calidad del trabajo prestado, como personales, con repercusiones físicas, psicológicas y/o sociales para la enfermera o enfermero, como el desarrollo de *burnout* y trastornos mentales menores^{6,10}.

Un estudio conjunto del Consejo Internacional de Enfermeras, el Comité Internacional de la Cruz Roja, la Federación Internacional de Hospitales y la Asociación Médica Mundial¹¹ reveló que la violencia y el acoso contra médicos y enfermeras o enfermeros son endémicos, independientemente del nivel socioeconómico y de seguridad de un país. También mostró que la violencia de los pacientes o sus familiares contra los profesionales de salud se ha agravado y se ha hecho más frecuente desde el inicio de la pandemia de la COVID-19.

En Brasil, según la Fundación Getúlio Vargas¹², el 33,5% de los trabajadores de salud afirmó haber sufrido acoso moral en el trabajo como consecuencia de la pandemia; el 6,4% dijo que había comenzado con el nuevo contexto, el 18,6% informó de que había aumentado con él y el 8,6% dijo que se había mantenido igual que en el periodo anterior a la pandemia. Una de las recomendaciones del estudio fue reforzar los mecanismos para denunciar y enfrentar las prácticas de acoso moral dirigidas a los trabajadores de salud.

Así, para fortalecer los mecanismos de enfrentamiento a las prácticas de acoso moral es necesario conocer cómo ocurre en el proceso de trabajo en salud. Dado que durante la pandemia de la COVID-19 se ha producido un aumento de los casos de violencia en el trabajo, entre ellos el acoso moral, y que sus consecuencias para la salud mental y física de las enfermeras y enfermeros pueden perdurar en el tiempo, es necesario analizar su ocurrencia identificando los tipos más frecuentes de manifestación de este tipo de violencia en los servicios de salud. En este sentido, el análisis de redes permite explorar visualmente las relaciones que se producen simultáneamente entre múltiples variables mediante gráficos, incorporando herramientas avanzadas de análisis estadístico como el remuestreo (*bootstrapping*) y la inferencia bayesiana. El análisis de redes permite estudiar la complejidad de los datos. Con esta técnica, es posible verificar las relaciones simultáneas entre variables y fenómenos considerados complejos y multifactoriales¹³.

Al identificar los tipos más frecuentes de violencia en el trabajo y su relación con los impactos sobre los trabajadores de la salud, es posible construir estrategias más eficaces para combatir la violencia en sí y poner en marcha acciones y estrategias para prevenir enfermedades y promover la salud de los trabajadores. Con esta perspectiva, este artículo tiene como objetivo investigar la ocurrencia de violencia laboral entre las trabajadoras y trabajadores de enfermería durante la pandemia de la COVID-19.

Métodos

Se trata de un estudio transversal, aprobado por el Comité de Ética en Investigación (CEI) de la Escuela de Enfermería de la Universidad Federal de Bahía (CAE 5.380.246) y por el CEI de la Secretaría de Salud del Estado de Bahía (CAE 46125821.4.3001.0052). Forma parte del macro estudio “Condiciones de trabajo, enfermedad por COVID-19 y hábitos de vida de las trabajadoras y trabajadores de enfermería de la Secretaría de Salud del Estado de Bahía”, realizado por la Universidad Federal de Bahía (UFBA) en colaboración con la Secretaría de Salud del Estado de Bahía (SESAB), del 30 de marzo de 2020 al 27 de febrero de 2021.

Para esta investigación, se utilizó una base de datos secundaria titulada Riesgos Psicosociales de los Trabajadores de la Red de Cuidados de la SESAB, propiedad de la Secretaría. Esta base de

datos contiene las respuestas de 2.188 trabajadoras y trabajadores de enfermería con vínculo laboral de Régimen Jurídico Único, de los cuales 578 (26,5%) son enfermeras y 1.610 (73,5%) son técnicas o auxiliares de enfermería, que trabajaron durante la pandemia de la COVID-19, del 30 de marzo de 2020 al 27 de febrero de 2021. Fueron elegibles para este estudio todos las trabajadoras y trabajadores de enfermería que respondieron al cuestionario enviado por la SESAB a través del Servicio Integrado de Atención a la Salud del Trabajador (SIASST). Se adoptó como criterio de exclusión los datos incompletos en la base de datos, que no se identificaron.

Los instrumentos utilizados para la recogida de datos por la SESAB fueron la Escala de Evaluación del Contexto de Trabajo (EACT), la Escala *Negative Acts Questionnaire Revised* (NAQ-R) y el instrumento de caracterización sociodemográfica y ocupacional. En este estudio sólo se utilizaron los datos recogidos para los dos últimos instrumentos mencionados.

Las variables sociodemográficas analizadas fueron el sexo, la raza/color y el grupo de edad. Las variables ocupacionales fueron el tipo de trabajo (cuidados, gestión o apoyo) y el sector de trabajo.

La escala NAQ-R fue desarrollada por Einarssen y Raknes. Su versión inicial contenía 48 preguntas y, tras ser revisada, cuenta en la actualidad con 22 ítems que hacen referencia a conductas negativas sin por ello referirse al término acoso moral. Dividido en dos dimensiones, el instrumento se centra en dos factores relacionados con las acciones hostiles hacia las personas y las relacionadas con el trabajo de la persona¹⁴⁻¹⁶.

En Brasil, el instrumento fue validado por Maciel y Gonçalves¹⁷ después de ser aplicado a dos muestras, una con trabajadores de diversos sectores y otra con trabajadores de instituciones bancarias. El NAQ-R utiliza una escala tipo Likert con las opciones nunca, de vez en cuando, mensualmente, semanalmente y diariamente. La respuesta a todos los ítems se calcula como un promedio.

A partir de disponibilidad de la base de datos de Riesgos Psicosociales por la SESAB en el Programa Excel, las variables sociodemográficas y ocupacionales y la Escala NAQ-R fueron organizadas y codificadas para subsidiar el análisis de resultados y estadísticas. Las variables sociodemográficas y ocupacionales categóricas se analizaron mediante frecuencias absolutas y relativas en Excel. A continuación, la base de datos se transfirió al programa estadístico JASP

versión 0.14.1.0 para realizar análisis de redes utilizando los ítems de la NAQ-R.

Utilizando el estimador EBICglasso (valor adoptado 0,05), se crearon matrices de precisión/correlación, representadas por las aristas positivas (color azul) y negativas (color rojo). La intensidad de la arista está relacionada con la magnitud de la relación. Para comprender el papel de cada variable en la red, se utilizaron tres indicadores de centralidad, referidos a la posición y conexiones de un nodo: *betweenness* (intermediación), *closeness* (proximidad) y *strength* (fuerza), y el índice de influencia esperada, que mide el papel en la activación, persistencia y remisión de la red. Cabe señalar que la literatura consultada no estima puntos de corte para lo que se considera un valor alto o bajo de los indicadores de centralidad, ya que este análisis se hace comparativamente entre variables de red.

Las variables con valores de *betweenness* más altos son más sensibles a los cambios y pueden conectar otros pares de variables en la red. Una variable con un valor de *closeness* alto se verá afectada rápidamente por los cambios en cualquier parte de la red y puede afectar a otras partes. El indicador de fuerza –la suma de las conexiones que tiene un nodo, independientemente de su signo, positivo o negativo– es esencial para comprender qué variables tienen las conexiones más sólidas en el patrón de red actual¹⁸.

La matriz de correlación entre las variables proporciona una visualización inmediata de las correlaciones potenciales entre las variables antes de un análisis más avanzado mediante la prueba de correlación de Pearson (coeficiente de correlación), utilizada para determinar el grado de relación (dependencia lineal) entre las variables. El coeficiente tiene un valor comprendido entre -1 y +1, siendo negativo cuando una variable disminuye al aumentar la otra (valor inferior a 0) y positivo cuando una variable aumenta al aumentar la otra (valor superior a 0). Suponiendo una distribución normal de los datos, la significación del coeficiente de correlación se comprueba determinando el nivel de significación, expresado por el valor p, para comprobar las hipótesis (H) nula y alternativa, es decir: H0: $r=0$, no hay correlación; H1: $r\neq 0$, hay correlación¹⁹. Al tratarse de un análisis de sistema complejo, no se estimó el valor p (valor de inferencia), ya que todas las interacciones/efectos del sistema son importantes y no pueden despreciarse.

Resultados

Entre las características de las trabajadoras y trabajadores que respondieron al cuestionario, el 91,0% eran mujeres, autodeclaradas negras/mestizos (71,0%); con edades comprendidas entre los 41 y los 59 años (35,2%). La mayoría (62,0%) trabajaba en atención directa al paciente, el 95,3% en unidades de hospitalización y el 4,7% en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI).

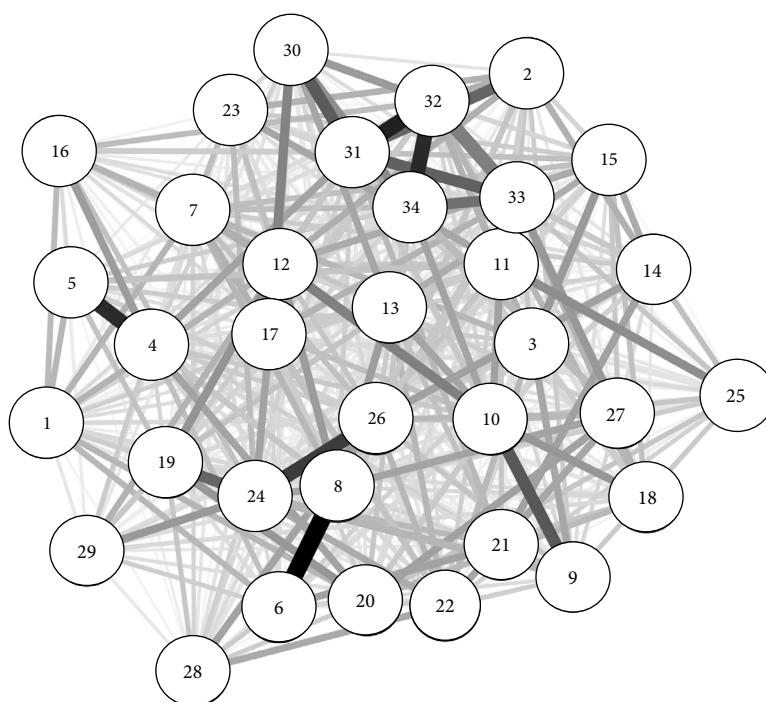
La red de violencia ocupacional sufrida por el personal de enfermería durante la pandemia en las unidades de la red de la Secretaría fue elaborada a partir de los resultados estadísticos utilizando el JASP (Figura 1), con el cual también fue construida la matriz de correlación (Figura 2).

La red producida en la Figura 1 se clasifica como ponderada, ya que la magnitud de la relación entre los nodos se evidencia por el grosor y el color de las aristas, y no direccional, que es más apropiada para los estudios transversales¹³. Se puede observar que las aristas fuertes producidas en la red son en su mayoría positivas (color azul), es decir, la dirección de la relación entre ellas es la misma. Sólo la arista entre C32 y C33 es negativa (coloreada en rojo), lo que significa que tienen la dirección opuesta de relación. También hay que señalar que cuanto más cerca está un nodo del otro, más fuerte es la relación entre ellos¹³. La Figura 2 muestra los 34 elementos de la red de violencia laboral según las medidas de centralidad (*betweenness*, *closeness*, *strength*, *expected influence*), representando gráficamente la Tabla 1.

Con base en los ítems de la escala NAQ-R, las variables con mayor influencia esperada e indicadores de centralidad (Tabla 1) fueron C24 (Le han presionado para que no reclamara un derecho), C8 (Le han hecho comentarios ofensivos sobre usted), C9 (Le han gritado o ha sido usted objeto de agresiones gratuitas) y C11 (Ha recibido señales o insinuaciones de que debía dimitir o dejar su trabajo). Estas variables son las que tienen un impacto más rápido y significativo en la organización y el mantenimiento de la red formada.

Discusión

Entendemos que los resultados demostrados por la red diseñada son inseparables de las relaciones de mercado que han entrado en el SUS desde de la década de 1990, con la Reforma del Aparato Estatal, introduciendo nociones de racionalización y productividad incompatibles



C1. Alguien le ha ocultado información que podría afectar a su rendimiento laboral
 C2. Recibió atención sexual no deseada
 C3. Ha sido humillado o ridiculizado en relación con su trabajo
 C4. Le obligaron a hacer un trabajo por debajo de su nivel de competencia
 C5. Las áreas o tareas de las que es responsable han sido eliminadas o sustituidas por tareas más desagradables o sencillas
 C6. Difundieron chismes o rumores sobre ti
 C7. Fue ignorado, excluido o puesto en la nevera
 C8. Se hicieron comentarios ofensivos sobre usted, sus actitudes o su vida privada
 C9. Le han gritado o ha sido objeto de agresiones gratuitas
 C10. Ha sido objeto de un comportamiento intimidatorio, como "señalarle con el dedo" o invadir su espacio personal, empujarle
 C11. Ha recibido señales o insinuaciones de que debía dimitir o dejar su trabajo (trasladarse a otra unidad)
 C12. Ha sido amenazado con violencia o malos tratos físicos o ha sido objeto de violencia real
 C13. Se le recordaban constantemente sus errores u omisiones
 C14. Le han ignorado o han reaccionado con hostilidad cuando ha intentado aproximarse
 C15. Recibió críticas persistentes por su trabajo y sus esfuerzos
 C16. Sus opiniones y puntos de vista fueron ignorados

C17. ¿Ha recibido mensajes, llamadas telefónicas o correos electrónicos con insultos?
 C18. La gente con la que no tiene confianza le ha jugado malas pasadas
 C19. ¿Se le ha pedido sistemáticamente que realice tareas que claramente no forman parte de su trabajo, por ejemplo, llevar a cabo los servicios privados de otra persona?
 C20. Le pidieron que realizara tareas poco razonables o con un plazo imposible de cumplir
 C21. Se han presentado acusaciones contra Usted
 C22. Le han supervisado demasiado en su trabajo
 C23. ¿Se han hecho comentarios o comportamientos ofensivos sobre su raza y etnia?
 C24. Le presionaron para que no reclamara un derecho que tiene
 C25. Ha sido objeto de burlas o mofas excesivas
 C26. Le amenazaron con hacerle la vida más difícil
 C27. ¿Se intentó encontrar errores en sus tareas?
 C28. Ha estado expuesto a una carga de trabajo excesiva
 C29. ¿Le trasladaron contra su voluntad?
 C30. ¿Ha sido víctima de acoso en los últimos 6 meses?
 C31. ¿Cuándo empezó el acoso?
 C32. ¿Cuántas mujeres te acosaron?
 C33. ¿Cuántos hombres te acosaron?
 C34. ¿Quién le acosó (nivel jerárquico)?

Figura 1. Red de ocurrencia de violencia laboral en el entorno de trabajo de enfermería durante la pandemia (escala NAQ-R) en los servicios de SESAB. Salvador, Bahia, Brasil, 2021.

Fuente: Autores.

con un servicio que debe guiarse por la promoción del bien común y el acceso universal. Según Druck *et al.*²⁰ "las formas de control, gestión y organización del trabajo, la redefinición del papel del Estado y la regulación del mercado de

trabajo, han constituido un nuevo régimen de acumulación en el que la flexibilización/precarización del trabajo se ha convertido en una estrategia central". La violencia laboral y el acoso moral en el trabajo en salud son frutos de esta

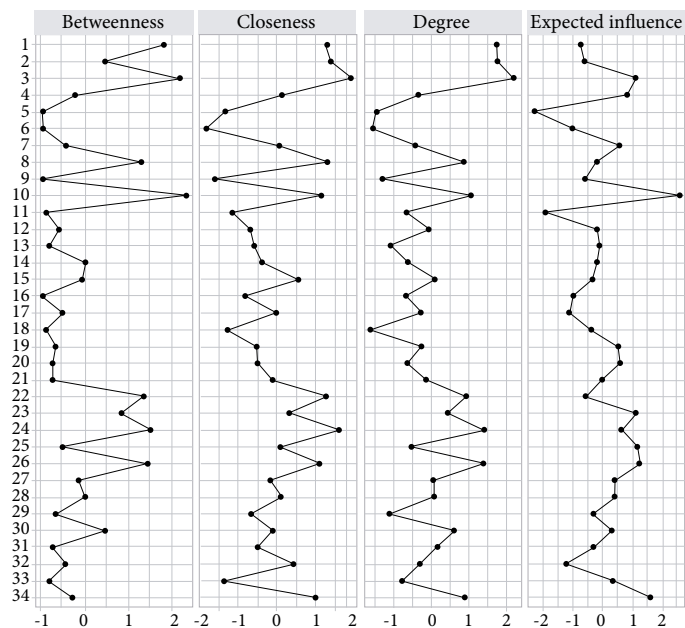


Figura 2. Matriz de correlación de la violencia ocupacional en el entorno de trabajo de enfermería durante la pandemia (escala NAQ-R) en los servicios de la SESAB. Salvador, Bahia, Brasil, 2021.

Fuente: Autores.

Tabla 1. Variables de la NAQ-R en la red de violencia ocupacional según intermediación, proximidad, fuerza e influencia esperada. Salvador, Bahia, Brasil, 2021.

Variables	Intermediación	Proximidad	Fuerza	Influencia esperada
C24. ¿Le han presionado para que no reclamara un derecho que le corresponde (por ejemplo, bajas laborales, días festivos, trabajo adicional, bonificaciones, gastos de viaje, etc.)?	2,343	1,157	1,044	2,539
C8. ¿Le han hecho comentarios ofensivos sobre usted (es decir, sobre sus hábitos o sus orígenes), sus actitudes o su vida privada?	1,444	1,105	0,138	1,249
C9. ¿Le han gritado o ha sido usted objeto de agresiones gratuitas (o han mostrado enfado con usted)?	0,505	0,085	1,595	1,168
C11. ¿Ha recibido señales o insinuaciones de que debería dimitir o dejar su trabajo?	0,844	0,326	0,434	1,129

Fuente: Autores.

nueva racionalidad de gestión del trabajo, y la crisis sanitaria evidencia y amplía su ocurrencia. La ocurrencia de violencia laboral es una de las tipologías del trabajo precario identificadas por Druck²¹, por lo que su ocurrencia ya permite clasificar un trabajo como precario en términos de inseguridad y salud en el trabajo, con

consecuencias para la salud física y mental del trabajador. Este tipo de violencia está relacionada con el modelo de gestión y a los estándares de productividad establecidos²¹. Esta forma de gestión – basada en el miedo y en la búsqueda de una mayor productividad, sin respetar los límites humanos²¹– se apropia del

estado permanente de inseguridad del mercado de trabajo para garantizar la sumisión de los trabajadores y explotar aún más su plusvalía. Dado que el trabajo contemporáneo moviliza todas las esferas de la vida de los trabajadores y ocupa cada momento de sus vidas, el centro de las preocupaciones de la gente ya no es el empleo, sino el desempleo. Por miedo, las trabajadoras se someten a una situación de vulnerabilidad y responsabilización individual²¹.

Estas situaciones se evidencian en la red a través de las variables C.11 (¿Ha recibido señales o insinuaciones de que debería dimitir o dejar su trabajo?) y la variable C24 (¿Le han presionado para que no reclamara un derecho?).

El trabajo precario puede entenderse desde dimensiones que incluyen: inseguridad en el empleo, relaciones de negociación individualizadas entre trabajadores y empleadores, salarios bajos y privaciones económicas, derechos laborales y protección social limitados, así como la impotencia para ejercer los derechos laborales legalmente garantizados²².

Hay una sofisticación en el control de la mano de obra bajo el prisma de la precariedad. Una de estas formas sofisticadas es el silenciamiento de las trabajadoras y trabajadores, a través de normas y arreglos organizativos que permiten excluir una serie de cuestiones de los procesos en el lugar de trabajo, y/o a través de la gestión por el miedo, que se materializa en forma de abuso de poder y acoso moral^{23,24}.

La gestión por el miedo, como uno de los matices de la precarización del trabajo, tiene contornos sutiles, en los que los trabajadores que exigen sus derechos son tachados de problemáticos y poco cooperativos, que perturban la armonía del equipo e impiden alcanzar las metas. En este escenario, los líderes sindicales y los miembros de los sindicatos son censurados en sus acciones y las organizaciones ponen en práctica diversas técnicas para impedir o dificultar el acceso a los derechos laborales.

Durante la pandemia de la COVID-19, bajo la justificación de la emergencia sanitaria, las instituciones sanitarias públicas y privadas reclutaron y contrataron a personal de enfermería mediante contratos temporales y remuneración por jornada/turno como práctica habitual, así como contratos sin previsión de pago financiero de las horas extraordinarias, que eran abonadas por el empleador en forma de banco de horas. Además de estas características contractuales, otros aspectos de la precariedad son la intensificación de la jornada laboral, la falta de Equipos de Protección Individual al inicio de la pande-

mia y, posteriormente, la mala calidad de estos equipos, así como la falta de capacitación y de medidas de protección colectiva²⁵.

El énfasis en la atención a la población ha supuesto un aumento de la precariedad laboral, con mayor impacto en las trabajadoras y trabajadores de enfermería, al destacar entre el contingente necesario del personal sanitario, negando sus derechos laborales y cercenando su derecho a reclamarlos a través de los mecanismos de amedrentamiento. Situaciones que parecen ser el pilar de las organizaciones de salud, en el caso de las privadas, para mantener y ampliar su margen de rentabilidad en la pandemia, en el caso de las públicas, para garantizar la asistencia a través de la tercerización y otras formas de contratación flexible.

La gestión por el miedo potencia y exacerba la aparición de la violencia en el trabajo, ya que somete a los trabajadores a una tensión permanente. Esto erosiona las relaciones interpersonales y fragmenta la solidaridad entre la clase trabajadora, ya que la competitividad se convierte en la clave para conservar el empleo. En la red analizada, las variables C8 (¿Le han hecho comentarios ofensivos sobre usted, es decir, sobre sus hábitos o sus orígenes, sus actitudes o su vida privada?) y C9 (¿Le han gritado o ha sido usted objeto de agresiones gratuitas o han mostrado enfado con usted?) reflejan este escenario.

Estas situaciones de violencia evidenciadas en la red también están relacionadas con cuestiones de género, dado que más del 80% de la plantilla de enfermería está compuesta por mujeres²⁵. La encuesta sobre la violencia y el acoso contra las mujeres en el trabajo revela que el 76% de las mujeres han sido víctimas de violencia en el lugar de trabajo, cuatro de cada diez han sido objeto de insultos, insinuaciones sexuales o han visto su trabajo excesivamente supervisado; el 37% de las mujeres entrevistadas también han vivido situaciones en las que se menospreciaba su papel y no se tenían en cuenta sus observaciones²⁶.

La ocurrencia de violencia laboral en la red analizada se torna aún más grave, pues se trata de violencia institucional, caracterizada como aquella practicada por órganos y agentes públicos, expresándose de diversas formas, desde la discriminación social hasta la violencia verbal, física y hasta sexual^{27,28}. La amenaza de violencia por parte de cualquier persona afecta negativamente al pacto establecido entre los profesionales de la salud y los pacientes, con consecuencias en la atención clínica, afectando especialmente a enfermeras y médicos²⁹.

A pesar de la violencia externa, también existe la violencia proximal, practicada dentro del lugar de trabajo entre colegas, jefes y empleadores, con diferentes vectores operativos y estrechamente relacionada con el deterioro de las relaciones interpersonales. Una investigación sobre el acoso entre enfermeras y enfermeros portuguesas reveló que, por término medio, cada enfermero sufre 11 actos de agresión en su lugar de trabajo principal. Los tipos de agresión más sufridos por las víctimas son el bloqueo de la comunicación y el descrédito en el trabajo, y los tipos de acoso moral predominantes son el horizontal y el descendente³⁰. Diferentes estudios sobre la violencia interpersonal muestran que este fenómeno puede relacionarse negativamente con la salud mental, especialmente con la depresión, en hombres y mujeres adultos^{31,32}, además de causar daños en el ambiente de trabajo y, en consecuencia, en el rendimiento de las organizaciones sanitarias²⁹.

Una revisión sistemática³³ de las tasas de prevalencia de la violencia laboral contra el personal de la salud concluyó que la prevalencia es elevada, especialmente en los países asiáticos y norteamericanos, en los entornos psiquiátricos y de urgencias, y entre enfermeros y médicos. El abuso verbal (57,6%) fue la forma más común de violencia no física, seguida de las amenazas (33,2%) y el acoso sexual (12,4%).

A veces, ni siquiera la propia trabajadora puede identificar la violencia que ha sufrido y sus consecuencias, e incluso cuando lo hace, no suele encontrar la ayuda que necesita en el trabajo. En consecuencia, constantemente sólo se presta la debida atención a la cuestión cuando la trabajadora desarrolla una patología que requiere atención especializada y/o baja laboral, como depresión, síndrome de *burnout*, cardiopatías, entre otras^{34,35}.

Los valores de los indicadores de centralidad e influencia esperada de las variables C24, C8, C9 y C11 muestran que son sensibles al cambio y que la relación entre ellas afecta a otras variables presentes en la red emergente. Los estudios futuros deberían centrarse en las intervenciones sobre las variables C24, C8, C9 y C11 para reducir o eliminar la violencia laboral en el trabajo de enfermería.

Limitaciones del estudio

Los resultados de esta investigación deben considerarse a la luz de ciertas limitaciones. Los datos proceden de una base de datos secundaria, por lo que la información fue recopilada por la SESAB. Además, los datos se refieren a los servicios públicos del estado de Bahía, ya sean de gestión directa o indirecta, lo que limita la posibilidad de ampliar las consideraciones hechas a los trabajadores de los servicios privados.

Contribuciones al sector

Los resultados muestran que la aparición de la violencia y el acoso laboral en la enfermería durante la pandemia se caracteriza por la restricción de las reivindicaciones de derechos laborales, las insinuaciones de despido, la violencia verbal y las relaciones interpersonales.

De este modo, estos resultados contribuyen tanto a dilucidar cómo se produce la violencia en el ámbito de la enfermería como a apuntar perspectivas para desarrollar acciones que mitiguen su ocurrencia y proporcionen a las trabajadoras mecanismos seguros para denunciarla, sin que se sientan amenazadas de despido u otras formas de persecución en el trabajo.

Conclusiones

El análisis de la red de ocurrencias de violencia en el ambiente de trabajo de enfermería durante la pandemia (escala NAQ-R) en los servicios de la SESAB identificó que la variable con mayor impacto se refería al acoso para que la trabajadora no reclamara un derecho. Otras variables de fuerte influencia esperada fueron los comentarios ofensivos, gritos o agresiones y señales o insinuaciones de que debería dejar su trabajo. Esto revela la profundización de la precarización en las relaciones laborales.

Al identificar los principales nodos relacionados con el acoso y la violencia en el trabajo de enfermería durante la pandemia, se hace posible que los gestores públicos construyan estrategias para inhibir o poner fin a los elementos identificados en este estudio como determinantes de la ocurrencia del fenómeno investigado.

Aunque este trabajo analiza el acoso y la violencia durante el período de la pandemia, ratifica los problemas crónicos que afectan a las trabajadoras de este ámbito, derivados del deterioro de los servicios públicos y de la precariedad laboral.

Colaboradores

CL Silva: responsável de la investigación y estudiante de maestría. TA Santos: asesora, contribuyó a la elaboración y análisis de la investigación. PFR Bandeira: revisión inicial. LP Moura y FC Mussi: investigación, revisión y adaptación del artículo a las normas de la revista. BG Almeida, JSB Oliveira y HS Santos: revisión final.

Declaración de disponibilidad de datos

Las fuentes de datos utilizadas en la investigación se indican en el cuerpo del artículo.

Referencias

1. Organização Internacional do Trabalho (OIT). *Programa conjunto: nueva iniciativa contra la violencia laboral em el sector da salud*. Ginebra: OIT; 2008.
2. Bernardes MLG, Karino ME, Martins JT, Okubo CVC, Galdino MJQ, Moreira AAO. Workplace violence among nursing professionals. *Rev Bras Med Trab* 2021; 18(3):250-257.
3. Leite JA, Silva DA. Assédio moral: ocorrências nas relações de trabalho da Enfermagem. *Enferm Foco* 2022; 13:e-202237.
4. Sousa LS, Oliveira RM, Santiago JCS, Bandeira ES, Brito YCF, Alves HFA, Almeida PC. Predictors of moral harassment in nursing work in critical care units. *Rev Bras Enferm* 2021; 74(3):e20200442.
5. Organização Internacional do Trabalho (OIT). *Gestão dos riscos psicossociais relacionados com o trabalho durante a pandemia da COVID-19*. Ginebra: OIT; 2020.
6. Tsukamoto SAS, Galdino MJQ, Robazzi MLCC, Ribeiro RP, Soares MH, Haddad MCFL, Martins JT. Violência ocupacional na equipe de enfermagem: prevalência e fatores associados. *Acta Paul Enferm* 2019; 32(4):425-432.
7. Kafle S, Paudel S, Thapaliya A, Acharya R. Workplace violence against nurses: a narrative review. *J Clin Transl Res* 2022; 8(5):421-424.
8. Oliveira MVL. *Assédio moral na enfermagem: uma abordagem quantitativa* [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2018.
9. Silva AKL, Marinho MID, Machado LSSX, Queiroz JLF, Jucá RMN. Assédio moral no trabalho: do enfrentamento individual ao coletivo. *Rev Bras Saude Ocup* 2019; 44:e22.
10. Vincent-Höper S, Stein M, Nienhaus A, Schablon A. Workplace aggression and burnout in nursing: the moderating role of follow-up counseling. *Int J Environ Res Public Health* 2020; 17(9):3152.
11. Thornton J. Violence against health workers rises during COVID-19. *Lancet* 2022; 400(10349):348.
12. Fundação Getúlio Vargas (FGV). A pandemia de Covid-19 e os(as) profissionais de saúde pública no Brasil - 4ª Fase. In: Lotta G, Fernandez M, Magri G, Mello CAC, Corrêa MG, Rocha MC, Tamaki ER, Schall B, Pimenta DN, organizadores. *Escola de Administração de Empresas de São Paulo* [Internet]. 2021 [acessado 2024 jul 4]. Disponível em: <https://static.poder360.com.br/2021/04/fgv-estudo-saude-covid-19-9abr2021.pdf>.
13. Leme DEC, Alves EVC, Lemos VCO, Fattori A. Network analysis: a multivariate statistical approach for health science research. *Geriatr Gerontol Aging* 2020; 14:43-51.
14. Silva IV, Aquino EML, Pinto ICM. Características psicométricas do Negative Acts Questionnaire para detecção do assédio moral no trabalho: estudo avaliativo do instrumento com uma amostra de servidores estaduais da saúde. *Rev Bras Saude Ocup* 2017; 42:e2.
15. Tsuno K, Kawarami N, Inoue AE, Abe K. Measuring workplace bullying: reliability and validity of the Japanese version of the Negative Acts Questionnaire. *J Occup Health* 2010; 52: 216-226.

16. Christ HD. *Estudo de adaptação e fidedignidade do Questionário de Atos Negativos – Revisado (QAN-R) para o português do Brasil* [dissertação]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2011.
17. Maciel RH, Gonçalves RC. Pesquisando o assédio moral: a questão do método do Negative Acts Questionnaire (NAQ) para o Brasil. In: Soboll LAP, organizador. *Violência psicológica e assédio moral no trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2008. p. 167-185.
18. Silva IV, Aquino EML, Pinto ICM. Características psicométricas do Negative Acts Questionnaire para detecção do assédio moral no trabalho: estudo avaliativo do instrumento com uma amostra de servidores estaduais da saúde. *Rev Bras Saude Ocup* 2017; 42:e2.
19. Epskamp S, Borsboom D, Fried EI. Estimating psychological networks and their accuracy: A tutorial paper. *Behav Res* 2018; 50:195-212.
20. Druck G, Sena J, Pinto M, Araújo S. A terceirização no serviço público: particularidades e implicações. In: Campos A, organizador. *Terceirização do trabalho no Brasil: novas e distintas perspectivas para o debate*. Brasília: Ipea; 2018. p. 113-141.
21. Druck G. Trabalho, precarização e resistências: novos e velhos desafios? *Cad CRH* 2011; 24(n. esp. 1):37-57.
22. Colombaroli ACM. Medo e Apoio ao Autoritarismo na Contemporaneidade. *Rev Int Interdisc INTERthesis* 2020; 17(1):1-18.
23. Benach J, Vives A, Tarafa G, Delclos C, Muntaner C. What should we know about precarious employment and health in 2025? framing the agenda for the next decade of research. *Int J Epidemiol* 2016; 45(1):232-238.
24. Moura-Paula MJ, Moreira PAA, Ferraz DLS. Management techniques and organizational silencing: a manager's account. *Organ Soc* 2020; 27(93):216-230.
25. Druck G. Trabalho, precarização e resistências: novos e velhos desafios? *Cad CRH* 2011; 24(n. esp. 1):37-57.
26. Ferreira IQBP, Santos TAD, Santos HS, Mascarenhas NB. Repercussions of the labor reform on nursing work in the context of the covid-19 pandemic. *Rev Bras Enferm* 2022; 75(Supl. 1):e20220058.
27. Goes E. *O loop das desigualdades. Nacla Reporting on the Americas since 1967* [Internet]. 2022 [cited 2024 jul 4]. Disponível em: <https://nacla.org/brasil-COVID-desigualdades>.
28. Galvão P. *Percepções sobre a violência e o assédio contra mulheres no trabalho* [Internet]. Instituto Patrícia Galvão/Locomotiva; 2020 [acessado 2024 jul 4]. Disponível em: <https://ilocomotiva.com.br/wp-content/uploads/2022/01/percepcoes-sobre-violenciaasse-dio-mulheres-trabalho.pdf>.
29. Pai DD, Sturbelle ICS, Santos C, Tavares JP, Lautert L. Physical and psychological violence in the workplace of healthcare professionals. *Texto Contexto Enferm* 2018; 27(1):e2420016.
30. Azeredo YN, Schraiber LB. Institutional violence and humanization in health: notes to debate. *Cien Saude Colet* 2017; 22(9):3013-3022.
31. Vargas L, Vélez-Grau C, Camacho D, Richmond TS, Meisel ZF. The Permeating Effects of Violence on Health Services and Health in Mexico. *J Interpers Violence* 2022; 37(13-14):NP10883-NP10911.
32. ALS, Portelada AFS. Mobbing and Its Impact on Interpersonal Relationships at the Workplace. *J Interpers Violence* 2019; 34(13):2797-2812.
33. Ziaei S, Hammarström A. The relationship between interpersonal violence in adulthood and mental health: a longitudinal study based on the Northern Swedish Cohort. *BMC Public Health* 2023; 23:637.
34. Zhen-Duan J, DeJonckheere M, Raglin Bignall WJ, Galván J, Saavedra N, Berenzon Gorn S. Interpersonal Violence and Psychological Well-Being: Perspectives of Low-Income Patients, Social Workers, and Medical Doctors in Mexico City, Mexico. *J Interpers Violence* 2022; 37(1-2):681-704.
35. Liu J, Gan Y, Jiang H, Li L, Dwyer R, Lu K, Yan S, Sampson O, Xu H, Wang C, Zhu Y, Chang Y, Yang Y, Yang T, Chen Y, Song F, Lu Z. Prevalence of workplace violence against healthcare workers: a systematic review and meta-analysis. *Occup Environ Med* 2019; 76(12):927-937.

Artículo presentado en 06/06/2024

Aprobado en 04/11/2024

Versión final presentada en 06/11/2024

Editores jefes: Maria Cecília de Souza Minayo, Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva, Vania de Matos Fonseca