



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Ciências Sociais e Humanas

# **Mobbing nos Enfermeiros em Ambiente Hospitalar**

**Andrea Silva Santos Pinto**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em  
**Gestão de Unidades de Saúde**  
(2º ciclo de estudos)

Orientador: Prof. Doutor António Nunes

**Covilhã, janeiro de 2015**



## Agradecimentos

A dissertação que se apresenta resultou de um árduo trajeto, que apesar do meu empenho, o mesmo não seria possível sem o apoio e estímulo de muitos. Neste sentido, expresso por isso a minha mais profunda gratidão a algumas pessoas que a tornaram possível.

Gostaria de agradecer ao Prof. Doutor António Nunes, orientador desta dissertação, pelo acompanhamento, orientação e disponibilidade, pelas suas oportunas críticas e sugestões.

Ao Prof. Doutor Mário Franco o meu obrigado pelos saberes que transmitiu, e que foram de grande auxílio na elaboração da dissertação.

O meu reconhecimento especial, feito com amizade à Dora Saraiva pelo apoio, companheirismo, valiosa ajuda e incentivo incansáveis.

À Ana Lúcia João pela disponibilidade e bibliografia que me facultou para aplicação da Escala de Avaliação de Condutas de *Mobbing*; ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar Cova da Beira pela autorização concedida para realização deste estudo, ao Departamento de Investigação e Inovação por agilizarem todo o processo burocrático.

Aos meus colegas, amigos e a todos os que cooperaram no preenchimento do questionário.

À minha família, ao meu pai e em especial à minha mãe por sempre me fazer acreditar em mim e nunca me deixar desistir.

Por fim, deixo um agradecimento e um carinho especiais ao Hugo, pela incomensurável paciência e compreensão com que me acompanhou nesta caminhada.

A todos o meu Bem-haja!



## Resumo

O *mobbing* constitui um importante fator de risco psicossocial nas organizações de saúde, podendo representar um grave problema para a gestão das organizações. A elaboração deste estudo sustenta-se na elevada importância do fenómeno e na escassez de estudos realizados em Portugal, na área de enfermagem. Esta investigação tem como objetivo geral avaliar a existência de condutas de *mobbing* nos enfermeiros e identificar as variáveis preditoras do *mobbing* nos enfermeiros do Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB, EPE). No sentido de dar resposta ao propósito da investigação recorreu-se a uma investigação de natureza quantitativa, de carácter descritivo correlacional e de natureza transversal. A amostra foi não probabilística accidental, constituída por 218 enfermeiros que exercem funções no CHCB. Utilizou-se um questionário com uma escala validada para a população portuguesa em 2012, por Ana Lúcia João, a Escala de Avaliação de Condutas de *Mobbing* (EACM).

Dos resultados obtidos, verificou-se que 92,2% dos enfermeiros inquiridos experimentaram pelo menos uma conduta de *mobbing*, sendo que em média os enfermeiros sofrem 12 condutas de *mobbing*, com um efeito quase nulo e uma intensidade fraca. Os métodos mais utilizados pelo agressor fazem parte das dimensões Bloqueio à Comunicação e ao Progresso, Difamação Pessoal e Sobrecarga e Desprestígio Laboral da vítima. Como principais conclusões verificou-se que a idade e as faltas frequentes estão relacionadas de forma significativa com o número de condutas de *mobbing*; as habilitações académicas estão relacionadas de forma significativa com o índice global de *mobbing*. Em relação às circunstâncias não profissionais que afetam a vida profissional, estas estão relacionadas de forma significativa com o número de condutas e o índice global de *mobbing*. Enquanto que o facto dos superiores valorizarem o desempenho e a satisfação profissional estão relacionadas de forma significativa com a presença de *mobbing*. Conclui-se ainda que as variáveis preditoras do *mobbing* são a satisfação profissional e os superiores valorizam o desempenho. Pelo que se pode afirmar que quanto maior a satisfação profissional e quanto mais os superiores valorizam o desempenho menor a presença de *mobbing*.

## Palavras-chave

*Mobbing*, assédio moral/psicológico no local de trabalho, enfermeiros, causas, consequências, prevenção.



## Abstract

Mobbing is a major psychosocial risk factor in healthcare organizations which may present a serious problem for its management. This study is based on the high importance of this phenomenon related to nursing and the lack of studies about this theme conducted in Portugal. This research's main objective is to evaluate the existence of mobbing behaviors on nurses and identify the variables which allow us to predict mobbing on nurses in Cova da Beira's Hospital Centre, EPE (CHCB, EPE).

In order to meet the investigation's purpose was made a quantitative research, descriptive, of correlational nature and cross-cutting. The sample was not accidental probabilistic, consisting of 218 nurses working on CHCB. A questionnaire was used containing the Mobbing Ducts Rating Scale (EACM), validated for the Portuguese population.

As a results, it was found that 92.2% of nurses surveyed experienced at least one conduct of mobbing, and on average nurses suffer 12 mobbing behaviors, with almost no effect and a low intensity. The methods that are most used by the aggressor are part of the dimensions to Block Communication and Progress, Personal Defamation and Overload and Labor Discredit of the victim. The main conclusions found are that age and frequent absence are significantly related to the number of mobbing conducts; the academic qualifications are mainly related with the overall rate of mobbing. As to non-professional circumstances affecting professional life, these are mainly related with the number of conducts and global mobbing index. While the upper chain of command values performance and job satisfaction, these factors are significantly related to the presence of mobbing. We also conclude that the preventing facts of mobbing are job satisfaction and higher performance's value. We can state that the more satisfaction a worker finds in his/her job and more the positive performance reviews are provided by the chiefs, lower is the presence of mobbing.

## Keywords

Mobbing, moral/psychological harassment in the workplace, nurses, causes, consequences, prevention.



# Índice

<i>Agradecimentos</i>	III
<i>Resumo</i>	V
<i>Abstract</i>	VII
<i>Índice</i>	IX
<i>Lista de Figuras</i>	XI
<i>Lista de Gráficos</i>	XI
<i>Lista de Quadros</i>	XI
<i>Lista de Tabelas</i>	XIII
<i>Lista de Acrónimos</i>	XV
<b>Capítulo 1. Introdução</b>	<b>1</b>
<b>1.1. Justificação e Relevância do Tema</b>	<b>1</b>
<b>1.2. Propósito, Questões e Objetivos da Investigação</b>	<b>3</b>
<b>1.3. Estrutura da Dissertação</b>	<b>4</b>
<b>PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>	
<b>Capítulo 2. Revisão da Literatura</b>	<b>9</b>
<b>2.1. Evolução Conceptual do <i>Mobbing</i></b>	<b>9</b>
<b>2.2. Possíveis Erros de Diagnóstico do <i>Mobbing</i></b>	<b>12</b>
<b>2.3. Condutas e Caraterização do <i>Mobbing</i></b>	<b>14</b>
<b>2.4. Fases do Processo do <i>Mobbing</i></b>	<b>16</b>
<b>2.5. Classificação do <i>Mobbing</i></b>	<b>18</b>
2.5.1. De Acordo com a Qualidade das Condutas do Agressor	18
2.5.2. De Acordo com a Motivação das Condutas	19
<b>2.6. Causas que Intervêm no <i>Mobbing</i></b>	<b>20</b>
2.6.1. Caraterísticas Sociais e Organizacionais	20
2.6.2. Caraterísticas Demográficas	23
2.6.3. Caraterísticas Pessoais do Agressor, da Vítima e dos Espetadores	24
<b>2.7. Consequências do <i>Mobbing</i></b>	<b>27</b>
<b>2.8. Legislação sobre o <i>Mobbing</i></b>	<b>30</b>
2.8.1. Legislação Europeia	31
2.8.2. Legislação Portuguesa	32
<b>2.9. Prevenção e Intervenção em Situações de <i>Mobbing</i></b>	<b>33</b>
<b>2.10. <i>Mobbing</i> em Vários Grupos Profissionais e Enfermeiros</b>	<b>36</b>
2.10.1. <i>Mobbing</i> : Investigações em Várias Profissões	36

2.10.2. <i>Mobbing</i> : Investigações em Enfermagem	38
--	----

## PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO

<b>Capítulo 3. Metodologia de Investigação</b>	43
3.1. Tipo de Estudo	43
3.2. Hipóteses de Investigação	45
3.3. Desenho da Investigação	46
3.4. População e Amostra	48
3.5. Operacionalização das Variáveis	49
3.6. Instrumento de Recolha de Dados	50
3.6.1. Pré-teste	52
3.7. Procedimentos Éticos e Administrativos	52
3.8. Procedimentos Estatísticos	53
<b>Capítulo 4. Análise e Discussão dos Resultados</b>	55
4.1. Análise Descritiva	55
4.1.1. Caraterização Sociodemográfica da Amostra	55
4.1.2. Caraterização Pessoal da Amostra	57
4.1.3. Caraterização da Socioprofissional da Amostra	59
4.1.4. Caraterização do <i>Mobbing</i> nos Enfermeiros	65
4.1.5. Caraterização dos Enfermeiros que têm Consciência de ser Vítimas de <i>Mobbing</i>	71
4.1.6. Medidas Preventivas Propostas pelos Enfermeiros	75
4.2. Análise Inferencial	77
<b>Capítulo 5. Conclusões</b>	91
5.1. Conclusões Gerais	91
5.2. Limitações e Sugestões para Futuras Linhas de Investigação	95
<b>Bibliografia</b>	97
<b>Anexos</b>	105
<b>Anexo I</b> Número de Enfermeiros que Exercem Funções no CHCB, EPE	107
<b>Anexo II</b> Questionário	111
<b>Anexo III</b> Autorização da Autora para Aplicação da EACM	119
<b>Anexo IV</b> Autorização do Conselho de Administração e do Conselho de Ética do CHCB para Aplicação do Questionário	123
<b>Anexo V</b> Regressão Linear Múltipla	129

## Lista de Figuras

Figura 3.1. Desenho e Modelo da investigação	47
--	----

## Lista de Gráficos

Gráfico 4.1. Gráfico <i>error-bar</i> do IMAP segundo a faixa etária	79
Gráfico 4.2. Gráfico <i>error-bar</i> do IGAP segundo as habilitações académicas	81

## Lista de Quadros

Quadro 2.1. Possíveis sintomas do <i>mobbing</i> a nível individual	29
Quadro 2.2. Possíveis sintomas do <i>mobbing</i> a nível organizacional	29
Quadro 2.3. Possíveis sintomas do <i>mobbing</i> a nível social	30
Quadro 4.1. Circunstâncias não profissionais referidas pelos enfermeiros que afetam a vida profissional	59
Quadro 4.2. Medidas enumeradas pelos enfermeiros para prevenção do <i>mobbing</i>	77
Quadro 4.3. Regressão linear múltipla entre as variáveis independentes e o IGAP	88
Quadro 4.4. Regressão linear múltipla entre as variáveis independentes e o NEAP	89
Quadro 4.5. Regressão linear múltipla entre as variáveis independentes e o IMAP	90



## Lista de Tabelas

Tabela 3.1. Valores de <i>alpha Cronbach</i> 's por dimensão da EACM	51
Tabela 4.1. Estatísticas relativas à idade por género	55
Tabela 4.2. Distribuição da amostra segundo a faixa etária por género	56
Tabela 4.3. Distribuição da amostra segundo o estado civil por género	57
Tabela 4.4. Distribuição da amostra segundo a existência de filhos por género	57
Tabela 4.5. Distribuição da amostra segundo a satisfação profissional por género	58
Tabela 4.6. Distribuição da amostra segundo as circunstâncias não profissionais que afetam a vida profissional por género	58
Tabela 4.7. Distribuição da amostra segundo o conhecimento do termo <i>mobbing</i> por género	59
Tabela 4.8. Distribuição da amostra segundo o serviço onde trabalha por género	60
Tabela 4.9. Distribuição da amostra segundo o vínculo profissional à instituição por género	61
Tabela 4.10. Distribuição da amostra segundo o tipo de horário de trabalho por género	61
Tabela 4.11. Distribuição da amostra segundo as faltas frequentes ao trabalho por género	62
Tabela 4.12. Estatísticas relativas aos anos de profissão por género	62
Tabela 4.13. Distribuição da amostra segundo os anos de profissão por género	63
Tabela 4.14. Distribuição da amostra segundo a categoria profissional por género	63
Tabela 4.15. Distribuição da amostra segundo as habilitações académicas por género	64
Tabela 4.16. Distribuição da amostra segundo superiores valorizam o desempenho por género	64
Tabela 4.17. Distribuição da amostra segundo a dimensão BCP	66
Tabela 4.18. Distribuição da amostra segundo a dimensão IHL	66
Tabela 4.19. Distribuição da amostra segundo a dimensão DP	67
Tabela 4.20. Distribuição da amostra segundo a dimensão IAF	68
Tabela 4.21. Distribuição da amostra segundo a dimensão SDL	68
Tabela 4.22. Distribuição da amostra segundo a dimensão MP	69
Tabela 4.23. Estatísticas relativas às dimensões da EACM	70
Tabela 4.24. Estatísticas relativas aos índices globais da EACM	71
Tabela 4.25. Distribuição da amostra de acordo com a consciência de ser vítima de <i>mobbing</i> no local de trabalho por género	71
Tabela 4.26. Distribuição da amostra segundo a duração da perceção das condutas de <i>mobbing</i> por género	72

<b>Tabela 4.27.</b> Distribuição da amostra de acordo com a denúncia de <i>mobbing</i> por género	72
<b>Tabela 4.28.</b> Distribuição da amostra de acordo com a pessoa com quem compartilhou/denunciou os comportamentos de <i>mobbing</i> por género	73
<b>Tabela 4.29.</b> Distribuição da amostra de acordo com a caracterização do agressor por género	74
<b>Tabela 4.30.</b> Distribuição da amostra de acordo com a perceção de problemas de saúde associados ao <i>mobbing</i> por género	74
<b>Tabela 4.31.</b> Distribuição da amostra segundo os sintomas associados ao <i>mobbing</i> por género	75
<b>Tabela 4.32.</b> Teste <i>UMW</i> entre os índices globais e o género	78
<b>Tabela 4.33.</b> Teste <i>KW</i> entre os índices globais, a faixa etária e o estado civil	80
<b>Tabela 4.34.</b> Teste <i>KW</i> entre os índices globais, os anos de profissão, as habilitações académicas, a categoria profissional e o vínculo profissional à instituição	83
<b>Tabela 4.35.</b> Teste <i>UMW</i> entre os índices globais, os turnos, a assiduidade e os superiores valorizam o desempenho	85
<b>Tabela 4.36.</b> Teste <i>UMW</i> entre os índices globais, a satisfação profissional e as circunstâncias não profissionais que afetam a vida profissional	87

## Lista de Acrónimos

ACT	Autoridade para as Condições de Trabalho
BCP	Bloqueio à Comunicação e ao Progresso
BO	Bloco Operatório
CHCB	Centro Hospitalar Cova da Beira
CISNEROS	<i>Cuestionario Individual acerca de Psicoterror, Negación, Estigmatização e Rechaço em Organizações Sociais</i>
CIT	Contrato Individual de Trabalho
CITE	Comissão para a Igualdade no Trabalho e Emprego
Dp	Desvio padrão
DP	Difamação Pessoal
EACM	Escala de Avaliação de Condutas de <i>Mobbing</i>
EFILWC	<i>European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions</i>
Eurofound	Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho
EPE	Entidade pública Empresarial
H	Hipótese
IAF	Intimidação e Agressão Física
IGAP	Índice Global de Assédio Psicológico
IHL	Isolamento e Humilhação Laboral
IMAP	Índice Médio de Assédio Psicológico
JCI	<i>Joint Commission International</i>
KW	Teste de <i>Kruskal-Wallis</i>
LIPT	<i>Leymann Inventory of Psychological Terrorization</i>
MP	Manipulação Profissional
Máx.	Máximo
Min.	Mínimo
NAQ	<i>Negative Acts Questionnaire</i>
NEAP	Número Total das Estratégias de Assédio Psicológico
ns	Diferença estatística não significativa
OIT	Organização Internacional do Trabalho
SDL	Sobrecarga e Desprestígio Laboral
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
UAVC`'s	Unidade de Acidentes Vasculares Cerebrais
UCAD	Unidade de Cuidados Agudos Diferenciados
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
UE	União Europeia
UMW	Teste de <i>U de Mann-Whitney</i>
vs	<i>Versus</i>



# Capítulo 1

## 1. Introdução

### 1.1. Justificação e Relevância do Tema

Vivemos numa sociedade, cada vez mais competitiva a nível laboral, em consequência das novas políticas de gestão, fruto das exigências dos mercados e da globalização. A instabilidade socioeconómica atualmente existente, verificável através do crescente aumento do desemprego e da degradação das condições de vida, do aumento do ritmo de trabalho e da utilização dos vínculos laborais cada vez mais precários, coloca pressões acrescidas sobre todos os intervenientes nas relações de trabalho.

Assim, nas organizações e nas respetivas relações de trabalho, vive-se cada vez mais um ambiente individualista e competitivo, impondo-se pressão para se obterem resultados imediatos, focando uma obediência sem questionamento, levando o indivíduo à sujeição e à aceitação apática, com medo de perder o emprego. Estes fatores contribuem para a busca desenfreada do poder, o domínio de sentimentos de hostilidade, inveja e apatia em relação ao outro, o que torna o local de trabalho conflituoso, com elevados níveis de *stress*, inseguro e violento, onde a dignidade e o respeito mútuo deixam de existir. Assim, podem surgir com relativa facilidade condutas de assédio moral ou psicológico no trabalho, também designadas por *mobbing*.

O *mobbing*<sup>1</sup> é um fenómeno tão antigo quanto as relações de trabalho, porém a sua discussão é recente. A incidência deste fenómeno é mundial, principalmente nos países com maior poder económico e político (Frontzek, 2009) ou sociedades com estrutura e valores patriarcais (Tekin & Bulut, 2014).

O conceito de *mobbing* começou a ser discutido na Europa, inicialmente por Leymann na Suécia, considerado o “pioneiro do *mobbing*”, seguido por Hirigoyen na França e daí em diante em diversas partes do mundo (Frontzek, 2009).

Primariamente o conceito do *mobbing* era mais restrito, caracterizado apenas pela humilhação do trabalhador. Atualmente, o conceito é mais amplo, abrange situações de assédio moral, supervisão excessiva, críticas infundadas, empobrecimento de tarefas, sonegação de informações e perseguições no trabalho. Constituindo uma severa forma de *stress* psicológico resultante de ambiente intimidativo, comunicações hostis, degradantes ou atos dirigidos de

---

<sup>1</sup> Nesta investigação, irão utilizar-se as designações *mobbing* e assédio moral/psicológico, como sinónimo de violência moral, agressão psicológica, assédio psicológico ou coação moral.

forma reiterada a um indivíduo, por parte dos colegas de trabalho (Comissão para a Igualdade no Trabalho e no Emprego - CITE, 2013).

Trata-se de um fenómeno cuja incidência tem tendência a aumentar progressivamente, acarretando efeitos devastadores na vida dos indivíduos, nas organizações e na sociedade.

Segundo Luongo, Freitas & Fernandes (2011) cerca de 8,1% da população ativa na Europa é vítima de *mobbing*. Também, o quarto inquérito Europeu sobre as condições de trabalho realizado em 2005, pela Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho concluiu que 5,0% (1 em cada 20) dos trabalhadores Europeus referiu ter sofrido condutas de *mobbing*.

Segundo a mesma fundação no ano 2010, na Europa 4,0% dos trabalhadores foram alvo de condutas de *mobbing*, enquanto que apenas 2,0% dos trabalhadores foram alvo de violência física (Eurofound, 2010). Portugal, comparativamente com à média da União Europeia - UE<sup>2</sup> 15 e da UE<sup>3</sup> 27, regista valores mais baixos de trabalhadores sujeitos a condutas de *mobbing*, com 6,6% e 6,2% respetivamente.

Para se ter a noção das implicações práticas do fenómeno e da gravidade dos seus efeitos alguns países da Europa, e os Estados Unidos, viram-se obrigados a criar um seguro de responsabilidade civil para precaverem e indemnizarem situações de *mobbing*, nas organizações.

Neste contexto, a Organização Internacional do Trabalho (OIT), propõe novos modelos de análise da violência no trabalho, em que sejam consideradas as manifestações físicas, e também, as psicológicas.

A partir desta proposta, passa-se a considerar a violência no trabalho, como resultante de causas relativas às pessoas, ao meio ambiente de trabalho, às condições organizacionais, assim como, as formas de interação entre os próprios trabalhadores, entre os superiores hierárquicos e os clientes<sup>4</sup> (Szigety, 2012; Akar, Anafarta & Sarvan, 2011; Tuckey & Neall, 2014).

Assim, este fenómeno, com origem nas relações interpessoais, pode constituir um problema grave a ser enfrentado pelas organizações devido às suas potenciais consequências a curto e a longo prazo, que podem ser devastadoras a nível individual, organizacional, social e

---

<sup>2</sup> EU 15: 15 países que formavam a união europeia até ao dia 1 de maio de 2004 (Áustria, Bélgica, Dinamarca, Finlândia, França, Alemanha, Grécia, Irlanda, Itália, Luxemburgo, Países Baixos, Portugal, Espanha, Suécia, Reino Unido).

<sup>3</sup> Sendo UE 27: os 27 países que constituíam a União Europeia até junho de 2013.

<sup>4</sup> Nesta investigação, irá utilizar-se a seguinte designação: cliente, como sinónimo de doente, paciente, utente ou mesmo utilizador dos serviços de saúde.

financeiro (Qureshi, Iftikhar, Janjua, Zaman, Raja & Javed, 2013; Cornoiu & Gyorgy, 2013; Tuckey & Neall, 2014).

O *mobbing* vem assumindo cada vez maior visibilidade, devido ao facto dos trabalhadores conhecerem cada vez melhor os seus direitos laborais, e devido ao interesse crescente dos media sobre a matéria, ao denunciarem algumas situações de *mobbing* e respetivas consequências (Canedo, 2012).

Nos últimos anos, a nível internacional o *mobbing* tem sido objeto de inúmeros estudos, em diferentes áreas do conhecimento (ciências sociais, medicina, psicologia, administração, entre outras). Contudo, a nível nacional o estudo do fenómeno é muito recente.

A pertinência do estudo deste tema, sustenta-se no facto do *mobbing* constituir um grave fator de risco psicossocial para as organizações de saúde, com potenciais consequências nefastas para todos os níveis das relações de trabalho. Embora existam várias profissões de risco entre as quais se destacam os profissionais de saúde, os professores, os profissionais que se dedicam ao desenvolvimento infantil entre outros (Leymann citado por Leymann, 1996). Os enfermeiros representam uma profissão de risco acrescido, pelas características peculiares da profissão (*stress* relacionado com: o trabalho por longos períodos, a excessiva carga de trabalho e a falta de tempo, as tarefas difíceis ou complexas, os intervalos de descanso inadequados e a monotonia) (Luongo *et al.*, 2011; Tekin & Bulut, 2014).

Face ao exposto, torna-se necessário o conhecimento e o entendimento deste fenómeno psicossocial, a identificação das suas causas e das suas consequências, permitindo a elaboração e a implementação de estratégias de prevenção ou de minimização das condutas de *mobbing*.

## **1.2. Propósito, Questões e Objetivos da Investigação**

Em Portugal, as investigações sobre *mobbing* nos enfermeiros são escassas. No contexto nacional esta temática foi primariamente investigada em 2007 por Guilhermina Carvalho em contexto hospitalar (Carvalho, 2007, 2010); em âmbito hospitalar também foram elaborados estudos por João (2011, 2012) e por Saraiva & Pinto (2011) que realizaram um estudo em Cuidados de Saúde Primários na região Cova da Beira. Dando continuidade aos estudos de Saraiva & Pinto (2011) será pertinente inovar através da aplicação, pela primeira vez da Escala de Avaliação de Condutas de *Mobbing* (EACM) validada para a população portuguesa, por João (2012), avaliando-se se existem condutas de *mobbing* nos enfermeiros, a nível hospitalar, no Centro Hospitalar Cova da Beira, Entidade Pública Empresarial (CHCB, EPE), também será inovador a descrição dos fatores que podem contribuir para a prevenção deste fenómeno.

Entre os vários problemas que afetam os enfermeiros nas organizações de saúde o *mobbing* afeta não só o indivíduo mas também a organização e a sociedade, podendo até ser nefasto para a saúde do trabalhador. Considerando o trajeto a efetuar em toda a investigação, colocam-se as seguintes questões de investigação: *Existirá mobbing nos enfermeiros em ambiente hospitalar? Que variáveis poderão influenciar o mobbing nos enfermeiros? Quais as dimensões que assumem mais relevância para o mobbing nos enfermeiros? Quais as variáveis preditoras do mobbing?*

Assim, o objetivo geral deste estudo consiste em avaliar a existência de condutas de *mobbing* nos enfermeiros e em identificar as variáveis que podem ser preditoras do *mobbing* nos enfermeiros do CHCB, EPE.

Os objetivos específicos que servirão de bússola orientadora em toda a investigação, são:

- Caracterizar o conceito e as condutas de *mobbing*;
- Identificar e caracterizar as causas, consequências e as possíveis políticas de prevenção do *mobbing*;
- Identificar e caracterizar as dimensões e os índices globais da EACM;
- Avaliar a presença, a frequência, a intensidade global e média das condutas de *mobbing* nos enfermeiros em ambiente hospitalar;
- Caracterizar sociodemograficamente, socioprofissionalmente e pessoalmente os enfermeiros que trabalham em ambiente hospitalar;
- Caracterizar e determinar as condutas, as dimensões e os três índices globais do *mobbing* nos enfermeiros em ambiente hospitalar;
- Identificar e descrever as possíveis formas de prevenção do *mobbing* na classe profissional dos enfermeiros em ambiente hospitalar;
- Identificar se existe relação entre as variáveis sociodemográficas, socioprofissionais, pessoais e o *mobbing* (presença, frequência e intensidade global e média), nos enfermeiros em ambiente hospitalar;
- Identificar as principais variáveis preditoras do *mobbing* nos enfermeiros em ambiente hospitalar.

### **1.3. Estrutura da Dissertação**

Para se atingirem os objetivos propostos, estruturou-se o trabalho de investigação em duas partes principais, a primeira dominada pelo enquadramento teórico e a segunda composta pelo estudo empírico. Assim, após a introdução surge a primeira parte no Capítulo 2, onde é apresentada a revisão da literatura sobre o *mobbing*, sendo abordados: a evolução conceptual do *mobbing*, os possíveis erros de diagnóstico, as condutas e a caracterização do *mobbing*, as fases do processo, a classificação do *mobbing*, suas causas, consequências, a legislação

aplicável, a prevenção e a intervenção em situações de *mobbing*, e ainda, as investigações em vários grupos profissionais.

A segunda parte do estudo contém dois Capítulos. Inicia-se no Capítulo 3, com a descrição pormenorizada da metodologia de investigação, que engloba: o tipo de estudo; as hipóteses em investigação; o desenho da investigação; a população e amostra, a operacionalização das variáveis; o instrumento de recolha de dados; os procedimentos éticos e administrativos e os procedimentos estatísticos. No Capítulo 4 são analisados e discutidos os resultados, resultantes do tratamento estatístico dos dados (em que se recorreu ao programa informático *Statistical Package for Social Science - SPSS*) e do confronto com o referencial teórico identificado. Finalmente no Capítulo 5 são apresentadas as principais conclusões, as limitações e as sugestões para futuras linhas de investigações nesta área do conhecimento.

Através deste estudo espera-se um alargamento dos horizontes do conhecimento acerca do *mobbing*, dos tipos de condutas mais frequentes, das medidas preventivas, das variáveis que tenham relação com o *mobbing*, bem como, a identificação das variáveis preditoras do *mobbing*, procurando conhecer-se as suas repercussões na vida dos enfermeiros.



**PARTE I**  
**ENQUADRAMENTO TEÓRICO**



## Capítulo 2

### 2. Revisão da Literatura

Atualmente vivemos numa época em que as condições de trabalho são marcadas pela insegurança e pela ambição desmedida de progressão na carreira. Estes fatores geram condutas antiéticas. Alguns trabalhadores têm condutas de assédio moral ou *mobbing* para com outros, com o objetivo de destruí-los, visto estes constituírem potenciais ameaças à concretização dos seus próprios objetivos.

Nesta parte do trabalho irá ser apresentado o “estado da arte sobre o *mobbing*”, mais especificamente a evolução conceptual do *mobbing*, os possíveis erros de diagnóstico, as condutas e caracterização do *mobbing*, as fases do processo, a classificação do *mobbing* (nomeadamente a qualidade das condutas do agressor e a motivação das condutas), suas causas, consequências, a legislação (mais especificamente a nível Europeu e em Portugal), a prevenção e a intervenção em situações de *mobbing* e as investigações desenvolvidas em vários grupos profissionais (designadamente na profissão de enfermagem).

#### 2.1. Evolução Conceptual do *Mobbing*

O *mobbing* foi inicialmente estudado nos países nórdicos e sofreu derivações no decorrer do tempo, assumindo diferentes terminologias de acordo com o país onde se manifesta ou autor que o define, sendo *mobbing* a expressão mais utilizada em alguns países da Europa. Em Portugal este fenómeno para além de *mobbing* também é conhecido por violência moral, agressão psicológica, assédio moral ou psicológico. No Brasil é designado por assédio moral, assédio psicológico e *mobbing*; em Espanha o termo utilizado é *acoso moral*, *acoso psicológico* ou *psicoterror*; em França é conhecido por *harcèlement*; na Itália, *vessazione* (opressão); nos países nórdicos e nos países de origem inglesa, *bullying*; na Austrália e Irlanda, *bossing* e *harassment* (molestar ou aborrecer alguém); no Japão, *ijime* (maltratar, humilhar, judiar), (Pereira, 2009; Canedo, 2012; Saraiva & Pinto, 2011).

Apesar de *bullying* ser um termo similar, este envolve agressões e ameaças físicas, sendo estas pouco frequentes entre as condutas de *mobbing* (Leymann, 1996).

Neste estudo, foi adotado o termo *mobbing* de Leymann (1996) e a designação assédio moral ou psicológico de João (2012), que se refere à violência psicológica que ocorre no local de trabalho. Este é o termo que está mais difundido a nível nacional e internacional, daí a sua adoção para permitir maior capacidade de comparabilidade com outras realidades.

Não sendo um fenómeno recente, mas algo que existe desde que existe trabalho e relações laborais (Saraiva & Pinto, 2011). A expressão foi primariamente utilizada nos anos 60 do século XX, por Konrad Lorenz dirigida ao comportamento animal. O termo *mobbing* significava o ataque agressivo de um conjunto de membros contra um animal da mesma espécie, mais forte que os outros. Posteriormente na década de 70, foi utilizado por Peter-Paul Heinemann, médico sueco, para descrever comportamentos hostis de crianças em relação a outras que invadissem seu espaço, no ambiente escolar (Pacheco, 2007).

Mas foi no início dos anos 80 do século XX, que Heinz médico em psicologia do trabalho e investigador, realizou o primeiro estudo sobre o fenómeno no contexto laboral da Suécia, com centenas de clientes (Leymann, 1996). Em 1990, Leymann (Leymann citado por Leymann, 1996) no seguimento do seu trabalho de pesquisa descreve o *mobbing* como um fenómeno em que uma pessoa ou grupo de pessoas exercem violência psicológica extrema, de forma sistemática e repetida, sobre outra pessoa no local de trabalho, com a finalidade de destruir as redes de comunicação da vítima ou vítimas, destruir a sua reputação, perturbar a execução do seu trabalho e conseguir finalmente que essa pessoa ou pessoas abandonem o local de trabalho. Para que o fenómeno se verifique deve cumprir os critérios de frequência em média de duas vezes na semana, e outro de duração mínima de seis meses. A elevada frequência e duração destas condutas, resulta em sofrimento psicológico, psicossomático e social.

A divulgação das pesquisas de Leymann conduziu a outros estudos em vários países. Assim, em Itália o psicólogo Harald Ege (Ege, 2000) definiu o construto como ação ou série de ações durante um longo período de tempo, levada a cabo por um ou mais agressores (*mobbers*) com o intuito de ferir alguém (uma vítima), de forma sistemática. A natureza sistemática dos atos negativos é prejudicial (Vartia, citado por Szigety, 2012). O objetivo do agressor é a destruição profissional, psicológica e social da vítima.

Similarmente em França a expressão *mobbing* foi utilizada pela primeira vez pela psiquiatra e psicanalista Marie France Hirigoyen (Hirigoyen, 2002) para se referir a todas as condutas abusivas (palavras, gestos, comportamentos, atitudes) repetidas ou sistemáticas, contra a dignidade ou integridade psíquica ou física de uma pessoa, as quais põem em risco o seu emprego ou degradam o ambiente de trabalho. Os estudos realizados por Hirigoyen ganharam destaque com publicação do livro *Le harcèlement moral, la violence perverse au quotidien*.

Ainda na área da psicologia, em Espanha Zabala (2003) menciona que o agressor tem por objetivo intimidar, menosprezar, diminuir, amedrontar e consumir emocionalmente o indivíduo, a fim de satisfazer a sua necessidade insaciável de atacar, controlar e dominar a vítima.

Após vários estudos, Stale Einarsen, citado por Szigety (2012) tal como Leymann focou-se nas características de repetição e duração, definindo o *mobbing* como situações em que uma

pessoa é exposta de forma repetida e durante um certo período de tempo a ações negativas (abuso verbal, comentários ofensivos, ridicularizado e socialmente excluído) por colegas, supervisores ou subordinados.

Também, Zapf & Gross (2001) consolidam o conceito, definindo o *mobbing* como uma fonte de *stress* laboral, cujas causas têm origem nas relações interpessoais que se estabelecem entre os membros de uma organização. Ocorre um conflito entre duas partes, em que o agressor tem mais recursos e apoios ou uma posição superior sobre a vítima. O agressor ou agressores utilizam o seu estatuto de poder como a força física, a antiguidade, a força do grupo, a popularidade no grupo ou o nível hierárquico, para levarem a cabo as condutas de *mobbing*.

Em Portugal Carvalho (2010:30) caracteriza o *mobbing* por “uma ou várias condutas hostis e humilhantes por alguém mal intencionado (sujeito/organização), de forma repetida e sistemática no local de trabalho, contra um ou mais trabalhadores, degradando as suas condições de vida e acarretando na vítima consequências graves”.

Outra investigadora, João (2013:6) corrobora com os autores supracitados ao caracterizar o *mobbing* pela “vivência de uma ou várias condutas humilhantes, degradantes e hostis efetuadas intencionalmente, por um ou mais trabalhadores contra outro que possa ser percebido como potencial ameaça. Estas condutas de agressão são efetuadas de forma repetida e sistemática, causando lentamente a destruição da saúde física e mental do trabalhador”.

O *mobbing* é distinto de outros tipos de violência como a física e a sexual. Conforme mencionado anteriormente existindo aspetos específicos, mencionados pelos autores que caracterizam especificamente o fenómeno, permitindo assim a sua definição autónoma.

Considerando as definições supracitadas dos vários autores, pode-se considerar que o fenómeno envolve condutas destruidoras, agressivas, violentas, manipuladoras e de perseguição por parte do agressor. Ocorrendo de maneira intencional e frequente no trabalho por um ou mais agressores, com o objetivo de destruírem e excluírem socialmente a vítima.

Embora as várias definições sejam válidas e contribuam para uma mais ampla e abrangente conceptualização do *mobbing*, considera-se como descritivamente mais completa a de João (2013), pela sistematização apresentada e por adequar o fenómeno à realidade portuguesa.

Em relação à validade do construto, o *mobbing* tem sido avaliado através de questionários, entrevistas (para descrever e identificar o processo de escalada de conflito do *mobbing*); grupos focais (reúnem-se 8 e 12 pessoas com o intuito de discutir e elaborar a partir da experiência pessoal, a forma como os trabalhadores utilizam a expressão do *mobbing*) e a

técnica de incidentes críticos, autorrelato e registo diário (é pedido aos trabalhadores que sofrem de *mobbing* que façam um registo diário das ações que sofrem, assim ficam com provas documentais dos incidentes) (Gil-Monte, 2014).

Os métodos de avaliação do *mobbing* mais utilizados a nível mundial são os questionários, por exemplo: o *Negative Acts Questionnaire* - NAQ (com 22 atividades que podem ser condutas de *mobbing*) (Einarsen, Hoel & Notelaers, 2009), o *Generalized Workplace Harassment Questionnaire* (Rospenda & Richman, citados por Tuckey & Neall, 2014), e o *Leymann Inventory of Psychological Terrorization* - LIPT (com 45 itens referentes a condutas hostis, os quais agrupam-se em cinco categorias) (Leymann, citado por Leymann, 1996). Em Espanha são utilizados versões ou adaptações do LIPT e do NAQ, como: o *Cuestionario Individual sobre Psicoterror, Negación, Estigmatización e Rechazo em Organizaciones Sociales* - CISNEROS (Zabala, 2003) e o LIPT- 60 (com mais 15 itens que o original, subdividindo-se em 6 subescalas ou dimensões) (Rivera & Abuín, 2005).

Segundo Rivera & Abuín (2005) a presença de uma ou várias das 60 condutas de agressão não implica que a pessoa esteja a sofrer *mobbing*. O *mobbing* está associado à presença de várias condutas em simultâneo. No entanto, se a mesma conduta destruir a autoestima, o autoconceito, causar desmoralização, ou causar pensamentos repetitivos e destrutivos para a vítima, pode ser suficiente para desencadear o fenómeno.

Em Portugal, o estudo do fenómeno é muito recente, no ano 2010, foi validado o questionário LIPT- 60 para a população portuguesa por Guilhermina Carvalho (2010) e no ano 2012 Ana Lúcia João (João, 2012) construiu uma nova escala a EACM, com base nas escalas LIPT 60 e o CISNEROS, validando-a para a população portuguesa e para diferentes contextos laborais. A EACM foi a escala adotada na realização deste estudo. Esta é constituída por 55 itens que referenciam as condutas de agressão que uma pessoa pode viver no seu local de trabalho.

Apesar da definição do *mobbing* estar sustentada em vários estudos, com uma abrangência mundial, podem existir situações que levem a confundir o fenómeno, daí a importância de se distinguir entre as condutas de *mobbing* as que não fazem parte das condutas de *mobbing*. Essa distinção será feita no ponto seguinte.

## **2.2. Possíveis Erros de Diagnóstico do *Mobbing***

Segundo Hirigoyen (2002) existem várias situações que podem desencadear o *mobbing* ou que podem ser consequências deste. Não podem ser consideradas como condutas de *mobbing* no ambiente de trabalho: situações de *stress*, conflitos, gestão despótica, violência física, más condições de trabalho ou ainda imposições profissionais. Também o *burnout* pode levar a um diagnóstico errado.

O *mobbing* e o *stress* são conceitos que se distinguem facilmente, no entanto, têm em comum o facto de ambos poderem, produzir efeitos negativos a nível fisiológico e psicológico (Pacheco, 2007). Segundo Hirigoyen (2002) o *stress* pode estabelecer-se numa fase inicial do *mobbing*, pois existe a perspectiva de uma resposta ou solução, este ao agravar-se transforma-se em *mobbing* (Tuckey & Neall, 2014). A resposta da vítima ao *mobbing* depende de alguns fatores que segundo Zabala (2003) podem modificar o nível de *stress* inerente, destes fazem parte: i) o grau de controlo percebido (o aumento do *stress* está diretamente relacionado com a perceção que a vítima tem sobre o pouco ou nenhum controlo sobre o agressor); ii) o grau de previsibilidade dos ataques (o *stress* da vítima é maior se ela não for capaz de prever o momento ou a circunstância das condutas de *mobbing*); iii) a esperança de melhorar (à medida que a vítima tem a perceção que não vai haver melhoras o *stress* desta aumenta); iv) o apoio de outras pessoas (quando não há apoio de familiares, amigos ou colegas, o *stress* da vítima é maior). No entanto, as consequências destrutivas do *mobbing* são maiores que as do *stress*. O *stress* é reversível enquanto que, a vergonha e a humilhação que a vítima sofre podem não ser esquecidas (Hirigoyen, 2002).

O *mobbing* muitas vezes ocorre devido a um conflito exagerado, que evolui após um certo tempo. Apesar do conflito ser um fenómeno intrínseco à relação de trabalho, quando gerido pode ser produtivo e tornar-se condição necessária para a criatividade, mudança e reorganização (Hirigoyen, 2002; João, 2013). Em contrapartida, o *mobbing* não é benéfico em circunstância alguma, pois o agressor age contra a dignidade da vítima criando um ambiente de trabalho hostil e degradante (João, 2013). Também, Hirigoyen (2002) menciona que o conflito pode aproximar as pessoas, modificar alianças, trazer novidade em ambientes de trabalho rotineiros. No entanto, estes podem tornar-se problemáticos quando demoram a ser resolvidos, pois propagam-se de forma dissimulada, podendo conduzir ao *mobbing*.

A gestão despótica manifesta-se pelo abuso de poder por parte da direção, que através da repetição e sistematização de condutas humilhantes e degradantes, ofende a dignidade do trabalhador, convertendo-se em *mobbing* (Pacheco, 2007).

Em relação ao burnout, Queirós (2005) menciona que este está associado a falha ou exaustão, devido a gastos excessivos de energia, força ou recursos. Para Riviera (2005) apesar dos sintomas do *mobbing* e do *burnout* serem semelhantes, o *burnout* surge num contexto diferente do *mobbing*, pois no primeiro a vítima vê diminuir as suas expectativas em relação ao trabalho devido a exigências que se deparam com uma falta de recursos.

Nos últimos anos, a importância do fenómeno contribuiu para que aumentassem as denúncias dos casos de *mobbing*, muitos dos quais com recursos judiciais. Assim, para não haver erros de diagnóstico é importante conhecer as condutas do *mobbing* para uma melhor caracterização e delimitação do fenómeno.

### 2.3. Condutas e Caracterização do *Mobbing*

O agressor utiliza várias condutas para humilhar e inferiorizar a vítima. Estas foram mencionadas por vários investigadores entre os quais Leymann (1996), Hirigoyen (2002), Zabala (2003), Riviera & Albuín (2005) e João (2012) sendo apenas algumas delas consensuais para todos esses autores.

Martínez-Lugo (2006) refere cinco características comuns nas condutas de *mobbing*: i) a existência de uma conduta de agressão; ii) a intencionalidade; iii) a repetição das condutas de agressão; iv) a desigualdade de poder entre o agressor e a vítima; v) a vítima encontra-se com baixa autoestima, incapacidade de concentrar-se, ansiedade, depressão e isolamento.

Existem outras condutas mencionadas por Peña (2010) que caracterizam o fenómeno, tais como: a) a pressão exercida no trabalho com objetivo de autoeliminação do trabalhador; b) a humilhação da vítima; c) o vínculo laboral entre o agressor e a vítima; d) a realização de pressão; e) a intenção de causar dano psicológico ao trabalhador e f) o prolongamento das condutas de agressão.

Neste estudo ir-se-ão mencionar pormenorizadamente as condutas referidas pela autora João (2012), a qual enumerou 55 condutas que caracterizam o *mobbing* e fazem parte da escala EACM, referida anteriormente. A EACM menciona informação sobre condutas de agressão que um trabalhador pode viver no seu local de trabalho, subdividindo-se em 6 subescalas ou dimensões: i) Dimensão Bloqueio à Comunicação e ao Progresso (BCP), faz referência a condutas de agressão que visam impedir a comunicação e o progresso profissional da vítima. O principal objetivo deste tipo de agressão é conduzir a vítima ao fracasso. ii) Dimensão Isolamento e Humilhação Laboral (IHL), engloba atitudes e comportamentos de solidão, abandono, afastamento e exclusão. Estas condutas levam ao isolamento e à humilhação devido ao facto da vítima ser vista como um elemento diferente dos restantes e por isso não aceite. iii) Dimensão Difamação Pessoal (DP), são feitas críticas e/ou falsos rumores sobre a vida pessoal da vítima, com o intuito de a prejudicar. iv) Dimensão Intimidação e Agressão Física (IAF), as vítimas sofrem ameaças e também condutas de agressão física. v) Dimensão Sobrecarga e Desprestígio Laboral (SDL), as condutas incluídas nesta dimensão indicam a existência de uma solicitação abusiva de tarefas impossíveis de realizar para a vítima, devido às suas competências e princípios éticos. Estas condutas têm consequências avassaladoras, levando à redução da autoestima e sobretudo à autoculpabilização da vítima. vi) Dimensão Manipulação Profissional (MP), surgem ataques que têm como intuito privar a vítima dos seus instrumentos de trabalho e informações relevantes para o seu desempenho profissional.

Das dimensões mencionadas fazem parte várias condutas de *mobbing* (João, 2012), as quais serão abordadas de seguida.

1) Condutas no BCP da vítima, tais como: gritar ou repreender em voz alta a vítima à frente dos colegas de trabalho; gritar ou repreender em voz alta a vítima quando nenhum dos colegas de trabalho está presente; os superiores não deixam falar ou expressar a vítima; humilham e desvalorizam o trabalho da vítima perante outros colegas; quando a vítima comete um erro, ampliam-no ou aumentam-no no sentido de aumentar a sua gravidade; a vítima é acusada de cometer erros sem efetivamente os cometer; criticam o trabalho que a vítima realiza; distorcem de modo mal intencionado o que a vítima diz ou faz no trabalho; provocam a vítima no sentido de a obrigar a reagir emocionalmente; a vítima recebe ameaças verbais no seu local de trabalho; as tarefas ou trabalho que a vítima realiza são desvalorizadas; avaliam o trabalho da vítima de modo desigual em relação aos colegas; falam mal da vítima nas suas costas; quando a vítima fala interrompem o seu discurso; escondem ou ocultam informações importantes da vítima na execução do seu trabalho; quando a vítima tem novas ideias ou iniciativas, as mesmas são desvalorizadas; quando a vítima pede dispensa para frequentar um curso, formação, ou seminário, a mesma é vedada, ou são colocados obstáculos ao seu pedido; controlam excessivamente o horário da vítima.

2) Das condutas de IHL, fazem parte: não olhar para a vítima, fingem que não existe no local de trabalho; a vítima não consegue falar com ninguém, todos a evitam; quando a vítima se dirige ou chega a um local, os seus colegas de trabalho afastam-se; não atribuem trabalho à vítima ou atribuem-lhe poucas coisas para fazer; olham a vítima com desprezo; no local de trabalho a vítima é colocada num local isolado dos seus colegas; tratam a vítima como se tivesse uma doença psiquiátrica ou dão a entender que é doente psiquiátrico; os colegas de trabalho não falam com a vítima, ou não lhe dirigem a palavra; atribuem à vítima tarefas rudimentares e sem nenhum interesse para a organização; proíbem os colegas de trabalho de falar com a vítima; gozam com a forma de falar, de andar, o modo de ser da vítima; os colegas da vítima excluem-na das suas conversas, fazem sentir-se à parte; criticam a aparência da vítima e o modo como se veste; atribuem à vítima tarefas inferiores às suas competências.

3) Condutas para a DP da vítima com o intuito de a prejudicar, entre as quais: criticam a vida privada da vítima; ridicularizam a vida privada da vítima; fazem circular rumores ou boatos falsos sobre a vida privada da vítima; gozam e/ou criticam as coisas, convicções políticas e/ou religiosas da vítima.

4) Das condutas de IAF, fazem parte: a vítima recebe ameaças por telefone ou por escrito fora do local de trabalho; ameaçam agredir a vítima fisicamente no seu local de trabalho; a vítima é alvo de ataques físicos diretos extremamente violentos; a vítima é alvo de ataques físicos leves, tais como empurrões, palmadas na cabeça, ou no ombro; insultam a vítima verbalmente, chamando nomes desagradáveis ou através do recurso a alcunhas; a vítima é alvo de insinuações ou gestos sexuais.

5) Das condutas de SDL, fazem parte: atribuem mais trabalho à vítima do que aquele que pode efetivamente realizar; a vítima é alvo de ataques de foro sexual diretos; a vítima é forçada(o) a realizar tarefas que vão contra os seus princípios éticos; mudam as responsabilidades ou tarefas a executar pela vítima sem lhe dizerem nada; ocasionam gastos à vítima com a intenção de a prejudicar economicamente; atribuem tarefas à vítima superiores às suas competências; atribuem prazos à vítima impossíveis para entrega de um trabalho.

6) Condutas que têm como intuito de MP, entre as quais: provocam danos aos bens pessoais da vítima ou na sua viatura; causam danos ou destroem os instrumentos de trabalho da vítima; limitam o acesso da vítima ou privam-na de instrumentos de trabalho e documentos necessários ao desenvolvimento das suas funções; a vítima é alvo de gestos e escritos intimidatórios no seu local de trabalho; manipulam a vítima ou usam indevidamente os seus instrumentos de trabalho.

As condutas de *mobbing*, ao serem agrupadas permitem a obtenção de outras informações, denominados índices globais de *mobbing*, tais como (João, 2012): 1) Número Total das Estratégias de Assédio Psicológico (NEAP). Este indica a frequência das estratégias de assédio vivenciadas e informa sobre a amplitude do mesmo. 2) Índice Global de Assédio Psicológico (IGAP). É uma medida do grau de intensidade global percebido no *mobbing*. 3) Índice Médio de Assédio Psicológico (IMAP). Este é uma medida do grau de intensidade médio percebido no *mobbing*.

Além da frequência, índice médio e global das condutas de *mobbing* a sua duração também é importante na caracterização do fenómeno. Neste sentido, vários investigadores que estudam o fenómeno abordam a duração do *mobbing*. Segundo João (2012) as vítimas de *mobbing* referem que são alvo deste tipo de condutas desde há 6 meses (21,0%), também o estudo de Hirigoyen (2002) vai de encontro a estes resultados. Enquanto que, João (2012) revela que 59,0% dos enfermeiros sofre de *mobbing* à mais de 1 ano. Contudo, o estudo de Amarray (2010) refere que 50,7% são vítimas de *mobbing* há 5 anos e 35,1% desde há 6 meses.

O *mobbing* não acontece de forma idêntica a todas as pessoas e em todas as organizações, representa um processo, composto por fases que serão abordadas no ponto seguinte.

## **2.4. Fases do Processo do *Mobbing***

As fases do processo de *mobbing* dependem de caso para caso tendo em conta o tipo de trabalho, o tipo de organização, os intervenientes e a cultura dominante.

Com o intuito de explicar o progresso de um conflito laboral que degenera em *mobbing* Zapf & Gross (2001) criaram um modelo baseado no modelo de Glasi. Neste modelo existem três fases e nove etapas no processo de desenvolvimento de um conflito:

- a) Racionalidade e controlo, em que os conflitos são inevitáveis. Nas etapas desta fase a vítima e o agressor estão interessados numa solução racional para os problemas, ocorre polarização das discussões; passa-se das palavras à ação.
- b) Relações problemáticas, o conflito existe no relacionamento e é de difícil resolução. Nesta fase o agressor procura aliados; comportamentos de evitação da vítima, desrespeito e difamação desta; surgem ameaças explícitas entre a vítima e o agressor.
- c) Agressão e destruição, em que existe conflito entre a vítima e o agressor, tornando-se destrutivo. O agressor pode por em perigo a saúde e o bem-estar da vítima com o fim de a prejudicar ou ferir. Nesta etapa surgem campanhas destrutivas contra a vítima, as tentativas de defesa da vítima encorajam o agressor, ocorrendo a destruição total, que em situações extremas pode levar a vítima ao suicídio.

Segundo Leymann citado por Leyman (1996) e Riviera (2005) existem quatro fases no processo do *mobbing*, das quais fazem parte: i) incidentes críticos, nesta existem algumas diferenças de opinião ou disputas entre os trabalhadores, a maioria normais numa organização dinâmica. No entanto, quando os conflitos persistirem, a situação pode degenerar em *mobbing*; ii) assédio e estigmatização, aqui os conflitos começam afetar o equilíbrio psicológico da vítima. Surgem os primeiros efeitos negativos do *stress* prolongado (ansiedade, insónia, ataques de pânico); iii) intervenção dos responsáveis hierárquicos, a responsabilidade recai sobre a vítima mas na realidade é do agressor, os direitos da vítima são violados, situação tolerada pela administração, o que deixa o conflito sem solução; IV) expulsão, caracteriza-se por julgar a vítima de modo equivocado, provocando o isolamento social e podendo levar à sua demissão.

Outros autores, como Zabala (2003), também tendo por base os estudos de Leymann, defendem que existem cinco fases no *mobbing*. Acrescenta-se uma nova fase, que se situa entre a terceira e a quarta fase supracitadas de Leymann e denomina-se “fase da solicitação de ajuda especializada externa e diagnóstico incorreto”. Nesta fase a vítima procura ajuda especializada e muitas vezes é feito um diagnóstico incorreto, não relacionado com as condutas de *mobbing* externas e repetidas vivenciadas no local de trabalho. A vítima sofre e sente-se responsável por isso.

Outro investigador do fenómeno Ege (2000) identificou a dimensão cultural do *mobbing*, e também acrescentou uma fase às supracitadas. O resultando foi um modelo com seis fases, entre as quais: 1) conflito dirigido; 2) aparecimento de *mobbing*; 3) primeiros sintomas psicossomáticos; 4) erros e abusos na gestão de recursos humanos; 5) agravamento da condição psicofísica do indivíduo; 6) exclusão da vítima do trabalho. Shallcross, Ramsay & Barker (2013) corroboram com este autor ao identificarem uma nova fase, onde a vítima é apontada como a única culpada, antes da expulsão.

Embora constituindo um processo, com as fases apontadas anteriormente, existem vários tipos de *mobbing* dependendo da qualidade das condutas do agressor e da motivação das condutas. Seguidamente aponta-se essa classificação do *mobbing*.

## 2.5. Classificação do *Mobbing*

Apesar do termo poder ser entendido com ligeiras diferenças, consoante o país, vários estudos referem que as condutas de *mobbing* podem ser classificadas de acordo com a qualidade das condutas das condutas levadas a cabo pelo agressor, em: *mobbing* vertical, horizontal, ascendente e descendente; e de acordo com a motivação das condutas em: *mobbing* emocional, estratégico, institucional e discriminatório.

### 2.5.1. De Acordo com a Qualidade das Condutas do Agressor

Segundo Hirigoyen (2002) 58,0% dos casos das condutas de *mobbing* são provocados pela hierarquia, 29,0% vêm da chefia e colegas, 12,0% vem de colegas e em 1,0% dos casos o assédio é provocado pelos subordinados.

Luongo *et al.* (2011) referem que o *mobbing* pode assumir diversas formas: a agressão vertical e a agressão horizontal. O *mobbing vertical* é menos comum, ocorre quando um ou vários subordinados agem contra o chefe, assediando-o. É praticado contra o superior hierárquico que abusa do poder e adota posturas inadequadas e antiéticas no local de trabalho. Enquanto o *mobbing horizontal* é um processo de agressão sistemático e repetido dos colegas de trabalho no mesmo nível hierárquico para com um trabalhador (Simons, Stark & DeMarco, 2011). Hirigoyen (2002) menciona que em ambos os tipos de *mobbing* não é incomum a omissão de pessoas próximas, para que a vítima fique isolada, o que fortifica o agressor. Neste contexto, o estudo de Verdasca (2010) demonstra que 15,8% das vítimas de *mobbing* mencionam os colegas de trabalho como agressores. Também no estudo de João (2013) este tipo de *mobbing* é vivenciado individualmente por 31,1% das vítimas e em grupo por 28,5% das vítimas (sofrendo agressões por parte de um grupo de colegas com igual posição profissional).

Outro tipo de *mobbing* é o *mobbing descendente (bossing)*, este é caracterizado por um estilo de liderança autoritária, pode assemelhar-se a uma "supervisão abusiva" (Ertureten, Cemalcilar & Aycan, 2013). Neste sentido, o estudo de Verdasca (2010) demonstra que 75,8% das vítimas de *mobbing* sofrem agressões por parte de um superior hierárquico. No mesmo contexto, os estudos de Efe & Ayaz (2010) revelam que 25,2% dos enfermeiros manifestaram que o executor do *mobbing* foi o enfermeiro chefe. Também os estudos de Yousef, El-Houfey & Elserogy (2013) mencionam que as principais fontes de comportamentos de *mobbing* são os supervisores e chefes de departamento (18,7% e 18,1% respetivamente). No estudo de João (2013) os agressores são principalmente os enfermeiros chefes (42,4%) e os médicos (29,0%).

O mobbing vertical ascendente é uma situação rara, caracteriza-se por ser praticado por inferiores hierárquicos da vítima, surge quando o poder fica a cargo dos subordinados tornando-os agressores (Luongo *et al.*, 2011). João (2013) refere que os enfermeiros que exercem cargo de chefia vivenciam em média mais condutas de *mobbing* do que os enfermeiros que não ocupam este tipo de cargo.

Ambas as formas existem nas organizações, especialmente onde a lei do silêncio é mais eficaz e a omissão de factos, embora conscientes do abuso e da injustiça da situação abstêm-se de intervir, quer seja por cumplicidade com o agressor, quer por medo de represálias (Gil-Monte, 2014).

No entanto, Hirigoyen (2002: 114) menciona ainda outro tipo de *mobbing* o misto pois “é raro um assédio horizontal duradouro não ser vivido, depois de algum tempo, como assédio vertical descendente em virtude da omissão da chefia ou do superior hierárquico”, tornando-se cúmplice. A situação mais comum é a perseguição feita pelo empregador contra determinado trabalhador. O agressor aproveita-se do seu nível hierárquico superior para levar a cabo condutas assediantes. Independente do tipo de *mobbing*, este acaba por provocar vários problemas pessoais, sociais, familiares e profissionais, além de aumentar os acidentes de trabalho e as doenças no trabalhador. Pacheco (2007) corrobora com a autora supracitada, pois segundo este o *mobbing* horizontal dura mais tempo e dá origem ao *mobbing* descendente, em que o empregador não age para resolver a situação, tornando-se cúmplice do agressor por omissão.

Recentemente, com o desenvolvimento das novas tecnologias surgiu o cyberbullying, frequente em crianças, adolescentes e alguns contextos laborais. Este consiste no desenvolvimento de condutas de *mobbing* através dos meios eletrónicos. Engloba atividades agressivas e intencionais, desenvolvidas por um grupo ou um indivíduo, através de contatos eletrónicos insistentes e prolongados (Dooley, Pyzalski & Cross, citados por Gil-Monte, 2014).

### 2.5.2. De Acordo com a Motivação das Condutas

O mobbing emocional é praticado entre diversos níveis hierárquicos, é executado por um sujeito ativo dotado muitas vezes de uma personalidade obsessiva, perversa ou patológica (Pereira, 2009). O agressor vive uma “constante procura de situações de tensão e conflito, sendo orientado por um desejo patológico de vencer e tem uma forte inclinação para magoar os outros, conseguem manipular colegas e chefias com jogos de segredos e mentiras, intimidação e chantagem” (Canedo, 2012: 48).

O mobbing estratégico é frequente em organizações que pretendem promover o afastamento ou expulsão de determinado trabalhador (vítima) tido como incómodo, de forma legal (Pereira, 2009).

Contrariamente ao que ocorre no anterior, o mobbing institucional é dirigido a um grupo específico de trabalhadores com vista à sua expulsão da organização. Para tal são muitas vezes implementados procedimentos, proibidos alguns comportamentos, com o alvo de obter resultados produtivos.

A autora supracitada menciona também o Whistleblowing, que traduzido significa denúncia. Este fenómeno retrata indivíduos que denunciam fraudes, irregularidades, condutas ilegais ou imorais e que por isso sofrem represálias.

Outra forma é o mobbing discriminatório que resulta da violação do direito à igualdade e não discriminação, abrangendo parte das condutas e não todas (Pereira, 2009). A motivação da conduta e o efeito, é violar-se o direito à igualdade e à não discriminação (Canedo, 2012).

Considerando a classificação apresentada, também as causas que dão início ao processo do *mobbing* são diversificadas, sendo objeto de abordagem no ponto seguinte.

## **2.6. Causas que Intervêm no *Mobbing***

Por representar um fenómeno multicausal, não é possível individualizar uma causa, como única, no processo de *mobbing*. Assim, vários investigadores têm procurado identificar as variáveis determinantes para a ocorrência do *mobbing*. Inicialmente, o *mobbing* foi explicado pelas relações interpessoais entre o agressor e a vítima, no entanto, recentemente incluíram-se outras explicações para o fenómeno.

Segundo João (2013) as características do *mobbing* dependem de cada situação, tendo em conta o tipo de trabalho, as normas da organização, os intervenientes e a cultura organizacional.

De seguida serão abordadas as características que podem precipitar o *mobbing*, sendo estas: sociais e organizacionais, características demográficas, características pessoais da vítima, do agressor e dos espetadores.

### **2.6.1. Características Sociais e Organizacionais**

Estudos recentes mencionam que as características sociais, culturais e organizacionais podem moderar as perceções e as reações ao *mobbing* (Loh, Restubog & Zageneczyk, 2010). Os trabalhadores dos países ocidentais são menos propensos ao *bullying* como um comportamento padronizado em comparação com os dos países não ocidentais.

As características sociais e organizacionais têm sido enfatizadas e investigadas em várias áreas. Alguns autores, referem que nas organizações públicas e no setor bancário o *mobbing* apresenta-se de forma mais marcante (Carnero, Martínez & Sánchez-Mangas, 2012). Nas organizações públicas isto acontece devido ao grande número de trabalhadores, condições

inadequadas de trabalho e falta de preparação por parte das chefias para gestão de conflitos (Szigety, 2012; Gil-Monte, 2014). Segundo Hirigoyen (2002) a duração do *mobbing* no setor público pode ser de dezenas de anos, enquanto que, no setor privado raramente dura mais que um ano. Isto porque os contratos na função pública são mais estáveis que no privado. Porém Carvalho (2010) refere que o fato de os enfermeiros exercerem funções em hospitais no setor público, com caráter vinculativo não parece influenciar as condutas de *mobbing*. Também Barros (2013) refere que o *mobbing* ocorre de igual forma nas instituições públicas e nas instituições privadas. Nas últimas o *mobbing* é mais brutal, dura menos tempo e muitas das vezes provoca o afastamento da vítima. Enquanto que, no setor público o *mobbing* pode durar vários anos, pois as pessoas estão protegidas e não podem ser facilmente despedidas. Em contrapartida os estudos de Jacoby, Falcke, Lahm & Nunes (2009) demonstram que as organizações privadas são cenários de *mobbing*, uma vez que são geridas num sistema económico capitalista e competitivo. Fontes (2010) corrobora com os autores supracitados ao mencionar que os profissionais do setor privado sofrem 5,34 vezes mais condutas de *mobbing* do que os que trabalham em outras áreas ou setores. De referir também o estudo de João (2013) em que os enfermeiros que exercem funções numa instituição pública ou privada estão sujeitos a mais condutas de *mobbing*, do que os que exercem funções em organizações EPE`s.

Neste sentido, Rivera & Abuín (2005) tendo por base a escala de LIPT 60 apontam alguns condicionantes que se fazem sentir a nível laboral, tais como: limitação da comunicação (negado o direito de se expressar ou de ser ouvido); limitação do contato social (cortam-se as fontes de informação, isola-se a vítima dos colegas, estes não lhe dirigem a palavra); desprestígio da vítima frente aos colegas (falando ironicamente de si à família, aos antecedentes, humilhando-a e ridicularizando-a); o agressor desacredita a capacidade profissional da vítima (atribuem tarefas desadequadas e/ou inúteis, criticam as mínimas falhas ou defeitos, deprecia-se o seu trabalho e as suas capacidades); comprometimento da sua saúde física e psicológica (obrigando a vítima a realizar trabalhos nocivos ou perigosos, com implicações negativas).

A nível profissional, na enfermagem há fatores que podem originar o *mobbing*, tais como: o trabalho em equipas multidisciplinares; a precariedade de recursos humanos e materiais; a rotina; o trabalho rotativo; a pouca autonomia, (Qureshi *et al.*, 2013; Tuckey & Neall, 2014); os conflitos e a ambiguidade de papéis (Figueiredo-Ferraz, Gil-Monte, Grau-Alberola, Liorca-Pellicer & García-Juesas, 2012; Karanikoli, Orokliou & Lekkou, 2012); os problemas na comunicação (Efe & Ayaz, 2010); o ritmo de trabalho exigente; o *stress* constante; a insegurança no trabalho; as alterações no trabalho; as tarefas insuficientes, entre outros (Akar *et al.*, 2011; Tuckey & Neall, 2014), também os salários baixos, a carreira profissional e as injustiças nas promoções podem ser elementos conducentes ao *mobbing* (Sahin, Ozdemir & Kose, 2011).

Outros estudos dão enfoque ao trabalho rotativo (Carvalho, 2007). No entanto, em antítese os estudos de Carvalho (2010), Saraiva & Pinto (2011); João (2013); Tekin & Bulut, (2014) demonstram que os enfermeiros que trabalham em horário fixo, sofrem mais condutas de *mobbing*, em comparação com os que trabalham por turnos. Ainda neste contexto, Carnero *et al.* (2012) mencionam que o trabalho por turnos, não é significativo para a presença do *mobbing*.

Também favorecem as condutas de *mobbing* métodos de trabalho e produção com uma organização empobrecida, com ausência de interesse por parte dos superiores, a existência de múltiplas hierarquias, as cargas excessivas de trabalho, a deficiente organização do trabalho ou a má distribuição do mesmo, a falta de pessoal, a existência de líderes espontâneos e não oficiais (Gil-Monte, 2014). Neste contexto, Verdasca (2010) refere como variáveis preditoras do *mobbing* o *stress* laboral, ou seja quanto maior for a carga de trabalho maior é a probabilidade de ocorrência de condutas de *mobbing*.

Szigety (2012) relatou antecedentes relacionados com o *mobbing*, como a cultura organizacional e a interação, destes fazem parte: um conflito anterior, rejeição sem qualquer motivo ou conflito; dicotomia no pensamento sobre o grupo; trabalhos relacionados com a discriminação e a injustiça; anarquia; a união do grupo é alcançada concentrando-se em coisas negativas, a força de coesão é o ódio; não dar ou não respeitar as responsabilidades no trabalho; não fornecer informações necessárias de uma vez; muito tempo livre; casos anteriores de *bullying* ou *mobbing* tornam-se alvo dos agressores; tipo de liderança (líder *laissez faire*; líder autoritário; gestão composta por membros *laissez faire* e autoritários); organização caracterizada por grande competitividade e com orientação para o sucesso. Também os estudos de Moura & Saraiva (2010), Ertureten *et al.* (2013) e Gil-Monte (2014) corroboram com os anteriores, pois o estilo de liderança autoritário mostrou ter uma forte relação positiva com *mobbing*. As investigações de Ertürk & Cemaloğlu (2014) vão de encontro com os estudos supracitados, uma vez que o tipo de liderança, cultura organizacional e organização do trabalho podem causar o *mobbing*.

Também ambientes competitivos (Luongo *et al.*, 2011), individualistas, preconceituosos e conservadores (Carvalho, 2010) contribuem para o *mobbing*.

Moroni & Dabos (2014) referem que conflitos interpessoais não resolvidos, procedimentos injustos, líderes pouco preparados para lidar com adversidades, falta de sistemas formais de prevenção e controlo, criam situações favoráveis à ocorrência e à propagação de comportamentos abusivos.

Os estudos de Figueiredo-Ferraz *et al.* (2012) corroboram com os supracitados pois apontam como mediadores no *mobbing*, uma elevada ambiguidade de papéis, o baixo suporte social e altos conflitos interpessoais.

## 2.6.2. Caraterísticas Demográficas

São de realçar as caraterísticas demográficas como a idade, género, estado civil, habilitações literárias, tipo de contrato, serviço onde se trabalha e experiência profissional, uma vez que estas influenciam o *mobbing*.

Os estudos de Ertürk & Cemaloğlu (2014) mostram que os professores na faixa etária dos 34-45 anos sofrem mais comportamentos de *mobbing* do que os professores em idades inferiores. No entanto, Carvalho (2010) menciona como sendo mais afetados (enfermeiros que já foram ou são vítimas de *mobbing* no seu local de trabalho) os que têm mais de 40 anos. Também os estudos de Saraiva & Pinto (2011) demonstram que os enfermeiros sujeitos a mais estratégias de *mobbing* têm idades compreendidas entre 47-56 anos. O estudo de João (2013) vai de encontro com estes resultados pois os enfermeiros com níveis mais elevados de manipulação profissional e isolamento surgem em idades compreendidas entre os 51 e os 60 anos. Em contrapartida, no estudo de Zabala (2003) são os jovens com menos de 30 anos que têm índices mais elevados de *mobbing*, pois a preparação académica dos mais jovens causa nos mais velhos um sentimento de insegurança e ameaça. Neste contexto, os estudos de Pai & Lee (2010) referem que enfermeiros com a idade inferior a 30 anos e com ansiedade têm mais probabilidade de sofrerem de abuso verbal e *mobbing*. Também os estudos de Efe & Ayaz (2010) corroboram as investigações anteriores, pois os enfermeiros com menos de 25 anos de idade estão aparentemente mais expostos ao *mobbing* que os de idades superiores. Hirigoyen (2002) menciona que as empresas preferem substituir os trabalhadores com mais de 50 anos de idade, pelos jovens que pensam ser mais resistentes e mais baratos. Os mais jovens sofrem mais abusos de poder enquanto que, os mais velhos são coagidos a afastar-se. No entanto, o estudo de João (2013) revela que o *mobbing* não está associado à idade.

Relativamente à variável género estudos em vítimas de *mobbing* não encontraram nenhuma diferença quanto a esta variável (Carnero *et al.*, 2012; Leymann, 1996; Zabala, 2003). Por outro lado, os estudos de Curtis, Bowen & Reid, citados por Topa & Moriano (2013) descobriram que as mulheres enfrentam mais comportamentos de *mobbing* que os homens. As mulheres têm tendência a exercer mais condutas de *mobbing* sobre mulheres enquanto que, os homens são vítimas das mulheres e dos homens (João, 2013). Neste contexto, Moura & Saraiva (2010) referem que os homens são referidos como agressores mais vezes, pois ocupam com maior frequência cargos de gestão nas organizações do que as mulheres. Em antítese os estudos de Carvalho (2010), Saraiva & Pinto (2011) e João (2013) demonstram que os homens sofrem em média níveis mais elevados de condutas de *mobbing* do que as mulheres.

O facto de os indivíduos não serem casados, torna-os mais vulneráveis a condutas de *mobbing* (Carvalho, 2007; Saraiva & Pinto, 2011; João, 2013). Hirigoyen (2002) menciona que a maioria das vítimas de *mobbing* são pessoas sem apoio, solitárias ou seja pessoas solteiras, viúvas ou

divorciadas. No entanto, Fontes (2010) menciona que os que têm filhos sofrem 8,87 vezes mais condutas de *mobbing* comparativamente com os que não têm.

Relativamente às habilitações literárias, estas são determinantes nas condutas de *mobbing*, pois vários estudos demonstram que quanto maior o nível de instrução, maior é a probabilidade de ser vítima de *mobbing* (João, 2013; Carnero *et al.*, 2012; Ertürk & Cemaloğlu, 2014). Também a investigação de Carvalho (2010) vai de encontro com os resultados supracitados, pois os enfermeiros que já foram ou são vítimas de *mobbing* são maioritariamente enfermeiros especialistas. Segundo Verdasca (2010) as habilitações literárias são uma variável preditora de *mobbing*, à medida que aumentam as habilitações literárias aumenta a probabilidade de ser alvo de *mobbing* frequente.

A respeito do vínculo laboral os estudos de Saraiva & Pinto (2011); Carvalho (2007) mencionam que os enfermeiros com contrato de trabalho efetivo são os mais sujeitos a condutas de *mobbing* quando comparados com os que possuem uma situação de contrato por tempo indefinido. No entanto, segundo Zabala (2003) o fato de os trabalhadores mais novos terem contratos de trabalhos precários pode motivar o comportamento dos agressores. Contudo, o estudo de João (2013) menciona que o vínculo laboral não se encontra correlacionado com o número de condutas de *mobbing*. Também os estudos de Carnero *et al.* (2012) referem que o tipo de contrato de trabalho (efetivo ou temporário), carga horária (trabalho por tempo parcial ou integral), não são significativos para o *mobbing*.

A experiência profissional também é determinante no *mobbing*, os estudos de Ertürk & Cemaloğlu (2014) revelam que os professores com, 13-24 anos de profissão, são os que sofrem maiores níveis de *mobbing* em comparação com os que têm menos tempo de serviço. Na mesma linha de raciocínio Saraiva & Pinto (2011) demonstram que os enfermeiros que já foram ou são vítimas de *mobbing* no seu local de trabalho possuem entre 15-25 anos de serviço. Também Carvalho (2010) menciona que os enfermeiros com mais de 15 anos de serviço vivenciam mais condutas de *mobbing*, em relação aos que têm menos tempo de profissão. Contudo, segundo Fontes (2010) os profissionais que trabalham até 3 anos numa organização, foram agredidos 4,67 vezes mais do que os que trabalham há mais tempo. Também Zabala (2003) salienta que as vítimas de *mobbing* trabalham há menos de 1 ano ou há mais de 10 anos na sua profissão. Contudo, o estudo de João (2013) demonstra que não há relação entre tempo de profissão e o número de condutas, a intensidade global e média por conduta de *mobbing*.

### 2.6.3 Características Pessoais do Agressor, da Vítima e dos Espetadores

As características pessoais do agressor, da vítima e dos espetadores podem predispor ao *mobbing*. Segundo Akar *et al.* (2011) os agressores podem ter transtorno de personalidade (agressividade, hostilidade, egoísmo, covardia, etc.). O agressor tem uma personalidade psicopata e controladora, com alteração do sentido da norma moral (Gil-Monte, 2014).

Geralmente são indivíduos mentirosos e compulsivos, com grande capacidade de improvisar. O agressor age de forma intencional e tenta arranjar desculpas para os seus atos, culpabilizando o outro (Hirigoyen, 2002). Peña (2010) caracteriza o agressor como ambicioso e com medo de perder alguns privilégios, pelo que age de forma consciente e voluntária, com o objetivo de eliminar quem se coloca no seu caminho. O agressor é motivado por sentimentos de inveja e rivalidade interpessoal, frustração e insegurança (Akar *et al.*, 2011).

Neste contexto, João (2011) salienta que 77,8% das vítimas de *mobbing* mencionam como principal causa a inveja ou o ciúme. Posteriormente o mesmo autor (João, 2013) refere que as causas deste tipo de condutas estão associadas a inveja ou ciúme (55,6%) e ao “não ceder nem deixar-se influenciar por chantagens ou servilismo” (54,1%).

Szigety (2012) também relatou antecedentes relacionados com a personalidade do agressor que predispõem para o *mobbing*, tais como: mentiroso; caráter manipulador; tipo sedutor; opressivo; plágio de palavras de outras pessoas, atitudes, ideias; sede de poder e sucesso; comunicação do agressor caracterizada por monólogos, provocando mal entendidos, indelicado verbalmente ou rude.

Existem alguns comportamentos dos supervisores que podem favorecer as condutas de *mobbing*, entre os quais: supervisores agressivos, hostis e violentos para com as vítimas, tentam excluir esta da vida social da organização. Os comportamentos anteriores podem servir de modelo para alguns subordinados que se convertem em agressores ao adotarem esses comportamentos. Os supervisores podem também promover o *mobbing* se tolerarem ou recompensarem estas ações (Mathisen, Einarsen & Mykletun, 2011).

Geralmente no *mobbing* existe uma assimetria de poder entre o agressor e a vítima. Os agressores utilizam o seu estatuto ou poder para agirem contra as vítimas (Hirigoyen, 2002). A vítima é escolhida em função das suas características pessoais mais do que profissionais, muitas vezes a vítima reage contra o autoritarismo de um chefe e recusa-se a ser escravizada (Hirigoyen, 2002). Existem casos em que o agressor não está interessado em pessoas serviciais ou antipáticas (Peña, 2010). Assim o perfil da vítima é descrito por pessoas demasiado competentes; produtivas e motivadas pelo trabalho; pessoas atípicas (cor da pele); pessoas isoladas e fragilizadas. O agressor elege a vítima intencionalmente e procura a sua destabilização a ponto de comprometer a sua comunicação, o objetivo é desacreditar ou desprestigiar a mesma, por meio do controlo das suas funções ou tarefas (Carvalho, 2010), outra forma é o agressor atacar os pontos fracos da vítima para que esta perca a confiança em si própria (Hirigoyen, 2002), por fim consegue a sua destruição e eliminação mediante todo o tipo de estratégias (Carvalho, 2007; Akar *et al.*, 2011; Qureshi *et al.*, 2013; Ertürk & Cemaloğlu, 2014). Luongo *et al.* (2011) também descrevem as características da vítima, geralmente estas diferem dos padrões estabelecidos, estão sujeitos a: discriminações sociais, religiosas, políticas, por serem excessivamente competentes ou por serem improdutivas.

Também o gênero, a raça, a forma de vestir, de ser, de falar ou reagir são fatores determinantes para a inclusão num grupo, e podem favorecer as condutas de *mobbing* (Hirigoyen, 2002).

A estrutura e valores patriarcais em algumas sociedades podem conduzir à violência e ao abuso das mulheres (Akar *et al.*, 2011; Tekin & Bulut, 2014).

A vítima na maioria dos casos apresenta traços de personalidade forte (confiabilidade, honestidade, autoconfiança) (Akar *et al.*, 2011), são bem sucedidas e atraentes (Carnero *et al.*, 2012), também segundo João (2011) 66,7% das vítimas são inovadoras ou empreendedoras de novas formas ou perspectivas de trabalho. No entanto, outros autores descrevem a vítima como vulnerável, sensível, ingênua, menos assertiva (Szigety, 2012). O agressor escolhe profissionais com mérito e êxito, pois estes despertam em si inveja (Peña, 2010).

Carvalho (2010) e João (2013) consideram que os profissionais que caracterizam o ambiente de trabalho como negativo, percebem em média mais condutas de *mobbing* comparativamente com os que o caracterizam como positivo. Os primeiros vivenciam ainda, as condutas com mais intensidade e experienciam níveis mais elevados deste fenômeno. João (2013) caracteriza o ambiente de trabalho negativo como sendo conflituoso, cheio de agressividade e incidentes pessoais. Segundo Amazarray (2010) a satisfação com a chefia, com os colegas, comprometimento organizacional afetivo e a satisfação com a natureza do trabalho, são variáveis preditoras de *mobbing*. A satisfação tem relação inversa com o *mobbing*, ao seja quanto mais insatisfeitos estiverem os sujeitos, maior o *mobbing*. Também os estudos de López-Cabarcos, Vázquez-Rodríguez & Montes-Piñero (2010) corroboram com os anteriores, pois segundo estes o número de comportamentos *mobbing* está relacionado de forma negativa com duas dimensões de satisfação no trabalho (supervisão e remuneração), enquanto que, o índice global *mobbing* está relacionado de forma negativa com a satisfação do ambiente físico. Desta forma, a percepção do ambiente de trabalho, a satisfação com a profissão e a valorização do desempenho pelos superiores quando percebidos negativamente indiciam comportamentos favoráveis à prática de condutas hostis e desprovidas de ética (Carvalho, 2010).

Além do agressor e da vítima nas condutas de *mobbing* muitas vezes estão presentes os espetadores, os quais podem ser colegas de trabalho do mesmo nível hierárquico ou de um nível hierárquico superior. Segundo Peña (2010) os espetadores são testemunhas conscientes de que a vítima está a ser injustiçada, no entanto, estes calam-se, olham para o outro lado ou desfrutam da agressão. Assim, as testemunhas podem ser mudas ou não mudas. As primeiras também designadas de coagressores pensam que a vítima é alguém perigoso, pelo que exercem pressão psicológica de forma a neutraliza-la. As segundas não participam na agressão e não intervêm com medo de se constituírem vítimas.

Após a longa, e nem sempre linear, identificação das causas do *mobbing*, torna-se necessário identificar as suas consequências.

## 2.7. Consequências do *Mobbing*

As consequências do *mobbing* podem ser de diferente natureza e podem afetar vários aspetos da vida do indivíduo. Podendo, estas consequências ser devastadoras a nível individual, organizacional, social e financeiro.

O estudo de Leymann (1996) mostra que entre 10,0 a 20,0% das vítimas de *mobbing* ficam seriamente doentes, ou suicidam-se. Verdasca (2010) menciona que das vítimas sujeitas a condutas de *mobbing* frequente, 69,7% consideram ter problemas físicos e 84,8% problemas psíquicos. Também Qureshi, Rasli & Zaman (2014) sustentam estes dados, acrescentando que cerca de 45,5% das vítimas registam casos de absentismo. Para além destes problemas as vítimas também podem apresentar problemas neurológicos (Kostev, Rex, Schröder-Bernhardi, Mergenthaler & Waehlert, 2013).

A nível individual a duração excessiva ou a magnitude das condutas de *mobbing* podem conduzir a patologias graves, ou agravar problemas já existentes (Gil-Monte, 2014), principalmente transtornos psíquicos, gástricos, cardiovasculares, alguns de natureza psicossomática, entre outros. Fazem parte destes sintomas: o fracasso, impotência e frustração, apatia (Gil-Monte, 2014), estados de extrema ansiedade, dificuldades na comunicação (Karanikoli *et al.*, 2012), baixa autoestima, depressão, *stress* pós traumático, irritabilidade (CITE, 2013; Sloan, Matyók, Schmitz & Short, 2010), somatização e tensão nervosa, transtorno de adaptação, palpitações, tremores, dificuldade em respirar, disfunções intelectuais, tonturas e desmaios (Cornoiu & Gyorgy, 2013; Luongo *et al.*, 2011; Cahú, Rosenstock, Costa, Leite, Costa & Claudino, 2011; Tekin & Bulut, 2014; Tuckey & Neall, 2014), dores de cabeça, distúrbios do sono (Karanikoli *et al.*, 2012), exaustão emocional, fadiga, falta de concentração, diminuição da criatividade eficaz (Sloan *et al.*, 2010; Peña, 2010), obsessão pelo trabalho, desânimo (Carnero *et al.*, 2012), problemas dermatológicos e aumento do risco de acidentes vasculares e coronários (Guimarães & Rimoli, 2006). Segundo João (2011) as principais consequências nas vítimas são: ansiedade (100,0%) sentimentos de frustração, fracasso e impotência (87,5%), insónias (75,0%), sentimento de insegurança (75,0%) e dificuldade de concentração (75,0%).

Os sintomas depressivos foram mencionados noutros estudos (Figueiredo-Ferraz, Gil-Monte & Oliveira-Faúndez, 2013), os quais sugerem uma associação bidirecional entre sintomas depressivos e o *mobbing* no trabalho. Sendo o *stress* um dos fatores mais apontados como consequência deste fenómeno (Figueiredo-Ferraz *et al.*, 2013; Qureshi *et al.*, 2013). Em situações mais graves pode até mesmo conduzir ao suicídio (Groeblichhoff citado por Cornoiu & Gyorgy, 2013; CITE, 2013; Gil-Monte, 2014).

Além disso, a nível pessoal os estudos de Moura & Saraiva (2010) mencionam que os trabalhadores além de *stress*, sentem medo, desmotivação, insatisfação, coação, preocupação, mas ao mesmo tempo, alívio quando o *mobbing* é direcionado apenas a uma só pessoa.

A vítima pode tornar-se muito suscetível ou hipersensível à crítica, demonstrando comportamentos de desconfiança e de isolamento, evitação e retração (Gil-Monte, 2014). Isto porque a sua imagem fica devastada, esta perde progressivamente a influência, a credibilidade, o respeito pelos outros, o trabalho, o entusiasmo, a confiança, a dignidade, o poder de tomar decisões, os amigos e os familiares (Zlate citado por Cornoiu & Gyorgy, 2013).

Ao nível organizacional os efeitos do *mobbing* podem ser vários, provocando a degradação das relações profissionais, a falta de comunicação, a falta de compromisso (Figueiredo-Ferraz *et al.*, 2012), rotatividade de pessoal, diminuição da produtividade, má imagem da empresa (Luongo, *et al.*, 2011; Qureshi *et al.*, 2013; CITE, 2013; Tekin & Bulut, 2014), aumento da incidência de acidentes de trabalho (Antep, Bektas, Altin & Irban, 2012), diminuição da qualidade dos produtos e dos serviços, aumento das despesas da organização com o pagamento de indemnizações decorrentes de processos judiciais (Aguiar, citado por Cahú *et al.*, 2011), mau ambiente, aumento do absentismo e dias de concessão de baixa, aumento de consultas médicas (Peña, 2010) aumento dos gastos financeiros do serviço nacional de saúde e do sistema de segurança social (CITE, 2013). Neste contexto, os estudos de Karanikoli *et al.* (2012) revelam que 31% das vítimas de *mobbing* têm falta de interesse e de controlo no seu trabalho.

No plano social é afetada a capacidade de manter relações com a família (Karanikoli *et al.*, 2012), com o grupo social ou com instituições sociais (Cornoiu & Gyorgy, 2013). Na família, a vítima transmite o sofrimento e o *stress* para o cônjuge, filhos e pais (Cornoiu & Gyorgy, 2013). Segundo Guimarães & Rimoli (2006) ocorre a deterioração das relações interpessoais, gerando conflitos familiares, até mesmo divórcios e tentativas de suicídios diante da solidão e da falta de esperança.

Neste contexto, João (2013) refere que o relacionamento interpessoal é menor nos enfermeiros que sofrem pelo menos uma conduta de *mobbing* do que em relação aos enfermeiros que não estão sujeitos a estas condutas. Também Carvalho (2010) menciona que quanto mais os enfermeiros estiverem expostos às diferentes condutas de *mobbing*, menor vai ser a sociabilidade destes, pelo que conclui que os enfermeiros revelam características negativas em relação à sociabilidade nas relações entre os pares.

Podem também surgir problemas financeiros causados por: gastos com a saúde (psicoterapia), absentismo, perda de emprego (Cornoiu & Gyorgy, 2013) por demissão ou aposentação precoce (Cornoiu & Gyorgy, 2013; Antep *et al.*, 2012).

Perante este quadro, Guimarães & Rimoli (2006) e Kostev *et al.*, 2013) revelam que as vítimas de *mobbing* têm tendência a terem comportamentos de adição, consumo de tabaco e abuso de álcool. Aumentando também o risco de comportamento suicida. De referir ainda que, em alguns casos, mesmo após o afastamento do agressor, a vítima continua com baixa autoestima e ansiosa (João, 2011).

Para uma sintetização dos conteúdos, com base nos autores supracitados. Os sintomas que as vítimas de *mobbing* podem apresentar, foram agrupados em três níveis: o individual, o organizacional e o social, e podem ser consultados através do visionamento dos Quadros 2.1, 2.2 e 2.3.

Quadro 2.1. Possíveis sintomas do *mobbing* a nível individual

SINTOMAS				
Afetivos	Cognitivos	Físicos	Comportamentais	Motivacionais
.Ansiedade .Irritabilidade .Apatia .Medo .Preocupação .Insatisfação para com o trabalho	.Fracasso .Sentimentos de impotência e frustração	.Baixa autoestima .Depressão .Stress pós traumático .Transtorno de adaptação .Palpitações .Tremores .Dificuldade em respirar .Problemas gástricos .Problemas cardiovasculares .Problemas dermatológicos .Disfunções intelectuais .Tonturas .Desmaios .Distúrbios do sono .Exaustão emocional .Fadiga	.Aumento dos acidentes de trabalho .Adição .Consumo de tabaco .Abuso de álcool .Suicídio	.Desânimo .Desmotivação .Insatisfação .Baixa moral

Fonte: Elaboração própria

Quadro 2.2. Possíveis sintomas do *mobbing* a nível organizacional

SINTOMAS		
Cognitivos	Comportamentais	Motivacionais
.Sentimento de que não é apreciado	. Aumento dos acidentes de trabalho .Diminuição da qualidade dos produtos e dos serviços .Aumento das despesas da organização com o pagamento de indemnizações decorrentes de processos judiciais .Degradação das relações profissionais .Falta de comunicação .Falta de compromisso .Absentismo .Rotatividade de pessoal .Diminuição da produtividade	.Perda de motivação para trabalhar

Fonte: Elaboração própria

Quadro 2.3. Possíveis sintomas do *mobbing* a nível social

SINTOMAS			
Afetivos	Cognitivos	Comportamentais	Motivacionais
.Irritabilidade .Apatia	.Hipersensível à crítica .Desconfiança .Isolamento .Evitação .Retração	.Conflitos familiares . Afetada a capacidade de manter relações interpessoais .Perda de influência .Perda de credibilidade .Perda de respeito pelos outros .Perda de a dignidade .Perda do poder de tomar decisões .Perda de amigos e familiares . Problemas financeiros .Demissão .Aposentação .Suicídio	.Perda de interesse .Perda de confiança

Fonte: Elaboração própria

Devido à abrangência e às potenciais consequências do fenómeno, a nível individual, organizacional e social tornou-se necessário a criação de legislação específica sobre a prevenção e a punição do *mobbing*.

## 2.8. Legislação sobre o *Mobbing*

O *mobbing* constitui uma grande preocupação não só pelas suas consequências pessoais, mas também pelas consequências que pode trazer para a organização e para a sociedade como um todo.

O fenómeno tende a comprometer uma série de direitos básicos do homem como: o direito à igualdade e à não discriminação, o direito à ocupação efetiva, o direito à integridade pessoal, o direito à imagem, o direito à reserva da intimidade da vida privada, entre outros (Pereira, 2009).

A maior parte da legislação consultada adota o termo assédio moral para designar o *mobbing*, daí a razão para a utilização desta terminologia ao longo da presente secção.

Neste âmbito, a Declaração dos Direitos do Homem de 10 de dezembro de 1948 (Diário da República Eletrónico, sd) menciona que “todo o indivíduo tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal” (artigo 3.º), “ninguém será submetido a tortura nem a penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes” (artigo 4.º). Posto isto, pode dizer-se que esta declaração condena claramente todas as condutas de *mobbing*.

Segundo Dray (2009) a potencialidade lesiva das condutas de *mobbing*, independentemente da intenção do agressor forma uma violação à dignidade humana. A maior dificuldade relacionada com a penalização do *mobbing* é a sua “invisibilidade” e o alto grau de subjetividade envolvido no fenómeno. Por exemplo, a agressão feita através de palavras ou de outros atos similares é muitas vezes difícil de comprovar.

Neste sentido, o combate ao *mobbing* tem sido alvo de interesse, pelo que tem sido regulado quer a nível nacional quer internacional, e a legislação existente difere consoante o país. Acresce ainda o facto de algumas diretivas Europeias protegerem os direitos fundamentais dos trabalhadores. Alguns países como a Argentina, Canadá, França, Brasil, Noruega, Suécia, entre outros, possuem legislação específica. No entanto, outros países têm apenas projetos de Lei, como é o caso de Portugal, Espanha, Alemanha, Itália, Suíça, Bélgica, entre outros.

### 2.8.1. Legislação Europeia

As propostas legislativas surgiram a partir da década de 80 do século XX. Foram criadas várias diretivas europeias para os estados membros aplicarem nas suas políticas, no sentido de se harmonizar a legislação nacional com a Europeia, entre as quais: a Diretiva 2000/43/CE, a Diretiva 2000/78/CE e a Diretiva 2002/73/CE.

Relativamente à Diretiva 2000/43/CE, de 29 de junho de 2000, do Parlamento Europeu e do Conselho, tem como objetivo de estabelecer um quadro jurídico no combate à discriminação baseada em motivos de origem racial ou étnica, com vista a pôr em prática nos Estados Membros o princípio da igualdade de tratamento. No artigo 2.º, alínea 3 o assédio é considerado discriminação sempre que ocorra um comportamento indesejado relacionado com a origem racial ou étnica, com o objetivo ou o efeito de violar a dignidade da pessoa e de criar um ambiente intimidativo, hostil, degradante, humilhante ou desestabilizador.

Também a Diretiva 2000/78/CE, de 27 de novembro de 2000, do Parlamento Europeu e do Conselho, estabelece um quadro geral para lutar contra a discriminação (considerando o assédio uma forma de discriminação) em razão da religião ou das convicções, de uma deficiência, da idade ou da orientação sexual, no que se refere ao emprego e atividade profissional de todas as pessoas, tanto no setor público como no privado.

Outra Lei é a Diretiva 2002/73/CE de 23 de setembro de 2002, do Parlamento Europeu e do Conselho, também considera o assédio como uma forma de discriminação relacionada com o género da pessoa. Esta Diretiva aplica o princípio da igualdade de tratamento entre homens e mulheres no que se refere ao acesso do emprego, à formação, à promoção profissional e às condições de trabalho.

Posteriormente, a União Europeia com base nos resultados dos estudos elaborados pela Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho, mencionou que 8% dos trabalhadores da União Europeia, ou seja 12 milhões de pessoas, declaram ter sido vítimas de assédio no trabalho no decurso dos 12 meses precedentes, pelo que aprovou uma resolução sobre este fenómeno. A Resolução sobre Assédio no Local de Trabalho n.º 2339/2001 menciona que o assédio é prejudicial para o trabalhador, constituindo um risco potencial para a saúde, representa “um grave problema da vida laboral” ainda subestimado em muitos países da União Europeia, o que justifica uma ação comum a nível comunitário. Ao

longo da resolução são feitas importantes exortações para que os Estados Membros obriguem as organizações de trabalho, poderes públicos e parceiros sociais a instituírem políticas preventivas, entre as quais: ações de prevenção e de luta contra o assédio moral no trabalho, bem como, a ajuda e o apoio aos indivíduos e aos grupos de trabalho. A resolução sublinha que para a sua aplicação convém recorrer aos instrumentos comunitários existentes: legislação, diálogo social, método aberto de coordenação, fundos estruturais, programas de apoio, abordagem integrada das políticas, análise e investigação contra o assédio moral no trabalho.

As diretivas supracitadas tinham um prazo limite de transposição para a legislação nacional, nomeadamente 19 de julho de 2003, 2 de dezembro de 2003 e 5 de outubro de 2005, os quais não foram cumpridos.

### 2.8.2. Legislação Portuguesa

Até ao ano de 2003 a legislação portuguesa não possuía uma Lei específica que regulasse o *mobbing*. Assim, o *mobbing* era tratado com recurso a diversos preceitos legais, desde a Constituição da República Portuguesa, ao Código Civil e à Legislação Comunitária (Canedo, 2012).

O debate relativo à regulamentação nacional do *mobbing*, teve início no ano 2000 pelo partido socialista que apresentou o Projeto-Lei n.º 252/VIII relativo à Proteção Laboral contra o Terrorismo Psicológico ou Assédio Moral. No mesmo ano, o partido comunista propôs o Projeto-Lei n.º 3334/VIII para o Estabelecimento de Medidas de Prevenção e Combate a Práticas Laborais Violadoras da Dignidade e Integridade Física e Psíquica dos Trabalhadores (Canedo, 2012). No entanto, estes Projetos de Lei foram alvo de críticas por outros partidos e nunca foram aprovados.

Foi só em 2003 com a aprovação do Código de Trabalho pelo Decreto-lei n.º 99/2003, de 27 de agosto, que a legislação portuguesa consagra a prevenção e a punição à prática de assédio moral no local de trabalho.

Posteriormente a revisão do Código do Trabalho que foi aprovado pelo Decreto-lei n.º 7/2009, de 12 de fevereiro, no artigo 29.º o assédio é definido como sendo “todo o comportamento indesejado baseado em fator de discriminação” (de carácter sexual, sob forma verbal, não verbal ou física), ... “praticado aquando do acesso ao emprego ou no próprio emprego, trabalho ou formação profissional, com o objetivo ou o efeito de perturbar ou constranger a pessoa, afetar a sua dignidade, ou de lhe criar um ambiente intimidativo, hostil, degradante, humilhante ou desestabilizador”. A alínea 4 do mesmo artigo, prevê sanções para a sua prática considerando o assédio punível com uma “contraordenação muito grave” para quem o praticar.

Também o CITE (2013) menciona que a prática de assédio por qualquer trabalhador ou trabalhadora, independentemente das funções que desempenha constitui uma infração disciplinar.

No mesmo contexto, o Decreto-lei n.º 59/2008 de 11 de setembro (artigo 15º do anexo I), sobre o Regime do Contrato de Trabalho em Funções Públicas considera discriminação o assédio aos candidatos a emprego ou aos trabalhadores.

Após o enquadramento legislativo, torna-se necessário identificar as medidas preventivas e corretivas ou punitivas, de forma a diminuírem-se ou eliminarem-se os riscos e os efeitos do *mobbing*.

## **2.9. Prevenção e Intervenção em Situações de *Mobbing***

O *mobbing* faz parte dos riscos psicossociais no trabalho, devido ao aumento da sua incidência, tornou-se necessária e prioritária a sua gestão preventiva, representando não só uma obrigação moral, mas também um imperativo legal em Portugal estabelecido no Decreto-lei nº 3/2014 de 28 de janeiro, a qual procede à segunda alteração do Decreto-lei nº 102/2009 de 10 de setembro.

Assim, a prevenção e a intervenção em situações de *mobbing* deve constituir uma ação prioritária e estratégica que todas as organizações devem levar a cabo.

De acordo com o Decreto-lei nº 98/2009 (artigo 8º, alínea 1) o assédio no local de trabalho pode ser interpretado como um acidente do trabalho, pois ocorre no local e no tempo de trabalho e produz direta ou indiretamente "lesão corporal, perturbação funcional ou doença de que resulta redução na capacidade de trabalho ou de ganho ou a morte".

Uma vez que os sintomas do *mobbing* evoluem a nível clínico é importante o diagnóstico precoce, através da avaliação dos riscos psicossociais. A avaliação pode ser feita através dos serviços de Higiene e Segurança no Trabalho internos ou externos. Esta avaliação é importante e necessária para uma prevenção e intervenção atempada (CITE, 2013). Pois segundo Verdasca (2010) o *mobbing* assume um carácter severo com o decorrer do tempo, sendo, maior a ocorrência de condutas agressivas à medida que o fenómeno se desenrola. Szigety (2012) menciona que quanto mais cedo for a intervenção mais baixos são os custos. Quando não há intervenção, a eficiência da vítima pode diminuir até 40,0% a produtividade (Ege, 2000).

Na prevenção é necessário que os gestores das organizações e o público estejam conscientes do fenómeno, além das agências governamentais e não-governamentais, sindicatos, organizações e imprensa (Antep *et al.*, 2012).

Szigety (2012) sugere que as estratégias e orientações sobre as medidas de prevenção do *mobbing*, variam de acordo com o alvo a que estas se dirigem. Distinguindo-se três tipos de abordagens: (1) as direcionadas para o indivíduo; (2) as direcionadas para a organização e as (3) direcionadas para a sociedade.

Na primeira forma de prevenção, a dirigida ao indivíduo devem ser implementadas: atitudes amigáveis, mas distantes para com os colegas; delimitação da vida privada e profissional; enfrentar e tornar-se consciente dos próprios medos; não deixar que o agressor faça ameaças ou ser mais assertivo; não ser recetivo a atos negativos; fingir lealdade ou tornar-se leal ao autor; conhecer as regras e regulamentos; não se identificar apenas com o trabalho e o local de trabalho; encontrar outras fontes de energia; solidariedade dos colegas; expressão aberta dos colegas de rejeitar as injustiças e apoiar a pessoa alvo; mudar-se para outro serviço; deixar a organização. Segundo Pai & Lee (2010) a prevenção da violência deve englobar programas de aconselhamento e ajuda a lidar com o *stress* relacionado com a violência no local de trabalho. Também é muito importante que a cultura da organização promova: a gestão de conflitos; pedidos de indemnização, a busca de ajuda clínica e a disponibilização de profissionais da área jurídica (Shallcross *et al.*, 2013).

Em segundo plano as soluções organizacionais, sugerem um programa educacional que abranja formação sobre os comportamentos de liderança, atitudes assertivas, e mencionam que devem ser adotadas medidas para resolver os problemas de comunicação (Efe & Ayaz, 2010). Os supervisores têm um papel muito importante na prevenção do *mobbing* (Salin, 2009). Segundo Saam (2010) os líderes e os supervisores devem ter a capacidade para reconhecer e gerir conflitos, identificando os sintomas de *mobbing* na sua fase inicial. Szigety (2012) refere a importância da ajuda da gestão; a formação de pessoal para a gestão e a indicação de um elemento da organização para lidar com os problemas.

Deve ser dada a conhecer a política da organização, os direitos legais do trabalhador, indicando-se como se deve agir de forma adequada e identificando-se as medidas para evitar o desenvolvimento de comportamentos de *mobbing* (Yousef *et al.*, 2013; Hirigoyen, 2002). Também a segurança da vítima e das testemunhas deve ser garantida, não se obrigando a vítima a resolver os conflitos de qualquer maneira (Salin, 2009). É valorizado o empenho da organização e dos trabalhadores na criação de um ambiente de trabalho sem violência, através de técnicas de gestão do *stress* que proporcionem um ambiente com baixo nível de *stress*, com autonomia; política de boas práticas (códigos de ética) (Luongo *et al.*, 2011; Carvalho, 2010; Szigety, 2012). Desta forma, deve haver a reformulação do ambiente de trabalho, quando for caso disso, e a criação de um gabinete de apoio a eventuais vítimas (CITE, 2013), que garantam o direito à queixa e ao anonimato (Luongo *et al.*, 2011; Carvalho, 2010; Szigety, 2012). É imperioso promover relações interpessoais no trabalho, criar empatia, proporcionar espaços de interação e diálogo, incentivar a comunicação aberta, aceitar a

diferença e criar espaços de interação informal (Sloan *et al.*, 2010), através da criação de ambientes de trabalho seguros e eficazes (CITE, 2013).

Para alcançar resultados positivos é sugerido o acesso à informação, apoio emocional, de preferência no estágio inicial (Hirigoyen, 2002). Devendo ser criados documentos onde fique expresso que são proibidas quaisquer condutas de *mobbing*; a divulgação de informação sobre o *mobbing* e das sanções a aplicar; o compromisso da inexistência de represálias sobre as vítimas, a garantia da confidencialidade (CITE, 2013). Segundo Hirigoyen (2002) não se deve impor uma moral, mas estabelecer limites, normas sobre comportamentos adequados na organização. Carvalho (2010) também menciona que a organização deve estabelecer programas permanentes de avaliação, investigação e análise dos riscos psicossociais, para poder implementar estratégias de intervenção, programas de formação com o intuito de criar grupos de apoio ou autoajuda. Neste contexto, os estudos realizados por Moroni & Dabos (2014) corroboram com as investigações supracitadas, referindo que as organizações podem influenciar positivamente o ambiente laboral vivenciado pelos trabalhadores por melhorar a comunicação interna, fomentar uma cultura de transparência e prestação de contas, através da conceção de procedimentos coerentes, selecionando e treinando líderes capazes de fazerem uma gestão correta de emoções e de conflitos.

Uma das estratégias que pode ser utilizada com os supervisores é o desenvolvimento de programas de *coaching* (Saam, 2010). Outro meio de se intervir dentro da organização é através de serviços de psicologia internos, para assistência aos trabalhadores afetados (Gil-Monte, 2014).

A nível social a intervenção deve incidir na informação e educação no currículo escolar sobre o *mobbing*; políticas, criar legislação específica sobre o mesmo (Szigety, 2012). Também é importante proteger a vítima a nível social e punir o agressor (Salin, 2009). Segundo Peña (2010) é importante investigar situações graves de *mobbing*, reunindo-se provas, para que a vítima se possa defender, procedendo-se do seguinte modo: juntar todos os documentos escritos ou com registo de entrada; exigência de respostas por escrito; arquivar todos os documentos que podem comprovar a agressão; recusar realizar tarefas ilegais, denunciar a situação a familiares ou a amigos; não ter medo de chorar na presença de colegas de trabalho para que estes saibam o que se passa; não reagir perante um insulto ou provocação; iniciar um registo diário, apontando as situações com detalhe; gravar tudo o que for possível; ter cuidado com quem fala em privado; falar com o chefe e gravar a conversa.

Segundo João (2013) os enfermeiros com consciência de que sofrem de *mobbing* têm a necessidade de partilhar as agressões com alguém (72,2%), principalmente com colegas de trabalho, familiares e amigos.

Com este objetivo, foram criadas várias organizações a nível nacional que podem ajudar na prevenção e no combate a condutas de *mobbing*, destas fazem parte: a Comissão para a Igualdade no Trabalho e Emprego (CITE), a Autoridade para as Condições de Trabalho (ACT) e os sindicatos que representam os trabalhadores.

Embora alguns estudos já tenham sido referidos anteriormente, segue-se a descrição das principais investigações sobre o *mobbing*, em vários grupos profissionais, com especial incidência sobre a profissão de enfermagem.

## **2.10. *Mobbing* em Vários Grupos Profissionais e Enfermeiros**

Em todas as organizações que englobam trabalhadores, pode haver funcionários vítimas de *mobbing*. No entanto, a sua incidência difere de país para país. Nos países da União Europeia a exposição a condutas de *mobbing* acontece 17,0% na Finlândia; em 12,0% na Holanda, em 2,0% na Itália e na Bulgária, Portugal apresenta um nível inferior à média comunitária, mas mais elevado do que a Itália ou a Espanha (*European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions* - EFILWC, 2007). Estas diferenças podem ser explicadas pela especificidade das profissões, pelas características organizacionais ou por outros fatores sociais.

### **2.10.1. *Mobbing*: Investigações em Várias Profissões**

O estudo de Leymann (1996) envolvendo 2200 trabalhadores suecos menciona que 3,5% dos trabalhadores vivem condutas de *mobbing*.

Há profissões mais expostas ao *mobbing*, segundo Leymann citado por Leymann (1996) as profissões mais sujeitas a este tipo de condutas são as profissões do ensino (fundamentalmente o médio e o universitário), os trabalhadores na área da saúde (essencialmente os enfermeiros), os profissionais que se dedicam ao desenvolvimento infantil e os profissionais das organizações religiosas.

Também os estudos de Parent-thirion, Fernandez, Hurley & Vermeylen citados por Gil-Monte (2014) corroboram parcialmente com os anteriores, pois consideram que a taxa de incidência deste fenómeno é mais elevada nos trabalhadores da educação, da saúde, do trabalho social e da hotelaria. Outros estudos revelam que os setores mais afetados são a segurança social (15,2%), os profissionais de saúde (15,3%) e os serviços de proteção (14,5%), (EFILWC, 2007).

O estudo de Barros (2013) indica outros setores profissionais, bem como, alguns dos referidos pelos autores supracitados, uma vez consideram os setores de atividades com maiores níveis de *mobbing* como sendo: a gestão, a contabilidade e as funções administrativas, seguidos da saúde, do ensino, trabalhadores de balcão, recolha de dados, centrais telefónicas, secretariado, comércio, vendas e técnico-comerciais.

Os professores têm sido uma classe profissional muito estudada em todo o mundo. Estudos realizados por Ertürk & Cemaloğlu (2014) mencionam que 4,1% dos professores que trabalham em escolas primárias localizadas em três regiões da Turquia são vítimas de *mobbing*. No Brasil, investigações sobre *mobbing* nos professores universitários, demonstram que o *mobbing* influencia na afetividade do trabalhador, prejudicando visivelmente as suas relações sociais, estando associado a sintomas psicossomáticos, absentismo e diminuição da produtividade (Moura & Saraiva, 2010). Também os estudos realizados por Qureshi *et al.* (2014) em 20 universidades do Paquistão, abrangendo 400 trabalhadores, revelam uma relação negativa entre o clima organizacional e o *mobbing*.

Yousef *et al.* (2013) realizaram um estudo na Universidade de Assiut, no Egito com professores adjuntos, verificando que os principais tipos de comportamentos de *mobbing* foram os ataques à sua situação profissional.

Um estudo realizado em Portugal, em docentes de enfermagem revela que 17,3% dos professores assumem-se como vítimas do *mobbing*. Porém, 88,5% referem sofrer pelo menos uma conduta de agressão no seu local de trabalho, com uma intensidade média bastante baixa. As condutas de agressão mais frequentes são: “criticam o seu trabalho” (67,3%), “interrompem-no quando fala” (51,9%), “as suas decisões são sempre questionadas ou contrariadas” (51,9%), “os seus superiores não o/a deixam expressar ou dizer aquilo que tem a dizer” (50,0%) e “os seus colegas colocam-lhe entraves para se expressar ou não o/a deixam falar” (50,0%). No que se refere à duração do *mobbing* 77,8% dos docentes têm consciência que sofrem de *mobbing* há mais de 1 ano (João, 2011).

Também o setor bancário é alvo deste fenómeno. Verdasca (2010) realizou um estudo com uma amostra de 561 bancários portugueses. Destes 69,3% referiram nunca ter sido vítimas de *mobbing* no local de trabalho, 2,9% consideraram ter sido um alvo diário, 3,0% estão sujeitos a condutas pelo menos uma vez por semana e 7,8% sofrem este tipo de condutas mensalmente nos últimos 12 meses. As condutas vivenciadas com mais frequência pelas vítimas são “as suas opiniões ou pontos de vista são ignorados” (69,7%), “o seu trabalho ou os esforços que faz para o realizar são persistentemente criticados” e “tem uma carga de trabalho excessiva” (ambas com 57,6%), “o seu trabalho é excessivamente controlado” (54,5%).

Hirigoyen (2002) menciona que as condutas mais utilizadas pelo agressor foram as manobras de isolamento e a recusa de comunicação (58,0%), estas podem estar associadas com ataques à dignidade (56,0%), às condições de trabalho (53,0%) e com violência verbal, física ou sexual (31,0%).

Na área da gestão Ertureten *et al.* (2013) investigaram 251 funcionários sujeitos a supervisão há pelo menos 6 meses, em organizações turcas. Concluíram que o *mobbing* está associado a

uma baixa satisfação dos funcionários e a um baixo comprometimento afetivo. Este parece diminuir a ligação emocional com a organização e o prazer com o trabalho.

Os estudos de Figueiredo-Ferraz *et al.* (2013) realizados em 61 centros comunitários de Valencia (Espanha), mencionam que os funcionários que trabalham com clientes portadores de deficiência mental, sujeitos a condutas de *mobbing* apresentam níveis significativamente mais altos de sintomas depressivos do que os participantes que não experimentaram *mobbing*.

Na área da saúde foi realizado um estudo prospetivo em vários hospitais da Alemanha, com 621 médicos, tendo demonstrado que existem associações bidirecionais entre os sintomas depressivos, a vitimização e o *mobbing* no local de trabalho (Loerbroks, Weigl, Li, Glaser, Degen & Angerer, 2014).

Outras profissões estão expostas ao *mobbing* designadamente os enfermeiros.

### 2.10.2. *Mobbing*: Investigações em Enfermagem

Analisa-se separadamente o *mobbing* nos enfermeiros, por representar a classe profissional que será objeto do estudo empírico, além de que, como já foi referido anteriormente, a classe profissional de enfermagem, devido às suas especificidades, constituir uma profissão com elevado nível de risco. Segundo Luongo *et al.* (2011) o surgimento do *mobbing* na profissão de enfermagem pode dever-se, entre outras razões, a constantes modificações nas exigências e na produtividade do posto de trabalho; devido ao avanço tecnológico; ao trabalho em equipa; ao *stress* e ao abuso de poder.

João (2013) menciona que os enfermeiros que exercem funções em centros de saúde experimentam em média mais condutas de *mobbing*, e com uma intensidade mais elevada do que os que trabalham em meio hospitalar. Ao nível hospitalar Carvalho (2010) refere que as vítimas de *mobbing* trabalham nos serviços de administração e de gestão, seguido dos serviços de pediatria e de neonatologia.

Estudos recentes realizados por Tekin & Bulut (2014) em 32 hospitais na Turquia, revelaram que 84,5% dos enfermeiros sofrem agressões verbais e 25,5% afirmam que foram expostos a agressões sexuais e físicas, durante o tempo em que trabalhavam no bloco operatório (BO). Em relação ao profissional agressor, a maioria das agressões verbais (94,4%) e sexuais (85,7%) e cerca de metade das agressões físicas, foram praticadas pelos médicos. Os tipos de agressão indicados foram os seguintes: o abuso verbal baseou-se em "gritar, represálias e comportamento sarcástico" (76,6%), o abuso físico consistiu em "dar pontapés" (16,5%) e o abuso sexual consistiu em "ouvir piadas ou perguntas sexuais indesejadas".

Os estudos de Antep *et al.* (2012) em profissionais de saúde de um hospital universitário da Turquia, revelam que o aumento de comportamentos de *mobbing* tem um impacto negativo nos profissionais afetados.

Outro estudo também realizado na Turquia, no Hospital Universitário de Ankara, revela que 9,7% dos enfermeiros foram expostos ao *mobbing*. Relativamente aos serviços hospitalares envolvidos, os resultados demonstram que na unidade de cuidados intensivos (UCI) os enfermeiros estão aparentemente mais expostos ao *mobbing* do que os enfermeiros que trabalham noutros serviços (Efe & Ayaz, 2010).

Também em Taiwan, na China foi realizado um estudo envolvendo 521 enfermeiros que trabalhavam em meio hospitalar, revelando que 102 enfermeiros sofreram violência física, 268 abusos verbais, 155 foram vítimas de *mobbing* e 67 enfermeiros sofreram de assédio sexual (Pai & Lee, 2010).

No Brasil, o estudo realizado por Fontes (2010) com uma amostra de 209 enfermeiros verificou que 55,2% estavam expostos a pelo menos uma conduta de *mobbing*; 11,5% mencionam estar sujeitos a pelo menos uma conduta no mínimo uma vez por semana e há pelo menos 6 meses; 54,2% dos enfermeiros sofrem desde há 2 anos condutas de *mobbing*. As condutas mais frequentes foram: “questionam as decisões que toma” (25,4%), “recebe ataques verbais criticando trabalhos realizados” (16,8%), “é monitorizado ou monitorizam o seu trabalho de maneira mal intencionada” (13,9%).

Em Espanha, estudos realizados por Topa & Moriano (2013) em enfermeiros e auxiliares de enfermagem, de dois grandes hospitais de Madrid e Navarra, mostraram que os profissionais de saúde têm pouca ou nenhuma oportunidade de modificarem os seus ambientes de trabalho e de reduzirem o *stress*, porque a quantidade e o ritmo de clientes não pode ser alterado.

Como já foi mencionado em Portugal Carvalho (2007) realizou um estudo na Unidade Hospitalar de Bragança e refere que dos 70 enfermeiros inquiridos, 64 experimentaram pelo menos uma conduta de *mobbing*. As condutas mais experimentadas foram: “interrupções quando fala” (73,0%), “críticas acerca do seu trabalho” (66,0%), “caluniam-no/a e falam nas suas costas” (53,0%), “criticam a sua vida privada” (50,0%) e “gritam-lhe ou repreendem-no em voz alta” (40,0%).

Três anos depois, a mesma autora (Carvalho, 2010) deu continuidade às suas investigações, desta vez com 399 enfermeiros em várias organizações hospitalares na região norte de Portugal, os resultados revelam que a maioria dos enfermeiros (58,4%) já ouviram falar de *mobbing*, e têm consciência de que certos comportamentos podem ser nefastos para a saúde do trabalhador. A maioria destes profissionais experimentou níveis baixos de *mobbing* no seu local de trabalho. No entanto, cada enfermeiro experimentou em média 11 condutas de

*mobbing*, com um efeito e uma intensidade reduzida. As condutas mais vivenciadas foram o bloqueio à comunicação e o desprestígio profissional. Segundo a autora, quanto maior for a percepção das condutas de *mobbing* por parte dos enfermeiros, menor será a sociabilidade, ao seja, menor será a possibilidade de desenvolverem uma relação interpessoal no trabalho.

Também os estudos de Saraiva & Pinto (2011) vão de encontro às investigações supracitadas, em que 90,4% dos enfermeiros que exercem funções em alguns centros de saúde da região da Cova da Beira (centros de saúde da Covilhã, Fundão e Belmonte), consideraram sofrer pelo menos uma conduta de *mobbing*. Em média cada enfermeiro vivencia 9 condutas de *mobbing* no seu local de trabalho, com um efeito quase nulo e uma intensidade fraca. De realçar que Hirigoyen (2002) menciona que um assédio de fraca intensidade durante um longo período de tempo, pode ser tão maléfico quanto um intenso durante alguns minutos.

O estudo de João (2013) aquando da validação EACM, com 3227 enfermeiros que exercem funções em instituições de saúde públicas, privadas e EPE's de norte a sul de Portugal, demonstra que 55,4% dos enfermeiros que participaram no estudo já ouviram falar de *mobbing*. Contudo, o fato de quase metade dos profissionais desconhecer o fenómeno, faz com que seja mais difícil a identificação da problemática por parte das vítimas. Em relação à vivência de condutas de *mobbing* no local de trabalho, 9 em cada 10 enfermeiros vivenciaram pelo menos uma conduta, e em média cada profissional sofre 11 condutas de agressão, com efeito reduzido e intensidade fraca. As condutas de *mobbing* vivenciadas com mais intensidade são o bloqueio à comunicação e o desprestígio laboral, entre as quais: “interrompem-no quando fala” (64,9%); “criticam o seu trabalho” (60,9%); “os seus superiores não o/a deixam expressar ou dizer aquilo que tem a dizer” (55,3%); “caluniam-no/a e falam nas suas costas” (38,1%); “os seus colegas colocam-lhe entraves para se expressar ou não o/a deixam falar” (38,1%) e “quando solicita uma autorização para participar em seminário/formação ou atividade à qual tem direito, negam-lho ou colocam-lhe obstáculos e dificuldades” (33,3%).

Assim, constata-se que o *mobbing* é um fenómeno mundial que pode estar presente em todas as organizações que englobam trabalhadores, pois abrange múltiplas profissões, e apresenta grande incidência na profissão de enfermagem. Para que seja feito um diagnóstico correto do *mobbing* é importante o conhecimento do mesmo, conhecer as suas condutas e as várias fases de desenvolvimento do fenómeno. Existem vários tipos de *mobbing*, de acordo com a qualidade das condutas do agressor e de acordo com a motivação das condutas. São várias as suas causas, podendo trazer conseqüências a nível pessoal, organizacional e social, daí que seja necessária a sua prevenção e punição. O *mobbing* tem sido regulado a nível nacional e internacional e a legislação existente difere consoante o país. Finalmente a investigação sobre o *mobbing* tem abrangido várias profissões, na área da saúde, tem especial incidência na enfermagem. Especificamente, o estudo do *mobbing* no grupo profissional de enfermagem, em ambiente hospitalar, será a temática a abordar na parte empírica da dissertação.

## **PARTE II**

# **ESTUDO EMPÍRICO**



## Capítulo 3

### 3. Metodologia de Investigação

Após a revisão da literatura para a extensiva compreensão do tema em estudo, segue-se a descrição da metodologia a utilizar no estudo do “*Mobbing* nos Enfermeiros em Ambiente Hospitalar”, que consiste na operacionalização do método por processos e por técnicas que o investigador utiliza no decorrer de toda a investigação.

Segundo Fortin (2009) o conhecimento adquire-se de muitas formas, mas, a investigação científica é a mais rigorosa e aceitável, uma vez que assenta num processo racional. Este método de aquisição de conhecimentos possui poder descritivo e explicativo dos factos, dos acontecimentos e dos fenómenos. A metodologia tem como objetivo analisar as características dos vários métodos disponíveis, e possíveis de utilização, considerando as suas vantagens e desvantagens.

Prodanov & Freitas (2013) mencionam que ao selecionar-se a metodologia tem que se ter em atenção o problema em estudo, os recursos materiais e financeiros disponíveis, o nível de abrangência do estudo, a equipa humana e outros elementos que possam surgir na investigação.

Assim, neste Capítulo serão clarificados o tipo de estudo; as hipóteses em investigação; o desenho da investigação; a população e amostra; a operacionalização das variáveis; o instrumento de recolha de dados; os procedimentos éticos e administrativos e os procedimentos estatísticos para o tratamento dos dados.

Assim conceptualizou-se um estudo cujas características serão abordadas de seguida.

#### 3.1. Tipo de Estudo

O tipo de estudo descreve a estrutura utilizada segundo as questões de investigação e os objetivos do estudo, visando descrever as variáveis ou grupos de variáveis, os sujeitos, explorar ou examinar as relações entre variáveis ou ainda verificar as hipóteses de causalidade formuladas (Fortin, 2009).

No decurso desta fase o investigador determina o método e os procedimentos que utilizará para obter resposta às questões em investigação colocadas.

Neste sentido, este tipo de estudo possui as seguintes características:

- Encontra-se no âmbito da investigação não experimental, uma vez que não se manipulam as variáveis em estudo. Procurou-se, contudo, controlar ao máximo as variáveis confundentes ou parasitas, com o objetivo de eliminar eventuais ameaças à sua validade interna (Freixo, 2009).
- A análise é quantitativa, pois pretende garantir a precisão dos resultados, evitar distorções de análise e interpretação, possibilitando conseqüentemente, uma margem de segurança quanto às divergências. A finalidade deste tipo de estudos é descrever, verificar relações entre variáveis e examinar as mudanças operadas na variável dependente (Freixo, 2009). Segundo Prodanov & Freitas (2013) este tipo de pesquisa considera que tudo pode ser quantificável, traduz em números opiniões e informações para as classificar e analisar. De acordo com Borch & Arthur, citados por Franco (2001), a abordagem quantitativa, também designada de objetivista, permite realizar um estudo com amostras grandes e representativas e um estudo de investigação linear. Paralelamente, os dados são recolhidos a partir dos inquiridos, sob a forma de questionários estruturados e/ou dados *cross-section*. Este tipo de abordagem é caracterizada tanto por vantagens como por algumas desvantagens. Assim, como vantagens distingue-se o conhecimento estruturado, validade interna, generalização, previsibilidade e baixo custo. Nas desvantagens, pode-se dizer que a abordagem objetivista é caracterizada por modelos limitados e estáticos, simplicidade, distância em relação à realidade e, por vezes, falta de aplicação prática.
- É um estudo descritivo, pois tem como principal objetivo descrever as características de determinada população ou fenómeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis, como é o caso deste estudo (Gil, 2009). O “pesquisador apenas regista e descreve os fatos observados sem interferir neles”, ao seja, os fenómenos são estudados mas não são manipulados pelo investigador (Prodanov & Freitas, 2013: 52). O estudo descritivo visa a descrição do fenómeno em estudo, a especificação dos conceitos decorrentes do mesmo e a elaboração de um quadro conceptual que, além de definir a perspectiva do estudo serve de ligação entre os conceitos e a sua descrição. Assim, este irá consistir num relato essencialmente descritivo da realidade encontrada, podendo ao longo do estudo ser apresentada uma perspectiva comparativa e analítica, ao extrair as variáveis que explicam os diferentes conhecimentos, atitudes e expectativas da população em estudo.
- É também um estudo analítico e correlacional, pois tem como objetivo não só descrever as características de determinada população ou fenómeno, mas também estabelecer relações entre as variáveis em estudos (Gil, 2009).
- De acordo com o período e sequência, é um estudo do tipo retrospectivo e transversal, pois a recolha de dados irá recorrer num determinado período de

tempo, estabelecendo um corte com o passado e o futuro. Segundo Freixo (2009) nos estudos transversais os fenómenos estudados referem-se a um período de tempo bem definido e com uma população relativamente homogénea.

Para justificar o estudo e garantir uma orientação foram formuladas hipóteses de investigação.

### 3.2. Hipóteses de Investigação

As hipóteses são formulações provisórias e prováveis, utilizadas para tentar dar resposta a um problema, procurando-se explicar ou prever o que se desconhece. Tal como as questões de investigação, as hipóteses incluem as variáveis em estudo, a população alvo e o tipo de investigação a realizar. As hipóteses são “uma suposta, provável e provisória resposta a um problema, cuja adequação será verificada pela pesquisa” (Marconi & Lakatos, 2011: 139). Esta suposição é provisória pelo que deve ser testada para verificar a sua validade (Prodanov & Freitas, 2013).

As hipóteses provêm, na maior parte das vezes, da observação de fenómenos na realidade e da sua conjugação com o “estado da arte” dessa mesma temática, Assim considerando o exposto pelos vários autores na parte teórica e o que se conhece do campo em estudo, colocam-se as seguintes hipóteses de investigação:

**H<sub>1</sub>:** Existe relação significativa entre as variáveis sociodemográficas e a presença, frequência e intensidade global e média de condutas de *mobbing* nos enfermeiros.

**Hipótese 1.1 (H<sub>1,1</sub>):** Existe relação significativa entre a variável género e a presença, frequência e intensidade global e média de condutas de *mobbing* nos enfermeiros.

**Hipótese 1.2 (H<sub>1,2</sub>):** Existe relação significativa entre a variável idade e a presença, frequência e intensidade global e média de condutas de *mobbing* nos enfermeiros.

**Hipótese 1.3 (H<sub>1,3</sub>):** Existe relação significativa entre a variável estado civil e a presença, frequência e intensidade global e média de condutas de *mobbing* nos enfermeiros.

**Hipótese 2 (H<sub>2</sub>):** Existe relação significativa entre as variáveis socioprofissionais e a presença, frequência e intensidade global e média de condutas de *mobbing* nos enfermeiros.

**Hipótese 2.1 (H<sub>2,1</sub>):** Existe relação significativa entre a variável anos de profissão e a presença, frequência e intensidade global e média de condutas de *mobbing* nos enfermeiros.

**Hipótese 2.2 (H<sub>2.2</sub>):** Existe relação significativa entre a variável habilitações académicas e a presença, frequência e intensidade global e média de condutas de *mobbing* nos enfermeiros.

**Hipótese 2.3 (H<sub>2.3</sub>):** Existe relação significativa entre a variável categoria profissional e a presença, frequência e intensidade global e média de condutas de *mobbing* nos enfermeiros.

**Hipótese 2.4 (H<sub>2.4</sub>):** Existe relação significativa entre a variável vínculo profissional à instituição e a presença, frequência e intensidade global e média de condutas de *mobbing* nos enfermeiros.

**Hipótese 2.5 (H<sub>2.5</sub>):** Existe relação significativa entre a variável horário de trabalho e a presença, frequência e intensidade global e média de condutas de *mobbing* nos enfermeiros.

**Hipótese 2.6 (H<sub>2.6</sub>):** Existe relação significativa entre a variável faltas frequentes e a presença, frequência e intensidade global e média de condutas de *mobbing* nos enfermeiros.

**Hipótese 2.7 (H<sub>2.7</sub>):** Existe relação significativa entre a variável superiores valorizam o desempenho e a presença, frequência e intensidade global e média de condutas de *mobbing* nos enfermeiros.

**Hipótese 3 (H<sub>3</sub>):** Existe relação significativa entre as variáveis pessoais e a presença, frequência e intensidade global e média de condutas de *mobbing* nos enfermeiros.

**Hipótese 3.1 (H<sub>3.1</sub>):** Existe relação significativa entre a variável satisfação profissional e a presença, frequência e intensidade global e média de condutas de *mobbing* nos enfermeiros.

**Hipótese 3.2 (H<sub>3.2</sub>):** Existe relação significativa entre a variável circunstâncias não profissionais que afetam a vida profissional e a presença, frequência e intensidade global e média de condutas de *mobbing* nos enfermeiros.

**H<sub>4</sub>:** As variáveis satisfação profissional e valorização do desempenho são preditoras da presença de *mobbing* nos enfermeiros.

Ao se iniciar esta investigação, uma das principais preocupações foi o desenho da investigação, que seguidamente será abordado.

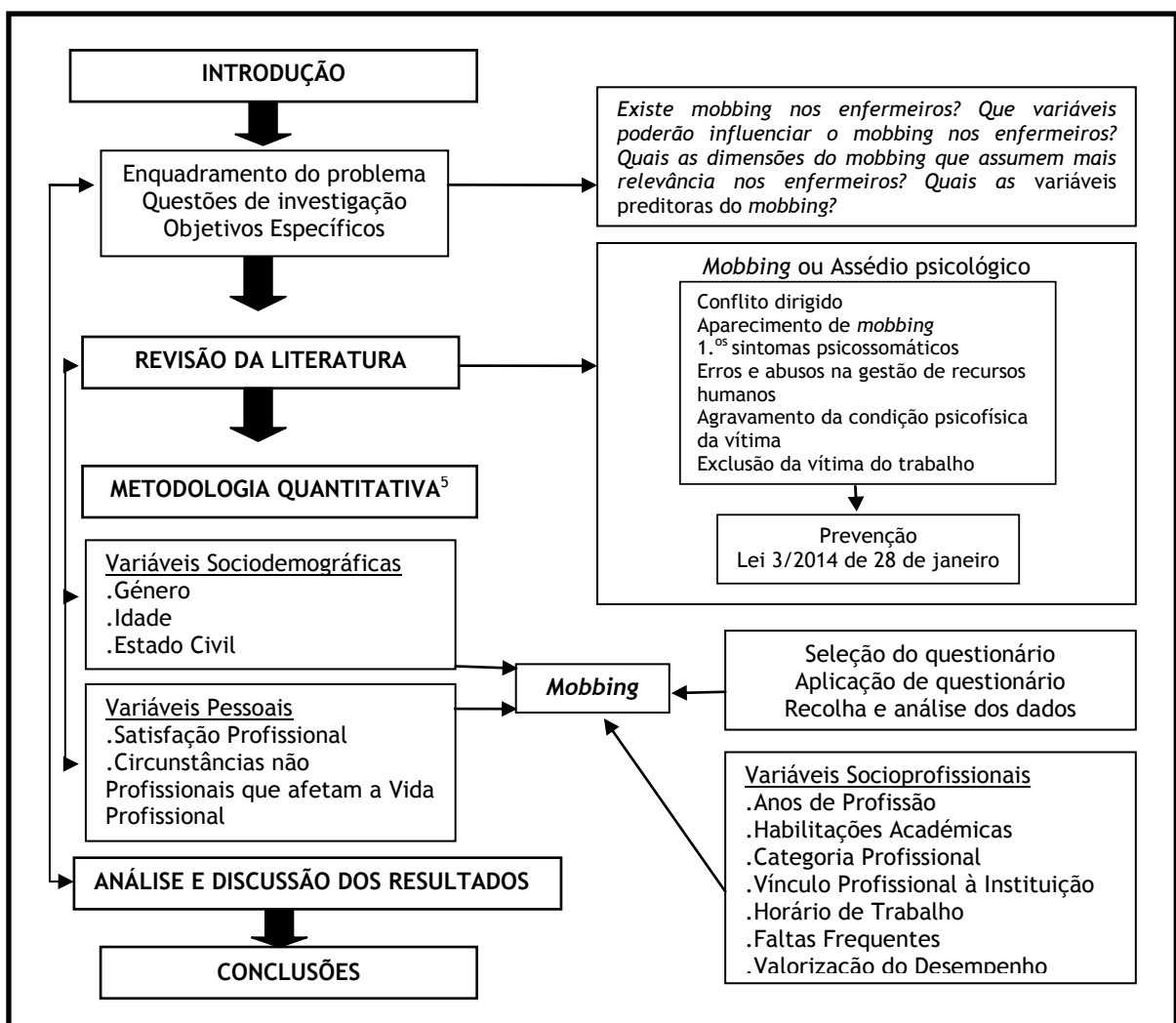
### **3.3. Desenho da Investigação**

A escolha do desenho da investigação adapta-se aos objetivos e às hipóteses de investigação. Assim, ao constatar-se que o *mobbing* constitui um grave problema das organizações na

atualidade, considerou-se pertinente explicar e compreender o fenómeno. Para isso foram utilizados vários procedimentos metodológicos que se podem explicar em duas fases.

Na sequência da primeira fase a revisão da literatura, desenhou-se o modelo de investigação (questões de investigação e objetivos específicos, formulação de hipóteses de investigação), cuja esquematização pode ser consultada na Figura 3.1. Posteriormente foram operacionalizadas as variáveis em estudo, selecionado e aplicado o questionário, o que permitiu testar as hipóteses. Foi objetivo desta segunda fase, a parte empírica, dar resposta às questões levantadas acerca do *mobbing* na classe profissional de enfermagem. Finalmente analisaram-se e discutiram-se os resultados obtidos, retirando-se as respetivas conclusões.

Figura 3.1. Desenho e Modelo da investigação



Fonte: Elaboração própria

<sup>5</sup> Foram consideradas como variáveis atributo (apenas para caracterizar a amostra): a Existência de Filhos, o Serviço onde Trabalha e o Conhecimento do *Mobbing*.

### 3.4. População e Amostra

Segundo Freixo (2009: 181) “a população compreende todos os elementos que partilham características comuns, as quais são definidas pelos critérios estabelecidos para o estudo”.

Qualquer trabalho de investigação requer uma definição precisa da população a estudar e dos elementos que a compõem. Uma população particular que é submetida a um estudo designa-se de população alvo. Para o presente estudo, a população alvo que irá ser estudada será a classe profissional dos enfermeiros.

Da população é retirado um subconjunto de elementos que se designa de amostra ou sujeitos selecionados da população que são convidados a participar no estudo (Freixo, 2009) e por meio do qual se estabelecem ou estimam as características desse universo ou população (Gil, 2007; Prodanov & Freitas, 2013). Em síntese, esta constitui uma réplica em miniatura da população-alvo. Assim, da população alvo selecionou-se um subgrupo, a amostra, constituída pelos enfermeiros a exercer funções no CHCB, EPE e que responderam ao questionário.

O tipo de amostragem que foi escolhida é não probabilística uma vez que cada elemento da população não teve igual probabilidade de ser escolhido para formar a amostra; e acidental porque os sujeitos estavam facilmente acessíveis e presentes num determinado local (Fortin, 2009).

Assim, a amostra selecionada é composta pelos enfermeiros que exercem funções no CHCB.

O CHCB, EPE situa-se no interior do país, localiza-se na região da Cova da Beira, na cidade da Covilhã, distrito de Castelo Branco, enquadrado pelos maciços da Serra da Estrela, Açor e Gardunha. Esta instituição engloba três hospitais: o Hospital Pêro da Covilhã, o Departamento de Saúde Mental e Psiquiátrica e o Hospital do Fundão. É um hospital universitário e desde abril de 2010 está acreditado internacionalmente pela *Joint Commission International (JCI)*. Presta cuidados de saúde a uma população de cerca de 94 000 habitantes, distribuídos pelos Concelhos de Covilhã, Belmonte, Fundão, Penamacor, num raio de 1938 Km<sup>2</sup> (Cruz, 2012).

No Hospital Pêro da Covilhã estão concentrados a maior parte dos serviços, tais como: a Comissão de Controlo e Infeção Hospitalar, Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica e serviços de internamento, tais como: Especialidades Médicas (engloba os serviços de Cardiologia e Neurologia), Gastroenterologia, Medicina I/Pneumologia, Medicina II, Ortopedia, Especialidades Cirúrgicas (engloba os serviços de Urologia, Oftalmologia, Dermatologia e Reumatologia), Cirurgia I e II, Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), Unidade de Acidentes Vasculares Cerebrais (UAVC`s), Obstetrícia/Ginecologia, Bloco de Partos, Unidade de Cuidados Agudos Diferenciados (UCAD); e outros serviços como: o Bloco Operatório (BO), Central de Esterilização, Pediatria, Neonatologia, Urgência Pediátrica, Urgência Geral, Urgência Obstetrícia/Ginecologia, Unidade de Endoscopia, Consulta Externa,

Imunohemoterapia, Oncologia/Hospital Dia, Cirurgia de Ambulatório, Rede de Cuidados Continuados. O Hospital do Fundão possui os serviços de Consulta Externa, Consulta Aberta, Medicina III (engloba os serviços de Infeciologia e Alcoologia) e Medicina Paliativa. O Departamento de Saúde Mental e Psiquiátrica dispõe dos serviços de Pedopsiquiatria, Consulta Externa e Internamento.

Atualmente no CHCB, EPE exercem funções 396 enfermeiros (Anexo I). De todos os participantes recolheram-se 6 questionários incompletos os quais foram anulados e 218 questionários totalmente preenchidos, constituindo este o número final da amostra desta investigação. A recolha de dados foi realizada no período de 6 de setembro a 7 de novembro de 2014.

### **3.5. Operacionalização das Variáveis**

Segundo Fortin (2009) as variáveis permitem estudar qualidades, propriedades ou características de objetos, de pessoas ou de situações, numa investigação. Uma variável “pode ser considerada uma classificação ou medida; um conceito, construto ou conceito operacional que contém ou apresenta valores” (Marconi & Lakatos, 2011: 175).

As variáveis podem ser classificadas de diferentes maneiras, segundo a sua utilização numa investigação. Algumas podem ser manipuladas outras controladas. A operacionalização das variáveis “é um processo metodológico pelo qual um conceito é definido após se terem feito observações empíricas” (Freixo, 2009: 281). Significa formular as variáveis de forma observável e mensurável, convertendo-as em fatores disponíveis para serem manipulados, controlados e examinados.

#### Variável Dependente

Segundo Marconi & Lakatos (2011: 189) a variável dependente consiste em “valores (fenómenos, fatores) a serem explicados ou descobertos, em virtude de serem influenciados, determinados ou afetados pela variável independente”. Esta variável modifica em função das outras, é observada e quantificada, é explicada em função de ser influenciada pela variável independente (Prodanov & Freitas, 2013). Esta é a variável que o investigador tem interesse em compreender, explicar ou prever.

Assim, como variável dependente considerou-se: *Mobbing* nos Enfermeiros, nos seus índices globais IGAP, MEAP e IMAP.

#### Variáveis Independentes

A variável independente é a variável que num estudo é especificamente manipulada pelo investigador, de modo a que os seus efeitos possam ser observados na variável dependente

(Freixo, 2009). Ou seja, a variável independente é a “que influencia, determina ou afeta uma ou outra variável; é o fator determinante, condição ou causa para certo resultado” (Marconi & Lakatos, 2011: 189). Segundo Prodanov & Freitas (2013) a variável independente pode ser manipulada e quantificada. Ao longo deste estudo consideraram-se as seguintes variáveis independentes:

- Variáveis Sociodemográficas: Idade; Género; Estado civil.
- Variáveis Pessoais: Satisfação Profissional; Circunstâncias não Profissionais que Afetam a Vida Profissional.
- Variáveis Socioprofissionais: Anos de Profissão; Habilitações Académicas; Categoria Profissional; Vínculo Profissional à Instituição; Horário de Trabalho; Faltas Frequentes; Superiores Valorizam o Desempenho.

Consideraram-se também as variáveis atributo, pois algumas variáveis foram utilizadas apenas para caracterizar a amostra.

- Variáveis Atributo: Existência de filhos; Serviço onde Trabalha; Conhecimento do *Mobbing*.

Estas variáveis foram estudadas após a recolha dos dados (feita por questionário), através do uso do instrumento escolhido.

### **3.6. Instrumento de Recolha de Dados**

Para obter os dados necessários que permitissem alcançar os objetivos pretendidos, tornou-se necessário proceder à melhor seleção entre uma grande variedade de técnicas possíveis. Como toda a investigação, pode incidir sobre uma variedade de fenómenos, requer também o acesso a diversos métodos de recolha de dados. O instrumento de recolha de dados deve ser composto por um conjunto de questões, que permitam recolher a informação necessária, válida e pertinente à realização da investigação, tendo em conta os objetivos do estudo e as características da população alvo.

Para a consecução deste estudo, utilizou-se um questionário (Anexo II), o qual foi aplicado a todos os enfermeiros do CHCB, EPE, no período de 6 de setembro a 7 de novembro de 2014.

Freixo (2009) refere que o questionário é o instrumento mais usado para a recolha sistematizada de informação, consistindo num método que necessita de respostas escritas por parte dos sujeitos, sendo constituído por um conjunto de enunciados ou de questões que permitem avaliar as atitudes e opiniões dos sujeitos ou recolher qualquer outra informação junto dos mesmos. O questionário não permite conhecimentos tão profundos como a entrevista, mas possibilita um melhor controlo dos enviesamentos. Para além do exposto, a utilização do questionário segundo Gil (2009) tem algumas vantagens, pois possibilita a

aplicação a um grande número de pessoas; implica gastos menores com pessoal; garante anonimato das respostas; permite que as pessoas respondam no momento mais conveniente; não expõe os pesquisados à influência de opiniões do investigador.

O questionário aplicado é constituído por três partes. A primeira parte foi elaborada com o intuito de caracterizar a componente sociodemográfica (composta por 4 questões), pessoal (constituída por 4 questões) e socioprofissional (composta por 8 questões) dos enfermeiros. A segunda diz respeito à operacionalização da variável dependente utilizando-se a Escala de Avaliação de Condutas de *Mobbing* - EACM (João, 2012), para verificar se os enfermeiros vivenciam condutas de *mobbing*. Esta escala foi validada para a população portuguesa por Ana Lúcia João, podendo ser aplicada em todas as profissões. A EACM é constituída por 55 itens, compostos de enunciados, cada um acompanhado de uma escala tipo *likert* com sete níveis de resposta que variam de 0 a 6. Sendo que 0 corresponde a “nunca”; 1, a “algumas vezes por ano”; 2, a “uma vez por mês”; 3, a “algumas vezes por mês”; 4, a “uma vez por semana”; 5, a “algumas vezes por semana”; e 6, a “todos os dias”. Os seus 55 itens estão agrupados em seis dimensões, 19 são relativos à Dimensão Bloqueio à Comunicação e ao Progresso - BCP (aferidos pelas questões 1, 2, 3, 4, 10, 11, 12, 13, 14, 18, 22, 31, 35, 39, 41, 42, 43, 49, 54); 14 à Dimensão Isolamento e Humilhação Laboral - IHL (aferidos pelas questões 5, 6, 7, 8, 19, 20, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 55); 4 itens são referentes à Dimensão Difamação Pessoal - DP (questões 9, 15, 16, 17); 6 itens referem-se à Dimensão Intimidação e Agressão Física - IAF (questões 30, 33, 34, 36, 37, 40); 7 dizem respeito à Dimensão Sobrecarga e Desprestígio Laboral - SDL (questões 21, 38, 44, 45, 46, 47, 48); 5 itens correspondem à Dimensão Manipulação Profissional - MP (questões 32, 50, 51, 52, 53) (João, 2012).

O instrumento de recolha de dados para a amostra de 218 enfermeiros, demonstrou uma consistência excelente ( $\alpha=0,965$ ;  $n=55$  itens) tal como também foi obtido pela autora da escala Ana Lúcia João. A Tabela 3.1 mostra os valores de consistência para cada dimensão. Os valores de *alpha Cronbach's* obtidos (a variar entre 0,783 e 0,926) demonstram uma boa fiabilidade para cada uma das dimensões.

Tabela 3.1. Valores do *alpha Cronbach's* por dimensão da EACM

Dimensão	N.º Itens	<i>a Cronbach</i>
BCP	19	0,911
IHL	14	0,915
DP	4	0,854
IAF	6	0,921
SDL	7	0,783
MP	5	0,926

As respostas obtidas dos enfermeiros inquiridos, ao serem agrupadas permitem a obtenção de outras informações que também permitem caracterizar o *mobbing*, denominados índices globais de *mobbing* (João, 2012), sendo estes:

- NEAP (Número Total das Estratégias de Assédio Psicológico) - é obtido através da contagem simples de todas as respostas diferentes de zero (nunca). Este indica a frequência das estratégias de assédio vivenciadas e informa sobre a amplitude do mesmo.
- IGAP (Índice Global de Assédio Psicológico) - é obtido somando os valores assinalados em cada item da EACM e dividindo esta soma pelo número total de itens do questionário (55).
- IMAP (Índice Médio de Assédio Psicológico) - é obtido dividindo a soma dos valores assinalados em cada item da EACM pelo número total de respostas positivas dadas pelo NEAP. Este índice é uma medida do grau de intensidade percebido no *mobbing*.

A terceira parte do questionário (composta por 6 questões), visa obter informações sobre os sujeitos que têm a consciência de ser vítimas de *mobbing*; a duração do *mobbing*; a denúncia; o tipo de agressores; as consequências do *mobbing* na saúde física e mental dos trabalhadores. No final encontra-se uma questão aberta destinada a identificar medidas preventivas no *mobbing*, propostas pelos enfermeiros.

Antes de ser aplicado o questionário foi realizado um pré-teste.

### 3.6.1. Pré-teste

A fim de verificar se existiam dúvidas no preenchimento do questionário foi aplicado um pré-teste. Segundo Freixo (2009: 282), o pré-teste refere-se “ao ensaio de um instrumento de medida ou de um equipamento antes da sua utilização em maior escala”, a fim de verificar se as questões podem ser bem compreendidas. Fortin (2009) refere que no pré-teste os sujeitos respondem para anotarem as suas próprias observações, críticas e sugestões, no próprio questionário.

O pré-teste teve como principal objetivo assegurar a validade e precisão do questionário através da evidencia de possíveis falhas na redação, entre as quais: a complexidade das questões, imprecisão na redação, exaustão, constrangimentos ao informante, entre outros (Gil, 2007). Desta forma o pré-teste foi aplicado a 15 enfermeiros, que pela ausência de comentários críticos quanto ao preenchimento, não implicou qualquer alteração na redação da versão final do questionário.

## 3.7. Procedimentos Éticos e Administrativos

Qualquer investigação efetuada junto de seres humanos levanta questões morais e éticas. Após a elaboração do instrumento de recolha de dados foi necessário pedir autorização para se proceder à aplicação e à recolha dos questionários. Inicialmente foi requerida autorização para aplicação da EACM, à autora da mesma, Ana Lúcia João (Anexo III). Após o parecer

favorável da autora, também foi pedida autorização à organização onde foi aplicado o questionário.

Assim, foi enviado um pedido de autorização juntamente com o exemplar do questionário, ao Conselho de Administração do CHCB e ao Conselho de Ética da mesma organização. Após o parecer positivo destes foi ainda requerida autorização de todos os diretores de serviço do hospital, os quais foram contactados juntamente com os respetivos enfermeiros chefes, com o fim de se explicarem os objetivos e a relevância da investigação. Reunidas as autorizações destes<sup>6</sup>, foi deferida resposta positiva do Conselho de Administração e Conselho de Ética do respetivo hospital (Anexo IV) para aplicação do instrumento de recolha de dados.

Os questionários foram deixados em cada serviço, tendo sido dada informação acerca da forma de preenchimento dos mesmos e sobre os objetivos do estudo, a cada equipa. Simultaneamente, cada questionário foi colocado num envelope (para se garantir a confidencialidade) com informações sobre o objetivo do estudo, assegurando-se que a participação era voluntária e que as respostas seriam anónimas, confidenciais e utilizadas apenas para fins de investigação. Após o preenchimento do questionário cada inquirido selou o respetivo envelope de forma a garantir a confidencialidade dos dados, posteriormente os questionários foram recolhidos para tratamento dos dados. Após a recolha dos questionários estes foram tratados estatisticamente.

### 3.8. Procedimentos Estatísticos

Concluída a recolha de dados, foi feita uma síntese dos mesmos através de um programa estatístico, com o fim dar respostas às questões de investigação e testar as hipóteses.

Apesar de existir um leque variado de ferramentas informáticas para o tratamento dos dados, neste estudo trataram-se estatisticamente os dados dos 218 enfermeiros inquiridos, através do *software* estatístico SPSS, versão 21,0. Com as especificações deste instrumento de trabalho, o tratamento dos dados foi desenvolvido em três etapas: 1) codificação ou introdução de dados no computador, 2) análise descritiva da amostra e do instrumento de recolha de dados, 3) análise inferencial para verificar quais as variáveis independentes que se relacionam e predizem a variável dependente.

Na análise dos dados recorreu-se à estatística descritiva determinando-se as frequências absolutas e percentuais, médias, máximos (Máx.) e mínimos (Min.), desvio padrão (Dp) e amplitude de variação.

Relativamente à estatística inferencial, uma vez que a distribuição é não normal, foram utilizados testes não paramétricos. Aplicou-se o teste de *U de Mann-Whitney (UMW)* (para

---

<sup>6</sup> A autorização dos Serviços de Cirurgia I e II só foi obtida posteriormente.

comparação de médias entre grupos), o teste de *Kruskal-Wallis (KW)* (semelhante ao teste anterior com a diferença de que podem existir mais grupos), quando necessário foi feita a comparação múltipla de médias, através do gráfico *error-bar*. Com o intuito de se verificar a relação entre a variável dependente e mais que uma variável independente efetuou-se uma regressão linear múltipla. Utilizou-se a estatística de teste F para avaliar a significância do modelo de regressão e o coeficiente de determinação ( $R^2$ ) para avaliar a qualidade de ajustamento. O teste *t-student* e a respetiva probabilidade de significância permitiram avaliar quais as variáveis independentes preditoras do *mobbing*.

Nas análises estatísticas, para a significância foram utilizados os seguintes valores:  $p < 0,05$ \* diferença estatística significativa;  $p < 0,01$ \*\* diferença estatística bastante significativa;  $p < 0,001$ \*\*\* diferença estatística altamente significativa;  $p > 0,05$  ns diferença estatística não significativa (Pestana & Gajairo, 2008).

A apresentação dos resultados foi realizada através de tabelas, gráficos e quadros, tendo sido salientados os dados mais relevantes. Nestes foram omissos o local, a data e a fonte, uma vez que todos os dados recolhidos dizem respeito aos enfermeiros do CHCB, EPE.

Após o *términus* das considerações metodológicas, no Capítulo seguinte encontra-se a análise e discussão dos resultados obtidos.

# Capítulo 4

## 4. Análise e Discussão dos Resultados

Neste Capítulo apresentar-se-ão os resultados obtidos, será feita uma análise, interpretação e discussão dos mesmos, interpretados à luz das hipóteses formuladas, tendo em conta o conhecimento e teorias previamente desenvolvidas. Segundo Freixo (2009) o investigador é levado a comparar, a constatar os resultados e a servir-se da teoria, dos trabalhos de investigação que tratam do mesmo fenómeno e da prática profissional para fazer inferências.

Assim, serão analisados os resultados mais pertinentes tendo em conta o problema em estudo, os objetivos e o desenho da investigação. Sempre que oportuno, os resultados obtidos serão comparados e discutidos, tendo por base a evidência científica consultada.

Recorreu-se à estatística descritiva para caracterizar os indivíduos pertencentes à amostra e o instrumento de recolha de dados, estatística inferencial com o intuito de testar as hipóteses formuladas.

### 4.1. Análise Descritiva

Nesta secção será efetuada a análise descritiva das variáveis sociodemográficas, socioprofissionais, pessoais e atributo, da EACM nas suas seis dimensões e três índices globais. Também serão apresentados os resultados referentes à parte da amostra que assume ser vítima de *mobbing* e as medidas preventivas no *mobbing* descritas por alguns enfermeiros.

#### 4.1.1. Caracterização Sociodemográfica da Amostra

##### Idade e Género

As estatísticas referentes à idade dos enfermeiros apresentam-se na Tabela 4.1, oscilaram entre uma idade mínima de 25 e uma idade máxima de 59 anos, correspondendo a uma média de 39 anos e um desvio padrão de aproximadamente 8 anos. No género feminino, a idade mínima é de 25 anos e a máxima é de 59 anos; por outro lado no género masculino as idades oscilaram entre os 26 e os 55 anos. Relativamente ao género as mulheres (média= 40 anos) são em média ligeiramente mais velhas que os homens (média= 38 anos).

Tabela 4.1. Estatísticas relativas à idade por género

Género	Idade				
	n	Média	Dp.	Min.	Max.
Feminino	160	39,8	8,3	25	59
Masculino	58	38,4	8,1	26	55
Total	218	39,4	8,3	25	59

Para clarificar melhor os resultados e dada a amplitude de variação que se situa nos 26 anos, as idades agruparam-se em classes etárias homogéneas. Os resultados da Tabela 4.2, demonstram que a maior percentagem dos enfermeiros (32,1%), apresenta uma idade entre os 32-38 anos. Os grupos menos representativos são os enfermeiros com idades entre 25-31 e entre 39-45 anos, com 17,4% e 23,4% respetivamente.

Em relação ao género, o feminino representa 73,4% do total da amostra e o género masculino, tem uma representatividade de 26,6%. A maioria dos enfermeiros, em ambos os géneros feminino e masculino, encontram-se na faixa etária dos 32-38 anos, com 31,9% e 32,8% respetivamente. As enfermeiras são na sua maioria mais velhas que os enfermeiros, na medida em que mais de metade apresenta uma idade superior a 39 anos, sendo que 28,8% das enfermeiras têm mais de 46 anos de idade.

Estes resultados são semelhantes aos apresentados por Carvalho (2010) em que a média de idades da amostra é 39 anos. Sendo a faixa etária dos 30-40 anos a segunda mais comum (João, 2013). Em relação ao género, estes resultados vão de encontro aos dados apresentados pela Ordem dos Enfermeiros (2014) indicando que em Portugal, 82,0% dos profissionais de enfermagem são mulheres. Também os estudos de Carvalho (2007, 2010), João (2012, 2013) e Saraiva & Pinto (2011) apontam resultados idênticos, uma vez que, a sua amostra é constituída maioritariamente por mulheres.

**Tabela 4.2.** Distribuição da amostra segundo a faixa etária por género

Faixa Etária	Género				Total	
	Feminino		Masculino		n	%
	n	%	n	%		
25 - 31	26	16,3	12	20,7	38	17,4
32 - 38	51	31,9	19	32,8	70	32,1
39 - 45	37	23,1	14	24,1	51	23,4
46 - 52	46	28,8	13	22,4	59	27,1
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>	<b>58</b>	<b>100,0</b>	<b>218</b>	<b>100,0</b>

### Estado Civil

O estado civil mais representativo dos inquiridos, conforme demonstrado na Tabela 4.3, é o de casado com 66,1%, contribuindo para esta percentagem 66,9% do género feminino e 63,8% do género masculino.

Os enfermeiros que referem ser solteiros correspondem a 17,0% sendo esta percentagem mais significativa entre os homens com 19,0%, comparativamente às mulheres com 16,3%. De referir que os viúvos (1,8%) representam o grupo menos representativo, no género feminino com 1,9% e no género masculino com 1,7%.

Estes resultados corroboram com os dados apresentados nos estudos de Carvalho (2007, 2010), João (2012, 2013) e Saraiva & Pinto (2011) em que mais de metade dos profissionais da amostra são casados.

Tabela 4.3. Distribuição da amostra segundo o estado civil por género

Estado Civil	Género				Total	
	Feminino		Masculino		n	%
	n	%	n	%		
Casado	107	66,9	37	63,8	144	66,1
Solteiro	26	16,3	11	19,0	37	17,0
Viúvo	3	1,9	1	1,7	4	1,8
União de Facto	7	4,4	6	10,3	13	6,0
Divorciado	17	10,6	3	5,2	20	9,2
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>	<b>58</b>	<b>100,0</b>	<b>218</b>	<b>100,0</b>

#### 4.1.2. Caracterização Pessoal da Amostra

##### Existência de Filhos

No que concerne à existência de filhos (Tabela 4.4), a maioria dos enfermeiros (73,9%) tem filhos, sendo este valor percentual maior no género feminino com 75,0%, em comparação com o género masculino com 70,7%.

Entre os que mencionam não ter filhos constata-se um valor percentual semelhante em ambos os géneros, com 25,0% no género feminino e 29,3% no masculino.

Também os estudos de Saraiva & Pinto (2011) revelam que a grande maioria dos sujeitos inquiridos (76,9%) têm filhos.

Tabela 4.4. Distribuição da amostra segundo a existência de filhos por género

Existência de Filhos	Género				Total	
	Feminino		Masculino		n	%
	n	%	n	%		
Sim	120	75,0	41	70,7	161	73,9
Não	40	25,0	17	29,3	57	26,1
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>	<b>58</b>	<b>100,0</b>	<b>218</b>	<b>100,0</b>

##### Satisfação Profissional

Através da Tabela 4.5 pode-se analisar a satisfação profissional dos enfermeiros inquiridos. É de realçar que a maioria dos enfermeiros 52,3% refere estar satisfeito com a profissão. Os enfermeiros estão mais satisfeitos profissionalmente com um valor percentual de 53,4%, comparativamente às enfermeiras com 51,9%. Contudo, 47,7% dos inquiridos mencionam que não estão satisfeitos com a profissão, as enfermeiras são as que se encontram menos satisfeitas profissionalmente com 48,1%, em comparação com os enfermeiros com 46,6%.

Corroboram com estes resultados os obtidos pelos estudos de Saraiva & Pinto (2011) em que grande parte dos elementos da amostra (75,0%) se mostrou satisfeita com a profissão.

**Tabela 4.5.** Distribuição da amostra segundo a satisfação profissional por gênero

Satisfação Profissional	Gênero				Total	
	Feminino		Masculino			
	n	%	n	%	n	%
Sim	83	51,9	31	53,4	114	52,3
Não	77	48,1	27	46,6	104	47,7
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>	<b>58</b>	<b>100,0</b>	<b>218</b>	<b>100,0</b>

#### **Circunstâncias Não Profissionais que Afetam a Vida Profissional**

Em relação às circunstâncias não profissionais que afetam a vida profissional dos enfermeiros, pode-se observar na Tabela 4.6, que 82,1% dos enfermeiros mencionam que não existem circunstâncias não profissionais a afetar a vida profissional. Os enfermeiros são os que mais mencionam não existir circunstâncias não profissionais afetar a vida profissional com 86,2%, comparativamente às enfermeiras com 80,6%. No entanto, 17,9% mencionam o contrário, sendo as mulheres as que mais referem existir circunstâncias não profissionais afetar a sua vida profissional, em comparação com os homens, com 19,4% e 13,8% respetivamente.

Os resultados supracitados estão em consonância com os estudos de Saraiva & Pinto (2011) em que 78,8% dos enfermeiros não possuem circunstâncias não profissionais a afetar a sua vida profissional, enquanto 21,2% assinalam o contrário.

**Tabela 4.6.** Distribuição da amostra segundo as circunstâncias não profissionais que afetam a vida profissional por gênero

Circunstâncias não Profissionais que Afetam a Vida Profissional	Gênero				Total	
	Feminino		Masculino			
	n	%	n	%	n	%
Sim	31	19,4	8	13,8	39	17,9
Não	129	80,6	50	86,2	179	82,1
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>	<b>58</b>	<b>100,0</b>	<b>218</b>	<b>100,0</b>

Dos enfermeiros que mencionam existir circunstâncias não profissionais a afetar a sua vida profissional (17,9%), alguns citaram esses problemas (22), os quais encontram-se mencionados no Quadro 4.1. A maioria referiu que os problemas de saúde de familiares afetam o seu desempenho profissional (6), seguindo-se os problemas económicos (4) e os problemas de saúde pessoal (4).

Resultados semelhantes são os apontados por Saraiva & Pinto (2011) em que os enfermeiros que referem ter circunstâncias não profissionais a afetar a vida profissional, têm preocupações com a saúde, o desemprego, as expetativas frustradas, a instabilidade social, a

crise económica, os problemas pessoais e familiares, a distância do local de trabalho e a especialização em enfermagem.

**Quadro 4.1.** Circunstâncias não profissionais referidas pelos enfermeiros que afetam a vida profissional

Problemas Pessoais que Afetam a Vida Profissional	n
Problemas económicos	4
Problemas de saúde pessoal	4
Problemas de saúde familiares	6
Carga horária	2
Remuneração	3
Políticas atuais	3
<b>Total</b>	<b>22</b>

### Conhecimento do *Mobbing*

No que concerne ao conhecimento do termo *mobbing* (Tabela 4.7) a maioria dos enfermeiros 71,6% referem que já ouviram falar sobre a temática, sendo esta percentagem mais significativa entre os homens com 79,3%, comparativamente às mulheres com 68,8%.

Ainda assim, 28,4% dos inquiridos não tem conhecimento sobre o que é o *mobbing*, as mulheres são as que menos conhecem o conceito em comparação com os homens, com 31,3% e 20,7% respetivamente.

Os resultados mencionados vão de encontro com os estudos de João (2013) e de Carvalho (2007, 2010) em que mais de metade dos enfermeiros inquiridos já ouviram falar sobre o fenómeno.

**Tabela 4.7.** Distribuição da amostra segundo o conhecimento do termo *mobbing* por género

Conhecimento do Termo <i>Mobbing</i>	Género				Total	
	Feminino		Masculino		n	%
	n	%	n	%		
Sim	110	68,8	46	79,3	156	71,6
Não	50	31,3	12	20,7	62	28,4
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>	<b>58</b>	<b>100,0</b>	<b>218</b>	<b>100,0</b>

### 4.1.3. Caracterização da Socioprofissional da Amostra

#### Serviço onde Trabalha

A Tabela 4.8 faz referência à distribuição dos enfermeiros pelos serviços onde exercem funções. Como se pode verificar os serviços mais representativos neste estudo foram os serviços do BO (8,7%), Urgência Geral (7,3%) e Especialidades Médicas (6,9%). O menos representativo foi o Hospital de Dia (0,9%).

Fazendo a análise por género, as enfermeiras foram mais representativas no BO (10,0%). De referir, que as mulheres menos representativas foram as do serviço de Psiquiatria (0,6%). No género masculino os serviços mais representativos, foram os serviços de Urgência Geral e de

Especialidade Médicas, ambos com 12,1%. Os homens que não participaram no estudo inserem-se nos serviços de Medicina Paliativa e Medicina III/Infeciologia. De referir no entanto, que na Central de Esterilização, na Cirurgia de Ambulatório, na Consulta Externa e no Hospital de Dia não trabalham enfermeiros do género masculino.

Estes resultados são similares aos apresentados por Carvalho (2010) em que os serviços mais representativos da amostra são os serviços de internamento (59,9%), seguindo-se o BO e UCI/Intermédios (17,5%). Em antítese, no estudo de João (2013) os enfermeiros da amostra 3 que mais participaram no estudo dizem respeito aos Cuidados de Saúde Primários (19,7%), encontrando-se em igual percentagem, a UCI/Intermédios e o serviço de medicina (9,5%), seguida do BO (8,3%).

**Tabela 4.8.** Distribuição da amostra segundo o serviço onde trabalha por género

Serviço	Género				Total	
	Feminino		Masculino		n	%
	n	%	n	%		
BO	16	10,0	3	5,2	19	8,7
Central de Esterilização	3	1,9	0	0,0	3	1,4
Cirurgia Ambulatório	3	1,9	0	0,0	3	1,4
Cirurgia I	2	1,3	3	5,2	5	2,3
Cirurgia II	8	5,0	4	6,9	12	5,5
Medicina I/Pneumologia	8	5,0	3	5,2	11	5,0
Medicina II	6	3,8	4	6,9	10	4,6
Consulta Externa	9	5,6	0	0,0	9	4,2
Hospital de Dia	2	1,3	0	0,0	2	0,9
Imunohemoterapia	5	3,1	1	1,7	6	2,8
UCI	8	5,0	5	8,6	13	6,0
UCAD	5	3,1	3	5,2	8	3,7
UAVC's	7	4,4	2	3,4	9	4,1
Neonatologia	10	6,3	0	0,0	10	4,6
Urgência Geral	9	5,6	7	12,1	16	7,3
Urgência Pediátrica	5	3,1	1	1,7	6	2,8
Especialidades Cirúrgicas	4	2,5	3	5,2	7	3,2
Ortopedia	3	1,9	1	1,7	4	1,8
Especialidades Médicas	8	5,0	7	12,1	15	6,9
Gastroenterologia	6	3,8	3	5,2	9	4,1
Gastroenterologia/ Exames Especiais	2	1,3	1	1,7	3	1,4
Psiquiatria	1	0,6	5	8,6	6	2,8
Medicina Paliativa	9	5,6	0	0,0	9	4,1
Medicina III/ Infeciologia	8	5,0	0	0,0	8	3,7
Pediatria	7	4,4	1	1,7	8	3,7
Obstetrícia/Ginecologia						
Urgência	6	3,8	1	1,7	7	3,2
Obstétrica/Ginecológica						
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>	<b>58</b>	<b>100,0</b>	<b>218</b>	<b>100,0</b>

#### Vínculo Profissional à Instituição

Quanto ao vínculo profissional, a Tabela 4.9, apresenta o maior valor percentual com 54,6%, para os enfermeiros que estão no quadro da função pública, contribuindo para este percentual 56,3% do género feminino e 50,0% do género masculino. Seguindo-se os enfermeiros que possuem um contrato individual de trabalho por tempo indeterminado sem

termo, com 42,7%. No entanto, 2,8% dos enfermeiros encontram-se com contrato individual de trabalho (CIT) com termo, sendo apenas as mulheres as que se encontram neste tipo de contrato.

Estes valores são em tudo idênticos aos de João (2013) em que a maioria dos enfermeiros da amostra 1 (44,3%) pertencem ao quadro da função pública e 39,5% possui um contrato por tempo indeterminado. Também os estudos de Saraiva & Pinto (2011) apontam que a maioria dos enfermeiros pertence ao quadro da instituição.

**Tabela 4.9.** Distribuição da amostra segundo o vínculo profissional à instituição por género

Vínculo Profissional	Género				Total	
	Feminino		Masculino		n	%
	n	%	n	%		
Quadro	90	56,3	29	50,0	119	54,6
CIT c/ termo	6	3,8	0	0,0	6	2,8
CIT s/ termo	64	40,0	29	50,0	93	42,7
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>	<b>58</b>	<b>100,0</b>	<b>218</b>	<b>100,0</b>

### Horário de Trabalho

Relativamente ao tipo de horário laboral mais praticado pelos enfermeiros inquiridos, conforme se pode observar na Tabela 4.10, é o horário rotativo com 80,3%. Entre os enfermeiros que mencionam trabalhar nesse regime, constata-se que este tipo de horário é mais praticado pelos homens (94,8%) do que pelas mulheres (75,0%).

Em relação ao horário fixo, 19,7% dos enfermeiros realizam este horário, sendo as mulheres as que mais executam este tipo de horário com 25,0%, em comparação aos homens com 5,2%.

Estes resultados dão suporte aos estudos de Carvalho (2007, 2010) e João (2013) nos quais a maioria dos enfermeiros trabalha em horário rotativo, ou seja, em regime de laboração por turnos.

**Tabela 4.10.** Distribuição da amostra segundo o tipo de horário de trabalho por género

Horário de Trabalho	Género				Total	
	Feminino		Masculino		n	%
	n	%	n	%		
Rotativo	120	75,0	55	94,8	175	80,3
Fixo	40	25,0	3	5,2	43	19,7
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>	<b>58</b>	<b>100,0</b>	<b>218</b>	<b>100,0</b>

### Faltas Frequentes

Quanto à assiduidade, na Tabela 4.11 observa-se que a maioria dos enfermeiros (96,8%) é assíduo, sendo principalmente as enfermeiras as que mais contribuem para este valor com

98,1%, em detrimento dos enfermeiros com 93,1%. Estes resultados estão em consonância com os apresentados por Saraiva & Pinto (2011) pois 96,2% dos sujeitos da sua amostra referem que cumprem o horário de trabalho sem necessidade de recorrer a faltas.

**Tabela 4.11.** Distribuição da amostra segundo as faltas frequentes ao trabalho por género

Faltas Frequentes	Género				Total	
	Feminino		Masculino		n	%
	n	%	n	%		
Sim	3	1,9	4	6,9	7	3,2
Não	157	98,1	54	93,1	211	96,8
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>	<b>58</b>	<b>100,0</b>	<b>218</b>	<b>100,0</b>

### Anos de Profissão

As estatísticas relativas aos anos de profissão encontram-se apresentadas na Tabela 4.12, estas variam entre 2 anos e 37 anos, com uma média de aproximadamente 17 anos e um desvio padrão de 8,1. No género feminino o tempo de exercício profissional varia entre um valor mínimo e máximo de 2 e 37 anos e no género masculino varia entre 2 e 33 anos, com médias aproximadas de 17 e 15 anos, respetivamente.

Resultados semelhantes são os dos estudos de Saraiva & Pinto (2011) em que a média de tempo de profissão é 15 anos. Em contrapartida no estudo de João (2013) a média de tempo de profissão da amostra 1 situa-se nos 11 anos.

**Tabela 4.12.** Estatísticas relativas aos anos de profissão por género

Género	Anos de Profissão			
	Média	Dp.	Min.	Max.
Feminino	17,0	8,2	2,0	37,0
Masculino	15,3	7,4	2,0	33,0
<b>Total</b>	<b>16,5</b>	<b>8,1</b>	<b>2,0</b>	<b>37,0</b>

Tendo em conta que a amplitude de variação é de 35 anos, agrupou-se os anos de profissão em classes homogéneas. Através dos resultados apresentados na Tabela 4.13 pode constatar-se que os enfermeiros que exercem a atividade profissional há mais tempo inserem-se no grupo de 2-10 anos de profissão (28%), sendo de 26,9% no género feminino e 31,0% no masculino.

Menos representativo é o grupo de enfermeiros que trabalham entre 23-37 anos com 22,5%, prevalecendo o género feminino em comparação com o masculino, com 24,4% e 17,2%, respetivamente.

Estes resultados são semelhantes aos obtidos por João (2013) em que a maior parte dos enfermeiros da amostra 1 trabalham há menos de 15 anos na profissão. Também no estudo de Carvalho (2010) é mencionado que a maioria dos enfermeiros trabalha há menos de 16 anos.

Tabela 4.13. Distribuição da amostra segundo os anos de profissão por género

Anos de Profissão	Género				Total	
	Feminino		Masculino		n	%
	n	%	n	%		
2-10	43	26,9	18	31,0	61	28,0
11-16	37	23,1	15	25,9	52	23,9
17-22	41	25,6	15	25,9	56	25,7
23-37	39	24,4	10	17,2	49	22,5
<b>Total</b>	160	100,0	58	100,0	218	100,0

### Categoria Profissional

Fazendo a análise por categoria profissional (Tabela 4.14), verifica-se que o maior valor percentual 43,6%, pertence à categoria profissional de “enfermeiro graduado”, contribuindo para este percentual 46,3% do género feminino e 36,2% do género masculino.

De referir que 12,4% dos inquiridos possuem a categoria de “enfermeiro especialista”, sendo o género masculino mais representativo em comparação com o feminino, com 13,8% e 11,9% respetivamente.

Apenas 1,4% dos “enfermeiros chefes” participaram no estudo, os homens (3,4%) foram os que mais participaram em comparação com as mulheres (0,6%).

Também os estudos de Carvalho (2007, 2010) e de Saraiva & Pinto (2011) mencionam que a maioria da amostra pertence à categoria profissional de “enfermeiro graduado”. Em contraste o estudo de João (2013) menciona que na amostra 1 a categoria profissional predominante é a de “enfermeiro” (47,5%) seguindo-se a de “enfermeiro graduado” (37,3%) e a de “enfermeiro especialista” (10,9%).

Tabela 4.14. Distribuição da amostra segundo a categoria profissional por género

Categoria Profissional	Género				Total	
	Feminino		Masculino		n	%
	n	%	n	%		
Enfermeiro	66	41,3	27	46,6	93	42,7
Enfermeiro Graduado	74	46,3	21	36,2	95	43,6
Enfermeiro Especialista	19	11,9	8	13,8	27	12,4
Enfermeiro Chefe	1	0,6	2	3,4	3	1,4
<b>Total</b>	160	100,0	58	100,0	218	100,0

### Habilitações Académicas

Quanto às habilitações académicas, conforme representado na Tabela 4.15, verificou-se que a maioria dos profissionais da amostra (73,9%) possui a licenciatura, sendo principalmente as enfermeiras as que mais contribuem para este valor com 74,4%, em detrimento dos enfermeiros com 72,4%. Em relação à especialidade, 14,7% dos enfermeiros referem ser especialistas, a maior percentagem situa-se no género masculino quando comparado com género feminino com 19,0% e 13,1%, respetivamente. De referir no entanto, que 4,1% dos profissionais só possui o bacharelato, sendo as mulheres (5,0%) as que mais contribuem para este percentual em comparação com os homens (1,7%).

Remetendo para a literatura consultada, os estudos de Carvalho (2007, 2010), João (2012, 2013) e Saraiva & Pinto (2011) mencionam que a maioria dos profissionais da amostra, possuem a licenciatura.

**Tabela 4.15.** Distribuição da amostra segundo as habilitações académicas por género

Habilitações académicas	Género				Total	
	Feminino		Masculino			
	n	%	n	%	n	%
Bacharelato	8	5,0	1	1,7	9	4,1
Licenciatura	119	74,4	42	72,4	161	73,9
Especialidade	21	13,1	11	19,0	32	14,7
Mestrado	10	6,3	4	6,9	14	6,4
Outros	2	1,3	0	0,0	2	0,9
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>	<b>58</b>	<b>100,0</b>	<b>218</b>	<b>100,0</b>

### Superiores Valorizam o Desempenho

No que concerne à valorização do desempenho pelos superiores hierárquicos, pode-se observar na Tabela 4.16 que a maioria dos enfermeiros (57,3%) considera que os seus superiores valorizam o desempenho, em contrapartida 42,7% referem que o seu desempenho não é valorizado. Verifica-se ainda que são as mulheres que consideram mais valorizado o seu desempenho por parte dos superiores em comparação com os homens, com 57,5% e 56,9% respetivamente.

Também os estudos de Saraiva & Pinto (2011) apoiam os resultados mencionados, pois a maioria dos sujeitos (59,6%) refere ver o seu desempenho valorizado pelos superiores.

**Tabela 4.16.** Distribuição da amostra segundo superiores valorizam o desempenho por género

Superiores Valorizam o Desempenho	Género				Total	
	Feminino		Masculino			
	n	%	n	%	n	%
Sim	92	57,5	33	56,9	125	57,3
Não	68	42,5	25	43,1	93	42,7
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>	<b>58</b>	<b>100,0</b>	<b>218</b>	<b>100,0</b>

#### 4.1.4. Caracterização do *Mobbing* nos Enfermeiros

##### Vivência de Condutas de *Mobbing*

Dos 218 enfermeiros que constituem a amostra, 201 mencionam pelo menos uma conduta de *mobbing* na EACM. Isto significa que 92,2% dos enfermeiros vivenciam condutas de *mobbing* no seu local de trabalho.

Assim, os estudos de Saraiva & Pinto (2011) vão de encontro aos resultados supracitados, pois 90,4% dos enfermeiros que exercem funções em alguns centros de saúde da região da Cova da Beira consideraram sofrer pelo menos uma conduta de *mobbing*. Também o estudo de Carvalho (2010) em várias organizações hospitalares na região norte do país refere que 89,5% dos enfermeiros experimentaram pelo menos uma conduta de *mobbing*.

De referir que as condutas experimentadas “algumas vezes por semana” ou “todos os dias” na dimensão BCP, conforme se pode observar na Tabela 4.17, foram: “quando falo interrompem o meu discurso” (11,9%), “os meus superiores não me deixam falar ou expressar” (3,7%), “controlam excessivamente o meu horário” (2,8%) e com igual percentual (1,8%) as condutas: “falam mal de mim nas minhas costas”, “as tarefas ou trabalho que realizo são desvalorizados” e “quando peço dispensa para frequentar um curso, formação, ou seminário, a mesma é-me vedada, ou são colocados obstáculos ao meu pedido”. Estas condutas visam impedir a comunicação e o progresso profissional da vítima. O principal objetivo deste tipo de agressão é conduzir a vítima ao fracasso profissional (João, 2012).

Resultados semelhantes são os da investigação de Carvalho (2007) na unidade hospitalar de Bragança demonstra que entre as condutas de *mobbing* mais experimentadas encontra-se “interrupções quando fala” (73,0%). Similarmente o estudo de João (2013) com enfermeiros que exercem funções em instituições de saúde públicas, privadas e EPE’s de norte a sul de Portugal, as condutas de *mobbing* mais vivenciadas foram: “interrompem-no quando fala” (64,9%), “os seus superiores não o/a deixam expressar ou dizer aquilo que tem a dizer” (55,3%) e “quando solicita uma autorização para participar em seminário/formação ou atividade à qual tem direito, negam-lho ou colocam-lhe obstáculos e dificuldades” (33,3%).

Tabela 4.17. Distribuição da amostra segundo a dimensão BCP

Itens da EACM	Nunca		Algumas vezes p/ ano		Uma vez p/ mês		Algumas vezes por mês		Uma vez por semana		Algumas vezes p/ semana		Todos os dias	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	39	17,9	73	33,5	19	8,7	40	18,3	14	6,4	26	11,9	7	3,2
2	101	46,3	66	30,3	13	6,0	19	8,7	8	3,7	8	3,7	3	1,4
3	145	66,5	50	22,9	5	2,3	7	3,2	6	2,8	4	1,8	1	0,5
4	162	74,3	40	18,3	7	3,2	4	1,8	2	0,9	2	0,9	1	0,5
10	112	51,4	82	37,6	13	6,0	7	3,2	1	0,5	2	0,9	1	0,5
11	151	69,3	51	23,4	5	2,3	7	3,2	2	0,9	0	0,0	2	0,9
12	146	67,0	56	25,7	5	2,3	5	2,3	2	0,9	3	1,4	1	0,5
13	79	36,2	94	43,1	17	7,8	18	8,3	2	0,9	4	1,8	4	1,8
14	133	61,0	61	28,0	13	6,0	4	1,8	4	1,8	3	1,4	0	0,0
18	106	48,6	66	30,3	14	6,4	19	8,7	5	2,3	4	1,8	4	1,8
22	186	85,3	27	12,4	1	0,5	1	0,5	0	0,0	3	1,4	0	0,0
31	196	89,9	16	7,3	1	0,5	2	0,9	0	0,0	3	1,4	0	0,0
35	170	78,0	37	17,0	4	1,8	5	2,3	1	0,5	0	0,0	1	0,5
39	186	85,3	17	7,8	4	1,8	4	1,8	4	1,8	2	0,9	1	0,5
41	105	48,2	77	35,3	15	6,9	9	4,1	7	3,2	1	0,5	4	1,8
42	144	66,1	49	22,5	9	4,1	11	5,0	0	0,0	3	1,4	2	0,9
43	172	78,9	31	14,2	5	2,3	5	2,3	2	0,9	2	0,9	1	0,5
49	129	59,2	60	27,5	15	6,9	8	3,7	3	1,4	1	0,5	2	0,9
54	145	66,5	44	20,2	10	4,6	7	3,2	5	2,3	1	0,5	6	2,8

Relativamente à dimensão ILH as condutas mais sofridas “algumas vezes por semana” ou “todos os dias”, foram (Tabela 4.18): “atribuem-me tarefas inferiores às minhas competências” (2,8%) e “atribuem-me tarefas rudimentares e sem nenhum interesse para a organização” (1,4%). As condutas vividas limitam o contato social da vítima através de atitudes e comportamentos de inferiorização da vítima, que podem levar ao afastamento e à exclusão. Estas condutas levam ao isolamento e à humilhação devido ao facto da vítima ser vista como um elemento diferente dos restantes e por isso não aceite (João, 2012).

Tabela 4.18. Distribuição da amostra segundo a dimensão IHL

Itens da EACM	Nunca		Algumas vezes p/ ano		Uma vez p/ mês		Algumas vezes por mês		Uma vez por semana		Algumas vezes p/ semana		Todos os dias	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
5	187	85,8	25	11,5	3	1,4	2	0,9	1	0,5	0	0,0	0	0,0
6	153	70,2	45	20,6	14	6,4	5	2,3	0	0,0	1	0,5	0	0,0
7	183	83,9	29	13,3	2	0,9	1	0,5	1	0,5	1	0,5	1	0,5
8	175	80,3	31	14,2	5	2,3	3	1,4	2	0,9	2	0,9	0	0,0
19	150	68,8	39	17,9	11	5,0	4	1,8	3	1,4	6	2,8	5	2,3
20	167	76,6	36	16,5	5	2,3	4	1,8	3	1,4	3	1,4	0	0,0
23	190	87,2	21	9,6	4	1,8	0	0,0	1	0,5	1	0,5	1	0,5
24	210	96,3	5	2,3	1	0,5	0	0,0	0	0,0	2	0,9	0	0,0
25	209	95,9	6	2,8	0	0,0	1	0,5	1	0,5	0	0,0	1	0,5
26	200	91,7	14	6,4	2	0,9	0	0,0	1	0,5	1	0,5	0	0,0
27	206	94,5	8	3,7	1	0,5	1	0,5	1	0,5	0	0,0	1	0,5
28	213	97,7	2	0,9	0	0,0	1	0,5	1	0,5	1	0,5	0	0,0
29	213	97,7	3	1,4	1	0,5	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0
55	208	95,4	6	2,8	1	0,5	1	0,5	0	0,0	1	0,5	1	0,5

No que concerne à dimensão DP as condutas experimentadas “algumas vezes por semana” ou “todos os dias” com maior frequência, foram (Tabela 4.19): “fazem circular rumores ou boatos falsos sobre a minha vida privada”, “criticam a minha vida privada” e “gozam e/ou criticam as minhas convicções políticas e/ou religiosas”, apresentando igual percentagem de 0,5%. As críticas e/ou falsos rumores sobre a vida pessoal da vítima têm o intuito de a prejudicar (João, 2012).

Estes dados apoiam a investigação de Carvalho (2007) pois entre as condutas de *mobbing* mais experimentadas destacaram-se: “caluniam-no/a e falam nas suas costas” (53,0%) e “criticam a sua vida privada” (50,0%). Também o estudo de João (2013) demonstra que entre as condutas de *mobbing* mais vivenciadas surge o “caluniam-no/a e falam nas suas costas” (38,1%).

Tabela 4.19. Distribuição da amostra segundo a dimensão DP

Itens da EACM	Nunca		Algumas vezes p/ ano		Uma vez p/ mês		Algumas vezes por mês		Uma vez por semana		Algumas vezes p/ semana		Todos os dias	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
9	153	70,2	53	24,3	5	2,3	6	2,8	0	0,0	1	0,5	0	0,0
15	154	70,6	50	22,9	9	4,1	3	1,4	1	0,5	0	0,0	1	0,5
16	184	84,4	27	12,4	5	2,3	1	0,5	1	0,5	0	0,0	0	0,0
17	188	86,2	25	11,5	2	0,9	2	0,9	0	0,0	0	0,0	1	0,5

Na dimensão IAF as condutas vividas “algumas vezes por semana” ou “todos os dias”, com maior frequência, foram (Tabela 4.20): “insultam-me verbalmente, chamando-me nomes desagradáveis ou através do recurso a alcunhas”, “sou alvo de ataques físicos leves, tais como empurrões, palmadas na cabeça, ou no ombro” e “sou alvo de ataques físicos diretos extremamente violentos”, todas estas condutas apresentam igual percentagem com 0,9%.

As condutas mencionadas são ameaças e condutas de agressão física (João, 2012). Estes resultados dão suporte às investigações de Tekin & Bulut (2014) em que 84,5% dos enfermeiros sofrem agressões verbais e 25,5% afirmam que foram expostos a agressões sexuais e físicas. Os tipos de agressão foram: o abuso verbal baseou-se em “gritar, represálias e comportamento sarcástico” (76,6%), o abuso físico consistiu em “dar pontapés” (16,5%) e o abuso sexual constou “ouvir piadas ou perguntas sexuais indesejadas”.

Tabela 4.20. Distribuição da amostra segundo a dimensão IAF

Itens da EACM	Nunca		Algumas vezes p/ ano		Uma vez p/ mês		Algumas vezes por mês		Uma vez por semana		Algumas vezes p/ semana		Todos os dias	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
30	208	95,4	5	2,3	1	0,5	1	0,5	0	0,0	1	0,5	2	0,9
33	207	95,0	8	3,7	0	0,0	2	0,9	1	0,5	0	0,0	0	0,0
34	215	98,6	1	0,5	0	0,0	1	0,5	1	0,5	0	0,0	0	0,0
36	206	94,5	10	4,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,9	0	0,0
37	208	95,4	7	3,2	1	0,5	0	0,0	2	0,9	0	0,0	0	0,0
40	212	97,2	4	1,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,9	0	0,0

Em relação à dimensão SDL as condutas mais sofridas “algumas vezes por semana” ou “todos os dias”, com maior frequência foram (Tabela 4.21): “atribuem-me mais trabalho do que aquele que posso efetivamente realizar” e “sou forçado(a) a realizar tarefas que vão contra os meus princípios éticos”, ambas com iguais valores percentuais (1,4%). Estas condutas têm como intuito a solicitação abusiva de tarefas impossíveis ou difíceis de realizar pela vítima, devido ao seu nível de competências e princípios éticos. As consequências são avassaladoras, levando à redução da autoestima e sobretudo à autculpaabilização da vítima (João, 2012).

Tabela 4.21. Distribuição da amostra segundo a dimensão SDL

Itens da EACM	Nunca		Algumas vezes p/ ano		Uma vez p/ mês		Algumas vezes por mês		Uma vez por semana		Algumas vezes p/ semana		Todos os dias	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
21	169	77,5	30	13,8	9	4,1	3	1,4	1	0,5	3	1,4	3	1,4
38	215	98,6	1	0,5	0	0,0	0	0,0	1	0,5	1	0,5	0	0,0
44	178	81,7	27	12,4	7	3,2	1	0,5	2	0,9	2	0,9	1	0,5
45	122	56,0	54	24,8	14	6,4	12	5,5	10	4,6	3	1,4	3	1,4
46	205	94,0	10	4,6	1	0,5	2	0,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0
47	166	76,1	35	16,1	11	5,0	2	0,9	3	1,4	0	0,0	1	0,5
48	190	87,2	23	10,6	2	0,9	0	0,0	1	0,5	2	0,9	0	0,0

No que diz respeito à dimensão MP as condutas mais experimentadas “algumas vezes por semana” ou “todos os dias”, foram (Tabela 4.22): “causam danos ou destroem os meus instrumentos de trabalho” e “limitam o meu acesso ou privam-me de instrumentos de trabalho e documentos necessários ao desenvolvimento das minhas funções”, ambas com igual valor percentual (0,9%). As condutas sofridas pela vítima englobam ataques que têm como intuito privar as pessoas dos seus instrumentos de trabalho e informações relevantes para um adequado desempenho profissional (João, 2012).

Tabela 4.22. Distribuição da amostra segundo a dimensão MP

Itens da EACM	Nunca		Algumas vezes p/ ano		Uma vez p/ mês		Algumas vezes por mês		Uma vez por semana		Algumas vezes p/ semana		Todos os dias	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
32	208	95,4	6	2,8	1	0,5	2	0,9	0	0,0	1	0,5	0	0,0
50	208	95,4	8	3,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,9	0	0,0
51	209	95,9	7	3,2	0	0,0	0	0,0	2	0,9	0	0,0	0	0,0
52	204	93,6	12	5,5	0	0,0	0	0,0	2	0,9	0	0,0	0	0,0
53	199	91,3	13	6,0	1	0,5	2	0,9	1	0,5	2	0,9	0	0,0

A presença de uma ou várias condutas de agressão não implica que a pessoa esteja a sofrer *mobbing*. Este está associado à presença de várias condutas em simultâneo (Rivera & Abuín, 2005).

Contudo, há que ter em atenção que de acordo com as fases do processo do *mobbing*, condutas negativas atuais podem tornar-se frequentes no futuro. As expressões supracitadas de vivência de condutas de *mobbing* com maior frequência, demonstram estratégias utilizadas pelo agressor, com carácter subtil, pouco explícito, que visam destabilizar a vítima a ponto de comprometer a sua comunicação, assim como desacreditar ou desprestigiar a vítima no local de trabalho, minimizando os esforços desta. Os métodos utilizados pelo agressor incluem limitar a comunicação negando à vítima o direito de se expressar ou fazer-se ouvir. Também existe interesse do agressor em fazer a vítima sentir-se desprestigiada, desvalorizada através da sobrecarga de trabalho, atribuição de tarefas contra princípios éticos da vítima, bem como atribuição de tarefas inferiores às suas competências. De referir ainda condutas em que o agressor invade a vida privada da vítima, criticando-a, ridicularizando-a e difamando-a.

Seguidamente serão apresentados os resultados das estatísticas relativas às dimensões que constituem a EACM, que correspondem ao tipo de agressão que as vítimas sofreram.

Conforme apresentado na Tabela 4.23, verifica-se o tipo de conduta mais experimentada pelos enfermeiros corresponde à dimensão Bloqueio à Comunicação e ao Progresso que varia entre 0 e 5,56 sendo o valor médio de 0,71 e desvio padrão de 0,72. Tal significa que nos enfermeiros inquiridos regista-se o BCP em média algumas vezes por ano, este tipo de agressão é dissimulada e não deixa provas físicas.

As restantes dimensões ocorrem raramente no ano, destas fazem parte: Difamação Pessoal (média=0,3) e Sobrecarga e Desprestígio Laboral (média=0,3), Isolamento e Humilhação Laboral (média=0,2), menos verificadas são os atos de violência que envolvem ataques físicos diretos, mais fáceis de provar como a Intimidação e Agressão Física (média=0,1), também a Manipulação Profissional é pouco frequente (média=0,1).

Estes resultados demonstram mais uma vez que o *mobbing* caracteriza-se por várias condutas invisíveis, de caráter psicológico, sendo difícil o diagnóstico; ao contrário de outras formas de violência com predominância mais física e por isso visível.

Os resultados estão em consonância com os estudos de Carvalho (2010) e João (2013) em que as condutas de *mobbing* mais vivenciadas pelos enfermeiros foram o bloqueio à comunicação e o desprestígio profissional.

Tabela 4.23. Estatísticas relativas às dimensões da EACM

Dimensões da EACM	Média	Min.	Máx.	Dp
BCP	0,7	0	5,6	0,7
IHL	0,2	0	5,1	0,5
DP	0,3	0	5,5	0,6
IAF	0,1	0	4,7	0,4
SDL	0,3	0	4,6	0,6
MP	0,1	0	4,6	0,4

Fazendo uma análise da amostra relativamente às estatísticas dos índices globais que constituem a EACM, através da Tabela 4.24, constatou-se que:

- O IGAP varia entre 0 e 5, sendo o valor médio de 0,4 e o desvio padrão de 0,5. A intensidade global do *mobbing* é de 0,4, o que explica que os enfermeiros sofrem condutas de *mobbing*, com efeito (análise dos percentis) quase nulo (0,5). Segundo a perspetiva de Hirigoyen (2002) um assédio de fraca intensidade durante um longo período de tempo, pode ser tão maléfico quanto um de elevada intensidade durante alguns minutos.
- O NEAP apresenta uma variação entre 0 e 55, com o valor médio de 11,5 e o desvio padrão de 9,7. Isto significa que os enfermeiros sofrem em média, aproximadamente 12 condutas de *mobbing* no local de trabalho.
- O IMAP varia entre 1 e 5, sendo a média 1,6 e o desvio padrão 0,6, ou seja a intensidade (análise dos percentis) das condutas de *mobbing* é fraca (1,8).

Estes resultados são similares aos de Carvalho (2010), em que cada enfermeiro experimenta em média 11 condutas de *mobbing*, com um efeito e uma intensidade reduzidos. Também, o estudo de João (2013) com enfermeiros que exercem funções em instituições de saúde públicas, privadas e EPE's de norte a sul de Portugal, refere que em média cada profissional sofre 11 condutas de agressão, com efeito reduzido e intensidade fraca.

Tabela 4.24. Estatísticas relativas aos índices globais da EACM

Índices Globais	Média	Min.	Máx.	Dp	Percentis		
					25	50	75
IGAP	0,4	0	5,0	0,5	0,1	0,2	0,5
NEAP	11,5	0	55,0	9,7	4,0	9,0	17,0
IMAP	1,6	1,0	5,0	0,6	1,0	1,5	1,8

No tópico seguinte, irão ser analisados os dados referentes aos enfermeiros que sofrem de *mobbing* e que assumem que têm consciência disso.

#### 4.1.5. Caracterização dos Enfermeiros que têm Consciência de ser Vítimas de *Mobbing*

##### Consciência de ser Vítima de *Mobbing*

Relativamente à consciência que os enfermeiros têm de serem vítimas de *mobbing* no local de trabalho, como se pode visualizar na Tabela 4.25, apenas 5,0% dos enfermeiros inquiridos respondeu afirmativamente. O género feminino corresponde a 4,4% sendo esta percentagem mais representativa no género masculino com 6,9%.

Tabela 4.25. Distribuição da amostra de acordo com a consciência de ser vítima de *mobbing* no local de trabalho por género

Consciência de ser Vítima de <i>Mobbing</i>	Género				Total	
	Feminino		Masculino			
	n	%	n	%	n	%
Sim	7	4,4	4	6,9	11	5,0
Não	153	95,6	54	93,1	207	95,0
Total	160	100,0	58	100,0	218	100,0

##### Duração da percepção das Condutas de *Mobbing*

Entre os 5,0% dos enfermeiros que são vítimas de *mobbing* e têm consciência disso, verifica-se através da análise da Tabela 4.26, que 2,3% sofrem de *mobbing* desde há 6 meses, sendo principalmente os enfermeiros os que mais contribuem para este valor com 3,4%, em detrimento das enfermeiras com 1,9%. Segue-se o grupo de enfermeiros que sofre de condutas de *mobbing* desde há 2 anos (1,4%).

Menos representativos são os enfermeiros que sofrem de *mobbing* desde há 4 anos e há menos de 5 anos (0,5%), sendo apenas afetados membros do género masculino (1,7%). O facto de o grupo mais representativo ser os enfermeiros que sofrem de *mobbing* desde há 6 meses, revela que os enfermeiros estão conscientes da problemática e reconhecem as condutas de agressão vividas. Por outro lado, mais de metade sofre de *mobbing* desde há 2 anos e há mais de 5 anos, isto pode estar relacionado com o facto de condutas vividas no passado, serem mais fáceis de aceitar no presente.

Estes resultados podem ser explicados pela crescente insegurança laboral, aumento do desemprego e aumento dos vínculos precários em Portugal, levando a um aumento da competição por receio de se ser despedido.

Contudo, os estudos realizados por João (2012) e Fontes (2010) vão contra os resultados supracitados, pois a maioria das vítimas é alvo de *mobbing* há mais de 2 anos. Carvalho (2007) refere que 37,0% dos enfermeiros consideram que já foram ou são vítimas de *mobbing* entre 1 a 5 anos, 34,0% há menos de 1 ano e 29,0% há mais de 5 anos. No entanto, segundo Verdasca (2010) o *mobbing* assume um carácter severo com o decorrer do tempo, sendo, maior a ocorrência de condutas agressivas à medida que o fenómeno se desenrola.

Tabela 4.26. Distribuição da amostra segundo a duração da percepção das condutas de *mobbing* por género

Duração da Percepção das Condutas	Género				Total	
	Feminino		Masculino		n	%
	n	%	n	%		
Desde há 6 meses	3	1,9	2	3,4	5	2,3
Desde há 2 anos	3	1,9	0	0,0	3	1,4
Desde há 4 anos	0	0,0	1	1,7	1	0,5
Há mais de 5 anos	1	0,6	1	1,7	2	0,9
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>4,4</b>	<b>4</b>	<b>6,9</b>	<b>11</b>	<b>5,0</b>

### Denúncia do *Mobbing*

Das vítimas de *mobbing* 5% ou seja todas as vítimas tiveram necessidade de partilhar ou denunciar a situação (Tabela 4.27), sendo o género masculino (6,9%) o que mais participou nesta ação comparativamente com o feminino (4,4%).

Tabela 4.27. Distribuição da amostra de acordo com a denúncia de *mobbing* por género

Denúncia do <i>Mobbing</i>	Género				Total	
	Feminino		Masculino		n	%
	n	%	n	%		
Sim	7	4,4	4	6,9	11	5,0
Não	153	95,6	54	93,1	207	95,0
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>	<b>58</b>	<b>100</b>	<b>218</b>	<b>100</b>

Das vítimas que partilharam ou denunciaram a situação (5,0%), como pode ser visualizável na Tabela 4.28, a maioria comunicou o ocorrido a mais de uma pessoa, como um “familiar e um colega” (1,4%), sendo os enfermeiros (1,7%) os que mais adotaram este procedimento, comparativamente às enfermeiras (1,3%).

De referir que 0,9% das vítimas partilhou ou denunciou a situação a um “chefe ou superior hierárquico”, verificando-se que as mulheres (1,3%) foram as únicas que adotaram este proceder. Os sujeitos a quem os enfermeiros comunicaram menos (0,5%) a agressão, foram:

“familiar”, “colega”, “sindicato”, “amigo e familiar” e “amigo, colega, chefe ou superior hierárquico e psicólogo”.

Estes resultados apoiam o estudo de João (2013), em que os enfermeiros com consciência que sofrem de *mobbing* têm a necessidade de compartilhar as agressões com alguém, principalmente com colegas de trabalho, familiares e amigos.

**Tabela 4.28.** Distribuição da amostra de acordo com a pessoa com quem compartilhou/denunciou os comportamentos de *mobbing* por género

Compartilhou/Denunciou este Tipo de Comportamentos	Género				Total	
	Feminino		Masculino		n	%
	n	%	n	%		
Familiar	0	0,0	1	1,7	1	0,5
Colega	1	0,6	0	0,0	1	0,5
Chefe/superior hierárquico	2	1,3	0	0,0	2	0,9
Sindicato	0	0,0	1	1,7	1	0,5
Familiar e colega	2	1,3	1	1,7	3	1,4
Amigo e familiar	1	0,6	0	0,0	1	0,5
Amigo, colega, chefe/superior hierárquico e psicólogo	1	0,6	0	0,0	1	0,5
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>4,4</b>	<b>4</b>	<b>6,9</b>	<b>11</b>	<b>11,2</b>

#### Caraterização do Agressor

No que respeita o tipo de agressor (Tabela 4.29), o *mobbing* vivido pelos enfermeiros inquiridos é principalmente do tipo descendente, pois a maior parte dos agressores é o enfermeiro “chefe ou superior hierárquico” (1,8%), sendo as mulheres (1,9%) as que mais referiram este tipo de agressor, comparativamente aos homens (1,7%).

Contudo, há vítimas que mencionam que as condutas de *mobbing* partem de um ou mais agressores. Algumas vítimas mencionam que o “chefe ou superior hierárquico e colegas de igual posição hierárquica” (0,9%) constituem os agressores, sendo o género masculino (1,7%) o que mais referiu, em comparação com o feminino (0,6%). Nesta situação a vítima sofre de *mobbing* do tipo descendente horizontal.

No entanto, uma pequena percentagem de enfermeiros 0,5%, além de ser vítima de *mobbing* tipo descendente horizontal é também vítima de *mobbing* tipo vertical ascendente, pois as vítimas consideram como agressores: “chefe ou superior hierárquico, vários colegas de igual posição hierárquica e funcionário com posição hierárquica inferior”.

Estes dados vão de encontro com os estudos de Hirigoyen (2002), Efe & Ayaz (2010) e Yousef, *et al.* (2013) em que as vítimas de *mobbing* sofrem agressões por parte de um superior hierárquico. O agressor é mais que uma pessoa, pois tem cúmplices entre os colegas da vítima para instigar as condutas agressivas. Neste contexto, Verdasca (2010) refere que 15,8% das vítimas de *mobbing* mencionam os colegas de trabalho como agressores. No estudo de João

(2013) este tipo de *mobbing* é vivenciado por 31,1% das vítimas e 28,5% das vítimas sofrem agressão por parte de um grupo de colegas com igual posição profissional. Também corroboram com estes resultados Luongo *et al.* (2011) nos quais o *mobbing* vertical ascendente é uma situação rara, caracterizando-se por ser praticado por inferiores hierárquicos da vítima, surgindo quando o poder fica a cargo dos subordinados tornando-os agressores.

**Tabela 4.29.** Distribuição da amostra de acordo com a caracterização do agressor por gênero

Agressor	Gênero				Total	
	Feminino		Masculino			
	n	%	n	%	n	%
Chefe/superior hierárquico	3	1,9	1	1,7	4	1,8
Chefe/superior hierárquico e vários colegas em igual posição hierárquica	1	0,6	1	1,7	2	0,9
Chefe/superior hierárquico e funcionário com posição hierárquico inferior	0	0,0	1	1,7	1	0,5
Chefe/superior hierárquico, vários colegas em igual posição hierárquico e funcionário com posição hierárquico inferior	1	0,6	0	0,0	1	0,5
Outro	2	1,3	1	1,7	3	1,4
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>4,4</b>	<b>4</b>	<b>6,9</b>	<b>11</b>	<b>5,0</b>

#### Consequências do *Mobbing* na Saúde da Vítima

Em relação às consequências do *mobbing* na saúde física e psicológica da vítima (Tabela 4.30), dos enfermeiros com consciência que sofrem de *mobbing*, 3,7% referem ter problemas de saúde associados às agressões. Os homens com 5,2% são os que mais mencionam ter problemas de saúde associados ao *mobbing*, comparativamente às mulheres com 3,1%.

**Tabela 4.30.** Distribuição da amostra de acordo com a percepção de problemas de saúde associados ao *mobbing* por gênero

Provocou Problemas de Saúde	Gênero				Total	
	Feminino		Masculino			
	n	%	n	%	n	%
Sim	5	3,1	3	5,2	8	3,7
Não	2	1,3	1	1,7	3	1,4
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>4,4</b>	<b>4</b>	<b>6,9</b>	<b>11</b>	<b>5,0</b>

Entre as vítimas que têm problemas de saúde associados ao *mobbing* (3,7%), os sintomas variam entre um ou vários, conforme se pode observar na Tabela 4.31.

Os principais problemas de saúde mencionados foram múltiplos com um percentual de 1,4%, destes fazem parte problemas “psíquicos<sup>7</sup>, comportamentais<sup>8</sup>, cardíacos<sup>9</sup> e respiratórios<sup>10</sup>”, estando estes sintomas presentes apenas nas mulheres com 1,9%. De referir que menos representativos e em igual percentagem de 0,5%, são os sintomas “psíquicos”, “psíquicos, comportamentais e cardíacos”, referidos apenas pelas mulheres (0,6%); os sintomas “psíquicos e comportamentais” estão presentes apenas nos homens (1,7%).

Vários investigadores Gil-Monte (2014), Karanikoli *et al.* (2012), CITE (2013), Sloan *et al.* (2010), Cornoiu & Gyorgy (2013), Luongo *et al.* (2011), Cahú *et al.* (2011), Tekin & Bulut (2014), Carnero *et al.* (2012) e João (2011) mencionam que o *mobbing* pode conduzir aos sintomas supracitados. Verdasca (2010) menciona que 69,7% das vítimas sujeitas a condutas de *mobbing* frequentes, consideram ter problemas físicos e 84,8% têm problemas psíquicos. O facto de os enfermeiros viverem condutas de intensidade fraca, não quer dizer que a longo prazo as consequências sejam as mesmas. Pois, segundo Gil-Monte (2014) a nível individual a duração excessiva ou a magnitude das condutas de *mobbing* podem conduzir a patologias graves, ou agravar problemas de saúde já existentes.

Tabela 4.31. Distribuição da amostra segundo os sintomas associados ao *mobbing* por género

Sintomas	Género				Total	
	Feminino		Masculino			
	n	%	n	%	n	%
Insónias	0	0,0	2	3,4	2	0,9
Psíquicos	1	0,6	0	0,0	1	0,5
Psíquicos e comportamentais	0	0,0	1	1,7	1	0,5
Psíquicos, comportamentais, cardíacos e respiratórios	3	1,9	0	0,0	3	1,4
Psíquicos, comportamentais, e cardíacos	1	0,6	0	0,0	1	0,5
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>3,1</b>	<b>3</b>	<b>5,2</b>	<b>8</b>	<b>3,7</b>

#### 4.1.6. Medidas Preventivas Propostas pelos Enfermeiros

No que concerne às medidas preventivas descritas pelos enfermeiros para prevenção do *mobbing*, foram mencionadas várias estratégias (sendo a questão aberta, o mesmo profissional pode não responder ou mencionar uma ou várias). As estratégias identificadas pelos enfermeiros foram agrupadas, conforme se pode visualizar no Quadro 4.2, em medidas direccionadas para a organização, para o indivíduo e para a sociedade.

Conforme se pode observar no Quadro 4.2, as medidas direccionadas para a organização (65) foram as mais sugeridas pelos enfermeiros, seguindo-se as direccionadas para o indivíduo (41) e as direccionadas para a sociedade (3). Relativamente às medidas direccionadas para a

<sup>7</sup> Dos sintomas psíquicos fazem parte: insónias, ansiedade, dificuldade de concentração, melancolia, cefaleias, amnésia, pesadelos, medo acentuado e persistente.

<sup>8</sup> Dos sintomas comportamentais fazem parte: a irritabilidade e a fadiga crónica.

<sup>9</sup> Dos sintomas cardíacos faz parte a taquicardia/palpitações.

<sup>10</sup> Dos sintomas respiratórios faz parte a sensação de falta de ar.

organização foi sugerido com maior frequência: uma “comunicação eficaz” (15), “formação sobre a temática” e “chefias com capacidade de liderança, valores de justiça e imparcialidade” (com igual frequência 9), “gestão de conflitos e trabalho em equipa” (com igual frequência 5). No que diz respeito às medidas direcionadas para o indivíduo, foi sugerido: “respeitar e saber ouvir” (18), “denunciar a autoridades competentes” (12), “bom relacionamento do indivíduo com a equipa multidisciplinar” (11). Nas medidas direcionadas para a sociedade os enfermeiros sugeriram a “realização de campanhas de sensibilização da sociedade em geral” (3).

Szigety (2012) sustenta os resultados, ao sugerir que as estratégias e as medidas na prevenção do *mobbing*, devem ser identificadas e aplicadas de acordo com o alvo a que estas se dirigem, em medidas: (1) direcionadas para o indivíduo; (2) direcionadas para a organização e (3) direcionadas para a sociedade. Vários outros autores estão em consonância, mencionam a importância de um programa educacional que abranja formação sobre os comportamentos de liderança, atitudes assertivas, medidas para resolver os problemas de comunicação (Efe & Ayaz, 2010).

Segundo Saam (2010) os líderes e supervisores devem ter a capacidade para reconhecer e gerir conflitos. Szigety (2012) refere a importância de ser dada a conhecer a política da organização, os direitos legais do trabalhador, como agir de forma adequada e medidas para evitar o desenvolvimento de comportamentos de *mobbing* (Yousef *et al.*, 2013; Hirigoyen, 2002). Deve haver reformulação do ambiente de trabalho e criação de um gabinete de apoio a eventuais vítimas (CITE, 2013), que garantam o direito à queixa e ao anonimato (Luongo *et al.*, 2011; Carvalho, 2010; Szigety, 2012). A vítima deve buscar ajuda clínica e a profissionais da área jurídica (Shallcross *et al.*, 2013). É imperioso promover relações interpessoais no trabalho, incentivar a comunicação aberta, aceitar a diferença e criar espaços de interação informal (Sloan *et al.*, 2010). A nível social a intervenção deve incidir na informação e educação no currículo escolar sobre o *mobbing* (Szigety, 2012). Também é importante proteger a vítima a nível social e punir o agressor (Salin, 2009).

Quadro 4.2. Medidas enumeradas pelos enfermeiros para prevenção do *mobbing*

<b>Medidas Direcionadas para a Organização</b>	<b>n</b>
Comunicação eficaz	15
Formação sobre a temática	9
Gestão de conflitos	5
Trabalho em equipa	5
Chefias com capacidade de liderança, valores de justiça e imparcialidade	9
Supervisão de chefias	3
Apoio psicológico e mediadores	4
Acompanhamento e vigilância dos profissionais, através de consultas sem custos acrescidos	1
Facilitar a mobilização de elementos que sofrem de <i>mobbing</i> para outro serviço	2
Existência de um contato telefónico para apoio às vítimas	2
Existência de um departamento jurídico para funcionários	2
Estratégias para melhorar as relações interpessoais no trabalho	3
Responsabilizar e punir os agressores	1
Realização de sessões de grupo para discussão	1
Maior proteção do trabalhador	2
Convívio interpessoal fora do local de trabalho	1
<b>Total</b>	<b>65</b>
<b>Medidas as Direcionadas para o Indivíduo</b>	<b>n</b>
Respeitar e saber ouvir	18
Denunciar a autoridades competentes	12
Bom relacionamento do indivíduo com a equipa multidisciplinar	11
<b>Total</b>	<b>41</b>
<b>Medidas as Direcionadas para a Sociedade</b>	<b>n</b>
Campanhas de sensibilização da sociedade em geral	3
<b>Total</b>	<b>3</b>

## 4.2. Análise Inferencial

Para se prosseguir com os objetivos formulados, será necessário recorrer-se à estatística inferencial, verificando-se as relações formuladas nas hipóteses de investigação, aceitando-se ou rejeitando-se essas hipóteses. Nesta fase, com recurso à análise inferencial, pretende-se validar ou não as hipóteses formuladas.

Para se verificar se existe relação entre as variáveis independentes e a presença, frequência e intensidade global e média de condutas de *mobbing* nos enfermeiros, foram realizados os testes: de *UMW* e o teste de *KW*, e também, quando necessário efetuou-se a comparação múltipla de médias através do gráfico *error-bar*. No final foi realizada uma regressão linear múltipla com o intuito de se verificar quais as variáveis preditoras do *mobbing*.

Assim, primariamente foi testada a relação entre as variáveis sociodemográficas (género, idade e estado civil) e a presença, frequência e intensidade global e média de condutas de *mobbing* nos enfermeiros.

H<sub>1</sub>: Existe relação significativa entre as variáveis sociodemográficas e a presença, frequência e intensidade global e média de condutas de *mobbing* nos enfermeiros.

H<sub>1.1</sub>: Existe relação significativa entre a variável género e a presença, frequência e intensidade global e média de condutas de *mobbing* nos enfermeiros.

Relativamente ao género embora existam diferenças entre esta variável e a intensidade global (107,2 vs 115,7;  $p=0,380$ ), o número de condutas de *mobbing* (107,8 vs 114,3;  $p=0,498$ ) e média de condutas de *mobbing* (100,1 vs 110,9;  $p=0,250$ ), no entanto, pela análise do teste de *UMW* não se encontram diferenças estatísticas significativas nos três índices globais, conforme se pode visualizar na Tabela 4.32. Assim, pode-se dizer que o género dos enfermeiros não está relacionado com o *mobbing*. Deste modo a hipótese H<sub>1.1</sub>: “Existe relação significativa entre a variável género e a presença, frequência e intensidade global e média de condutas de *mobbing* nos enfermeiros”, não se verificou para a variável género, pelo que se rejeita H<sub>1.1</sub>, pois as diferenças não são estatisticamente significativas.

Os resultados indicam que o *mobbing* é um fenómeno presente no local de trabalho independentemente do género. Estes resultados são semelhantes aos estudos realizados por Leymann (1996), Zabala (2003) e Carnero *et al.* (2012) em vítimas de *mobbing*, pois relativamente à variável género não encontram diferenças estatísticas significativas. Contudo, nos estudos realizados por Curtis *et al.* citados por Topa & Moriano (2013) as mulheres enfrentaram mais comportamentos de *mobbing* que os homens. Enquanto que nos estudos de Carvalho (2010), Saraiva & Pinto (2011) e João (2013) os homens sofrem em média níveis mais elevados de condutas de *mobbing* em comparação com as mulheres.

Tabela 4.32. Teste *UMW* entre os índices globais e o género

Género	Índices Globais											
	IGAP				NEAP				IMAP			
	M	U	Z	p	M	U	Z	p	M	U	Z	p
Feminino	107,2				107,8				100,1			
Masculino	115,7	4279,0	-0,878	0,380	114,3	4361,5	-0,677	0,498	110,9	3692,5	-1,150	0,250

$p > 0,05$  ns

H<sub>1.2</sub>: Existe relação significativa entre a variável idade e a presença, frequência e intensidade global e média de condutas de *mobbing* nos enfermeiros.

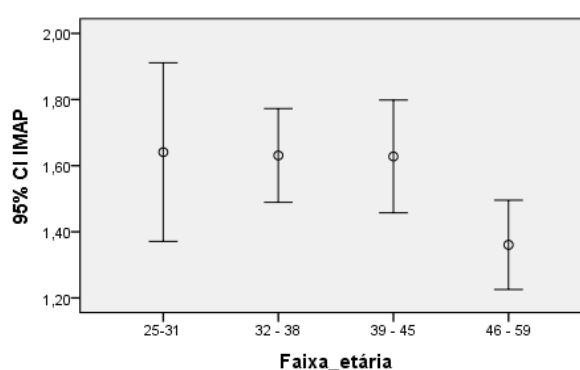
Quando comparada a idade pela análise do teste de *KW* (Tabela 4.33), verifica-se que existem diferenças bastante significativas ( $p=0,016$ ) entre a idade e intensidade média das condutas (IMAP). No entanto, quando se compara a idade na intensidade global e no número de

condutas, não se encontram diferenças estatísticas significativas (IGAP e NEAP;  $p=0,292$  e  $p=0,339$ , respetivamente).

Para a comparação múltipla de médias do IMAP segundo a faixa etária, foi efetuado um gráfico *error-bar* (Gráfico 4.1).

De acordo com o gráfico de barras para apresentação dos intervalos de confiança para a média, é possível observar que só existem diferenças estatisticamente significativas no IMAP para os enfermeiros na faixa etária dos 32-38 anos e 46-59 anos. O IMAP é maior nos enfermeiros na faixa etária dos 32-38 anos, comparativamente às idades dos 46-59 anos.

Gráfico 4.1. Gráfico *error-bar* do IMAP segundo a faixa etária



Deste modo pode dizer-se que a hipótese  $H_{1,2}$ : “Existe relação significativa a variável idade e a presença, frequência e intensidade global e média de condutas de *mobbing* nos enfermeiros”, aceita-se parcialmente a  $H_{1,2}$  para a variável idade apenas no IMAP, pois as diferenças estatísticas encontradas neste índice são significativas.

Estes resultados são idênticos aos estudos de Ertürk & Cemaloğlu (2014) em que os indivíduos na faixa etária dos 34-45 sofrem mais comportamentos de *mobbing* que os que se encontram em idades inferiores. Também Carvalho (2010), na sua investigação menciona que os enfermeiros que já foram ou são vítimas de *mobbing* no seu local de trabalho têm mais de 40 anos de idade. No entanto, o estudo de João (2013) revela que o *mobbing* não está associado à idade.

**H<sub>1,3</sub>:** Existe relação significativa entre a variável estado civil e a presença, frequência e intensidade global e média de condutas de *mobbing* nos enfermeiros.

No que diz respeito ao estado civil (Tabela 4.33) embora existam diferenças entre a intensidade global, o número de condutas de *mobbing* e a intensidade média de condutas de *mobbing*, no entanto, pela análise do teste de *KW* não se encontram diferenças estatísticas significativas nos três índices globais (IGAP, NEAP, IMAP;  $p=0,425$ ,  $p=0,165$ ,  $p=0,245$ ,

respetivamente). Estes resultados significam que o estado civil não está associado ao *mobbing*.

Assim, a hipótese H<sub>1.3</sub>: “Existe relação significativa entre a variável estado civil e a presença, frequência e intensidade global e média de condutas de *mobbing* nos enfermeiros”, não se verificou para a variável estado civil, pelo que se rejeita H<sub>1.3</sub>, pois as diferenças encontradas entre o estado civil e os três índices globais não são estatisticamente significativas.

Os resultados indicam que o *mobbing* é um fenómeno presente no local de trabalho independentemente do estado civil. Contudo, os estudos consultados contradizem estes resultados. Carvalho (2007), Saraiva & Pinto (2011) e João (2012, 2013) mencionam que o facto de os indivíduos não serem casados coloca-os mais vulneráveis a condutas de *mobbing*. Segundo Hirigoyen (2002) a maioria das vítimas de *mobbing* são pessoas sem apoio, solitárias ou seja, pessoas solteiras, viúvas ou divorciadas.

Tabela 4.33. Teste KW entre os índices globais, a faixa etária e o estado civil

Variáveis	Índices Globais								
	IGAP			NEAP			IMAP		
	M	KW	p	M	KW	p	M	KW	p
<b>Faixa Etária</b>									
25-31	104,0			100,5			104,7		
32 - 38	112,5	3,732	0,292	108,2	3,364	0,339	111,8	10,275	0,016**
39 - 45	121,2			122,9			113,3		
46 - 59	99,4			105,3			81,1		
<b>Estado Civil</b>									
Casado	110,8			111,3			101,7		
Solteiro	94,4	3,863	0,425	92,1	6,491	0,165	104,1	5,438	0,245
Viúvo	144,6			158,6			94,6		
União de Facto	117,5			102,5			140,7		
Divorciado	115,9			123,3			90,6		

p>0,05 ns; p<0.01\*\* diferença estatística bastante significativa

Para perceber se existe relação entre as variáveis socioprofissionais (anos de profissão; habilitações académicas; categoria profissional; serviço onde trabalha; vínculo profissional à instituição; horário de trabalho; faltas frequentes; superiores valorizam o desempenho) e a presença, frequência e intensidade global e média de condutas de *mobbing* nos enfermeiros foi realizado o teste de *UMW*, o teste de *KW* e a comparação múltipla de médias, conforme se pode visualizar na Tabela 4.34, Tabela 4.35 e no Gráfico 4.2.

H<sub>2</sub>: Existe relação significativa entre as variáveis socioprofissionais e a presença, frequência e intensidade global e média de condutas de *mobbing* nos enfermeiros.

H<sub>2.1</sub>: Existe relação significativa entre a variável anos de profissão e a presença, frequência e intensidade global e média de condutas de *mobbing* nos enfermeiros.

Em relação aos anos de profissão, embora existam diferenças entre a intensidade global, o número de condutas de *mobbing* e a intensidade média de condutas de *mobbing*, no entanto, pela análise do teste *KW* não se encontram diferenças estatísticas significativas nos três índices globais (IGAP, NEAP, IMAP;  $p=0,150$   $p=0,092$ ,  $p=0,083$ , respetivamente), conforme se pode visualizar na Tabela 4.34.

A hipótese  $H_{2,1}$ : “Existe relação significativa entre a variável anos de profissão a presença, frequência e intensidade global e média de condutas de *mobbing* nos enfermeiros”, não se verificou para a variável anos de profissão, pelo que se rejeita  $H_{2,1}$ , pois as diferenças encontradas nesta variável não são estatisticamente significativas.

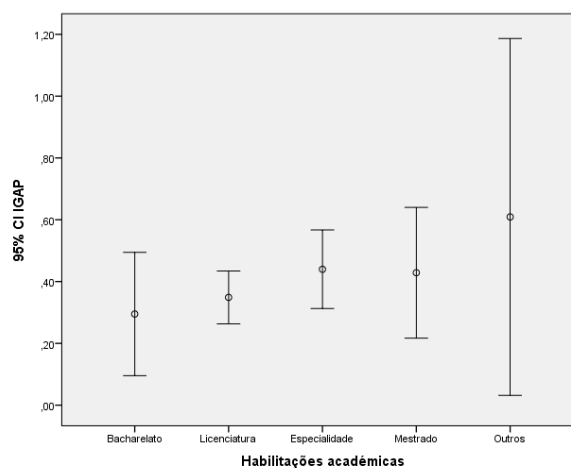
Assim, o *mobbing* é um fenómeno presente no local de trabalho independentemente dos anos de profissão. Estes resultados são idênticos aos de João (2013) no qual não há relação entre tempo de profissão e o número de condutas, intensidade global e média de conduta de *mobbing*.

$H_{2,2}$ : Existe relação significativa entre a variável habilitações académicas e a presença, frequência e intensidade global e média de condutas de *mobbing* nos enfermeiros.

Relativamente à influência das habilitações académicas no *mobbing* (Tabela 4.34), verifica-se pelo teste *KW* a existência de diferenças estatísticas significativas ( $p=0,042$ ) para intensidade global do *mobbing* nos enfermeiros. Os restantes índices não apresentam diferenças estatísticas significativas (NEAP e IMAP;  $p=0,073$  e  $p=0,667$ , respetivamente).

Em relação há média de condutas na intensidade global do *mobbing*, pela análise do gráfico *error-bar* (Gráfico 4.2) é possível observar que não existem diferenças estatísticas significativas entre os grupos das habilitações académicas.

Gráfico 4.2. Gráfico *error-bar* do IGAP segundo as habilitações académicas



Desta forma, a hipótese H<sub>2.2</sub>: “Existe relação significativa entre a variável habilitações acadêmicas e a presença, frequência e intensidade global e média de condutas de *mobbing* nos enfermeiros”, aceita-se parcialmente a H<sub>2.2</sub> para a variável habilitações acadêmicas apenas para o IGAP, pois apresenta diferenças estatísticas significativas.

Neste contexto, os estudos de João (2013), Carnero *et al.* (2012), Ertürk & Cemaloğlu, (2014) referem que quanto maior o nível de instrução, maior é a probabilidade de ser vítima de *mobbing*. A investigação de Carvalho (2010) refere que os enfermeiros que já foram ou são vítimas de *mobbing* são maioritariamente enfermeiros especialistas.

H<sub>2.3</sub>: Existe relação significativa entre a variável categoria profissional e a presença, frequência e intensidade global e média de condutas de *mobbing* nos enfermeiros.

No que concerne, à categoria profissional, embora existam diferenças entre a intensidade global, o número de condutas de *mobbing* e a intensidade média de condutas de *mobbing*, no entanto, pela análise do teste *KW* não se encontram diferenças estatísticas significativas nos três índices globais (IGAP, NEAP, IMA;  $p=0,645$ ,  $p=0,421$ ,  $p=0,195$ , respetivamente), conforme se pode visualizar na Tabela 4.34.

Assim, a hipótese H<sub>2.3</sub>: “Existe relação significativa entre a variável categoria profissional e a presença, frequência e intensidade global e média de condutas de *mobbing* nos enfermeiros”, não se verificou para a variável categoria profissional, pelo que se rejeita H<sub>2.3</sub>, pois as diferenças encontradas nesta variável não são estatisticamente significativas.

Os resultados indicam que o *mobbing* é um fenómeno presente no local de trabalho independentemente da função que se exerce. Não tendo sido encontrado estudos que apoiem estes resultados. Contudo a literatura consultada menciona que os enfermeiros que exercem cargo de chefia vivem em média mais condutas de *mobbing* do que os enfermeiros que não ocupam este tipo de cargo (João, 2013).

H<sub>2.4</sub>: Existe relação significativa entre a variável vínculo profissional à instituição e a presença, frequência e intensidade global e média de condutas de *mobbing* nos enfermeiros.

No vínculo profissional dos enfermeiros à instituição embora existam diferenças entre a sua intensidade global, o número de condutas de *mobbing* e a intensidade média de condutas de *mobbing*, no entanto, pela análise do teste *KW* não se encontram diferenças estatísticas significativas nos três índices globais (IGAP, NEAP, IMA;  $p=0,927$ ,  $p=0,406$ ,  $p=0,272$ , respetivamente), conforme se pode visualizar na Tabela 4.34.

A hipótese H<sub>2.4</sub>: “Existe relação significativa entre a variável vínculo profissional e a presença, frequência e intensidade global e média de condutas de *mobbing* nos enfermeiros”, não se verificou para a variável vínculo profissional à instituição, pelo que se rejeita H<sub>2.4</sub>, pois as diferenças encontradas nesta variável não são estatisticamente significativas.

Os resultados indicam que o *mobbing* é um fenómeno presente no local de trabalho independentemente do vínculo profissional à instituição. Corroboram estes resultados o estudo de João (2013) em que não existe relação significativa entre o vínculo laboral e o *mobbing*. Também os estudos de Carnero *et al.* (2012) referem que o tipo de contrato de trabalho, não é significativo para o *mobbing*. Em contrapartida, os estudos de Saraiva & Pinto (2011) e Carvalho (2007) mencionam que os enfermeiros com contrato de trabalho efetivo são os que estão sujeitos a mais condutas de *mobbing* quando comparados com os que possuem uma situação de contrato por tempo indefinido. Segundo Zabala (2003) os contratos de trabalhos precários podem motivar o comportamento dos agressores.

**Tabela 4.34.** Teste *KW* entre os índices globais, os anos de profissão, as habilitações académicas, a categoria profissional e o vínculo profissional à instituição

Variáveis	Índices Globais								
	IGAP			NEAP			IMAP		
	M	KW	p	M	KW	p	M	KW	p
<b>Anos de Profissão</b>									
2-10	108,4			105,9			105,9		
11-16	110,3	5,317	0,150	103,9	6,437	0,092	114,6	6,670	0,083
17-22	123,0			127,4			104,3		
23-37	94,6			99,4			83,7		
<b>Habilitações Académicas</b>									
Bacharelato	107,9			108,1			95,2		
Licenciatura	102,5	9,901	0,042*	102,9	8,556	0,073	100,5	2,378	0,667
Especialidade	131,7			130,2			110,2		
Mestrado	129,7			130,6			110,8		
Outros <sup>11</sup>	180,5			168,8			150,0		
<b>Categoria Profissional</b>									
Enfermeiro	105,8			102,1			108,2		
Enfermeiro Graduado	109,6	1,662	0,645	114,1	2,814	0,421	93,7	4,703	0,195
Enfermeiro Especialista	123,0			120,7			113,9		
Enfermeiro Chefe	97,3			94,3			144,5		
<b>Vínculo Profissional à Instituição</b>									
Quadro	110,7			114,6			97,2		
CIT c/ termo	113,6	0,152	0,927	112,0	1,805	0,406	99,1	2,601	0,272
CIT s/ termo	107,7			102,9			110,8		

p>0,05 ns; \*p<0,05 estatisticamente significativo

<sup>11</sup> Outros: engloba pós-graduação ou pós-graduação e mestrado

H<sub>2.5</sub>: Existe relação significativa entre a variável horário de trabalho e a presença, frequência e intensidade global e média de condutas de *mobbing* nos enfermeiros.

Para se verificar se existe relação entre o horário de trabalho e o *mobbing* (Tabela 4.35) foi realizado o teste de *UMW* verificando-se diferenças entre a sua intensidade global, o número de condutas e a intensidade média de condutas de *mobbing*, no entanto, não se encontram diferenças estatísticas significativas nos três índices globais (IGAP, NEAP, IMAP;  $p=0,858$ ,  $p=0,871$ ,  $p=0,270$ , respetivamente).

Neste sentido, a hipótese H<sub>2.5</sub>: “Existe relação significativa entre a variável horário de trabalho e a presença, frequência e intensidade global e média de condutas de *mobbing* nos enfermeiros”, não se verificou para a variável horário de trabalho, pelo que se rejeita H<sub>2.5</sub>, pois as diferenças encontradas nesta variável não são estatisticamente significativas.

Estes resultados indicam que o *mobbing* é um fenómeno presente no local de trabalho independentemente do horário de trabalho. Resultados semelhantes encontram-se nos estudos de Carnero *et al.* (2012) em que o trabalho por turnos, não é significativo no *mobbing*. Em antítese, as investigações de Carvalho (2010), Saraiva & Pinto (2011), João (2013), Tekin & Bulut (2014) revelam que os enfermeiros que trabalham em horário fixo, sofrem mais condutas de *mobbing*, em comparação com os que trabalham por turnos. Contudo, os estudos de Carvalho (2007), Qureshi *et al.* (2013), Tuckey & Neall (2014) revelam o contrário.

H<sub>2.6</sub>: Existe relação significativa entre a variável faltas frequentes e a presença, frequência e intensidade global e média de condutas de *mobbing* nos enfermeiros.

No que diz respeito a faltas frequentes pela análise do teste de *UMW* (Tabela 4.35) verifica-se que as diferenças estatísticas são altamente significativas, os enfermeiros assíduos vivem uma intensidade média de condutas de *mobbing* superior aos que faltam (179,1 vs 100,7;  $p=0,001$ ). No entanto, quando se compara as faltas frequentes com a intensidade global de *mobbing* e o número de condutas, não se encontram diferenças estatísticas significativas (IGAP e NEAP,  $p=0,450$  e  $p=0,990$ , respetivamente).

Assim, a H<sub>2.6</sub>: “Existe relação significativa entre a variável assiduidade e a presença, frequência e intensidade global e média de condutas de *mobbing* nos enfermeiros”, verificou-se para a variável faltas frequentes, pelo que se aceita parcialmente a H<sub>2.6</sub>, pois as diferenças encontradas nesta variável são estatisticamente significativas apenas para a IMAP.

Corroboram estes resultados os estudos de Figueiredo-Ferraz *et al.*, (2012) nos quais o *mobbing* tem várias consequências entre as quais o absentismo. Também o estudo de

Verdasca (2010) refere que cerca de 45,5% das vítimas de *mobbing* registam casos de absentismo.

H<sub>2.7</sub>: Existe relação significativa entre a variável superiores valorizam o desempenho, frequência e intensidade global e média de condutas de *mobbing* nos enfermeiros.

A valorização do desempenho pelos superiores, através da análise do teste de *UMW* (Tabela 4.35), apresenta diferenças altamente significativas nos três índices. Em média os indivíduos cujos superiores não valorizam o desempenho sofrem mais condutas de *mobbing* que os indivíduos cujos superiores valorizam o desempenho (IGAP, NEAP, IMAP; 139,3 vs 87,3;  $p=0,000$ ; 137,0 vs 89,1;  $p=0,000$ ; 121,5 vs 88,5;  $p=0,000$ , respetivamente).

Desta forma, a hipótese H<sub>2.7</sub>: “Existe relação significativa entre a variável superiores valorizam o desempenho e a presença, frequência e intensidade global e média de condutas de *mobbing* nos enfermeiros”, verificou-se para a variável superiores valorizam o desempenho, pelo que se aceita a H<sub>2.7</sub>, pois as diferenças encontradas nesta variável são estatisticamente significativas.

Também o estudo de Carvalho (2010) indica resultados semelhantes, pois a valorização do desempenho pelos superiores quando percecionados negativamente indiciam comportamentos favoráveis à prática de condutas hostis e desprovidas de ética.

Tabela 4.35. Teste *UMW* entre os índices globais, os turnos, a assiduidade e os superiores valorizam o desempenho

Variáveis	Índices Globais											
	IGAP				NEAP				IMAP			
	M	U	Z	p	M	U	Z	p	M	U	Z	p
<b>Horário de Trabalho</b>												
Rotativo	109,1	3696	-0,180	0,858	109,8	3702,5	-0,162	0,871	100,7	2987	-1,104	0,270
Fixo	111,1				108,1				112,2			
<b>Assiduidade</b>												
Sim	127,2	614,5	-0,756	0,450	109,2	736,5	-0,012	0,990	179,1	140,5	-3,190	0,001***
Não	108,9				109,5				100,7			
<b>Superiores Valorizam o Desempenho</b>												
Sim	87,3	3039	-6,025	0,000***	89,1	3258,5	-5,551	0,000***	88,5	3508	-3,956	0,000***
Não	139,3				137,0				121,5			

$p>0,05$  ns;  $p<0,001$ \*\*\* diferença estatística altamente significativa

Em relação à hipótese H<sub>3</sub>, para verificar se existe relação significativa entre as variáveis pessoais (satisfação profissional e circunstâncias não profissionais que afetam a vida profissional) e o *mobbing* foi realizado o teste de *UMW* (Tabela 4.36).

H<sub>3</sub>: Existe relação significativa entre as variáveis pessoais e a presença, frequência e intensidade global e média de condutas de *mobbing* nos enfermeiros.

**H<sub>3,1</sub>:** Existe relação significativa entre a variável satisfação profissional e a presença, frequência e intensidade global e média de condutas de *mobbing* nos enfermeiros.

Na satisfação profissional (Tabela 4.36) os enfermeiros apresentam diferenças estatísticas bastante significativas ( $p < 0,01$ ) e altamente significativas ( $p < 0,001$ ) nos três índices. Os enfermeiros que não estão satisfeitos com a profissão, vivem uma intensidade global superior de condutas de *mobbing* (130,1 vs 90,7;  $p = 0,000$ ), número de condutas superior (128,2 vs 92,5;  $p = 0,000$ ) e intensidade média superior (116,7 vs 89,5;  $p = 0,001$ ), em comparação com os satisfeitos profissionalmente.

A hipótese H<sub>3,1</sub>: “Existe relação significativa entre a variável satisfação profissional e a presença, frequência e intensidade global e média de condutas de *mobbing* nos enfermeiros”, verificou-se para a variável satisfação profissional, pelo que aceita-se H<sub>3,1</sub>, pois as diferenças encontradas nesta variável são estatisticamente significativas nos três índices.

Estes resultados estão em consonância com o estudo de Carvalho (2010), pois a percepção do ambiente de trabalho, a satisfação com a profissão entre outros quando percebidos negativamente indiciam comportamentos favoráveis à prática de condutas hostis e desprovidas de ética. No mesmo contexto, Ertureten *et al.* (2013) revelam que o *mobbing* está associado à baixa satisfação dos funcionários e baixo comprometimento afetivo. Também nos estudos de López-Cabarcos & Montes-Piñeiro (2010) o número de comportamentos de *mobbing* está relacionado de forma negativa com duas dimensões de satisfação no trabalho (supervisão e remuneração).

**H<sub>3,2</sub>:** Existe relação significativa entre a variável circunstâncias não profissionais que afetam a vida profissional e a presença, frequência e intensidade global e média de condutas de *mobbing* nos enfermeiros.

No que diz respeito às circunstâncias não profissionais que afetam a vida profissional (Tabela 4.36), existem diferenças bastante significativas ( $p < 0,01$ ) nos índices globais IGAP e NEAP, em média os enfermeiros que têm circunstâncias não profissionais a afetar a vida profissional, vivem uma intensidade global e número de condutas de *mobbing* superiores, em comparação com os que não têm circunstâncias não profissionais a afetar a vida profissional (134,9 vs 104,0;  $p = 0,006$ ; 135,3 vs 103,9,  $p = 0,005$ ). No entanto, não se encontram diferenças estatísticas significativas no IMAP ( $p = 0,280$ ).

Neste sentido, a hipótese H<sub>3,2</sub>: “Existe relação significativa entre a variável circunstâncias não profissionais que afetam a vida profissional e a presença, frequência e intensidade global e média de condutas de *mobbing* nos enfermeiros”, verificou-se para a variável circunstâncias não profissionais que afetam a vida profissional, pelo que aceita-se parcialmente a H<sub>3,2</sub>, pois

as diferenças encontradas nesta variável são estatisticamente significativas para o IGAP e NEAP.

Existem vários estudos que corroboram estes resultados, de realçar as investigações de Sahin *et al.* (2011) em que na profissão de enfermagem há fatores que podem originar o *mobbing*, tais como: salários baixos, carreira profissional e injustiças nas promoções. Por outro lado Cornoiu & Gyorgy (2013) mencionam que também podem surgir problemas financeiros causados pelos gastos com a saúde, absentismo e a perda de emprego (por demissão ou aposentação).

**Tabela 4.36.** Teste *UMW* entre os índices globais, a satisfação profissional e as circunstâncias não profissionais que afetam a vida profissional

Variáveis	Índices Globais											
	IGAP				NEAP				IMAP			
	M	U	Z	p	M	U	Z	p	M	U	Z	p
<b>Satisfação Profissional</b>												
Sim	90,7				92,5				89,5			
Não	130,1	3788,5	-4,602	0,000***	128,2	3985,5	-4,180	0,000***	116,7	3858,0	-3,286	0,001***
<b>Circunstâncias Não Profissionais Que Afetam a Vida Profissional</b>												
Sim	134,9				135,3				112,4			
Não	104,0	2501,5	-2,772	0,006**	103,9	2484,5	-2,821	0,005**	100,9	2816,5	-1,081	0,280

p>0,05 ns p<0.01\*\* diferença estatística bastante significativa; p<0,001\*\*\* diferença estatística altamente significativa

Para verificar como as variáveis independentes (satisfação profissional e superiores valorizam o desempenho) estão relacionadas com a variável dependente (*mobbing*, nos três índices globais) realizou-se uma regressão linear múltipla. Nos diferentes modelos de regressão a ajustar foram incluídas apenas as variáveis independentes estatisticamente significativas para os três índices globais do *mobbing*, avaliação esta decorrente da análise inferencial anteriormente realizada. O método de estimação foi o *enter*, o qual obriga à inclusão de todas as variáveis independentes no modelo de regressão, quer sejam ou não significativas (Pestana & Gajeiro, 2008).

Para testar a hipótese  $H_4$  entrou-se com todas as variáveis (sociodemográficas, socioprofissionais e pessoais) estatisticamente significativas para cada índice que caracteriza o *mobbing* (IGAP, NEAP e IMAP), decorrente da análise inferencial anteriormente realizada (Anexo V). O objetivo foi verificar se existem outras variáveis estatisticamente significativas para além das variáveis que entram na  $H_4$ . Chegou-se à conclusão que as únicas variáveis estatisticamente significativas nos três índices IGAP, NEAP e IMAP são a satisfação profissional e superiores valorizam o desempenho.

Assim, as variáveis a entrar nos modelos de regressão para o IGAP (Quadro 4.3), NEAP (Quadro 4.4) e IMAP (Quadro 4.5) foram satisfação profissional e superiores valorizam o desempenho.

**H<sub>4</sub>: As variáveis satisfação profissional e superiores valorizam o desempenho são preditoras da presença de *mobbing* nos enfermeiros.**

Conforme se pode visualizar no Quadro 4.3 o modelo de regressão ajustado é altamente significativo ( $F=13,173$ ;  $p=0,000$ ), apesar de apresentar uma qualidade fraca ( $r^2=0,109$ ), ou seja, o modelo explica 10,9% da variabilidade total do IGAP. De acordo com as estimativas dos parâmetros de regressão é possível constatar que as variáveis satisfação profissional ( $\beta=-0,248$ ;  $p=0,001$ ) e superiores valorizam o desempenho ( $\beta=-0,148$ ;  $p=0,036$ ), são variáveis preditoras da intensidade global do *mobbing*.

Constata-se que quanto mais os indivíduos estiverem profissionalmente satisfeitos e quanto mais os superiores valorizam o desempenho menor é o índice global médio do *mobbing*. Assim, verifica-se que se os superiores valorizam o desempenho, em média, o IGAP diminui 0,248, se existir satisfação profissional, em média, o IGAP diminui 0,148. De um modo geral à medida que aumenta o valor das variáveis independentes diminui o IGAP.

**Quadro 4.3.** Regressão linear múltipla entre as variáveis independentes e o IGAP

Variável dependente: IGAP					
R=0,330					
R <sup>2</sup> =0,109					
R <sup>2</sup> ajustado=0,101					
Erro padrão de estimativa=0,477					
Pesos de Regressão					
Variáveis Independentes	Coefficiente $\beta$	Coefficiente Padronizado	t	p	
(Constante)	0,587		10,921	0,000***	
Superiores Valorizam o Desempenho	-0,248	-0,245	-3,510	0,001***	
Satisfação Profissional	-0,148	-0,147	-2,115	0,036*	
Análise de Variância					
Efeito	Soma Quadrados	GL	Média Quadrados	F	p
Regressão	5,992	2	2,996	13,173	0,000***
Resíduos	48,898	215	0,227		
Total	54,890	217			

\* $p < 0,05$  estatisticamente significativo;  $p < 0,001$ \*\*\* diferença estatística altamente significativa

Como se pode analisar no Quadro 4.4 o modelo de regressão ajustado para o NEAP é altamente significativo ( $F=17,576$ ;  $p=0,000$ ), apesar de apresentar uma qualidade fraca ( $r^2=0,141$ ), ou seja, o modelo explica 14,1% da variabilidade total do NEAP. Em conformidade com as estimativas dos parâmetros de regressão é possível constatar que as variáveis superiores valorizam o desempenho ( $\beta=-5,779$ ;  $p=0,000$ ) e satisfação profissional ( $\beta=-2,792$ ;  $p=0,036$ ), são estatisticamente significativas, logo constituem-se variáveis preditoras do número de condutas do *mobbing*. Verifica-se que quanto mais os indivíduos estiverem profissionalmente satisfeitos e quanto mais os superiores valorizam o desempenho menor é o número de condutas do *mobbing*. Assim, constata-se que se os superiores valorizam o

desempenho, em média, o NEAP diminui 5,779, se existir satisfação profissional, em média, o NEAP diminui 2,792. Pode-se dizer que à medida que aumenta o valor das variáveis independentes diminui o NEAP.

**Quadro 4.4.** Regressão linear múltipla entre as variáveis independentes e o NEAP

Variável dependente: NEAP					
R=0,375					
R <sup>2</sup> =0,141					
R <sup>2</sup> ajustado=0,133					
Erro padrão de estimativa=9,037					
Pesos de Regressão					
Variáveis Independentes	Coefficiente $\beta$	Coefficiente Padronizado	t	p	
(Constante)	16,292		15,993	0,000***	
Superiores Valorizam o Desempenho	-5,779	-0,295	-4,314	0,000***	
Satisfação Profissional	-2,792	-0,144	-2,105	0,036*	
Análise de Variância					
Efeito	Soma Quadrados	GL	Média Quadrados	F	p
Regressão	2870,935	2	1435,467	17,576	0,000***
Resíduos	17559,492	215	81,672		
Total	20430,427	217			

\*p<0,05 estatisticamente significativo; p<0,001\*\*\* diferença estatística altamente significativa

No Quadro 4.5 encontra-se o modelo de regressão ajustado para o IMAP, este é altamente significativo (F=9,556; p=0,000), apesar de apresentar uma qualidade fraca ( $r^2=0,086$ ), ou seja, o modelo explica 8,6% da variabilidade total do IMAP. De acordo com as estimativas dos parâmetros de regressão é possível constatar-se que as variáveis superiores valorizam o desempenho ( $\beta=-0,257$ ; p=0,004) e satisfação profissional ( $\beta=-0,173$ ; p=0,052), são variáveis preditoras da intensidade média do *mobbing*.

Deste modo, quanto mais os indivíduos estiverem profissionalmente satisfeitos e quanto mais os superiores valorizam o desempenho menor é a intensidade média do *mobbing*. Constatase que se os superiores valorizam o desempenho, em média, o IMAP diminui 0,257, se existir satisfação profissional, em média, o IMAP diminui 0,173. De um modo geral à medida que aumenta o valor das variáveis independentes diminui o IMAP.

Quadro 4.5. Regressão linear múltipla entre as variáveis independentes e o IMAP

Variável dependente: IMAP					
R=0,294					
R <sup>2</sup> =0,086					
R <sup>2</sup> ajustado=0,077					
Erro padrão de estimativa=0,58745					
Pesos de Regressão					
Variáveis Independentes	Coeficiente $\beta$	Coeficiente Padronizado	t	p	
(Constante)	1,793		26,765	0,000***	
Superiores Valorizam o Desempenho	-0,257	-0,209	-2,881	0,004**	
Satisfação Profissional	-0,173	-0,142	-1,955	0,052*	
Análise de Variância					
Efeito	Soma Quadrados	GL	Média Quadrados	F	p
Regressão	6,596	2	3,298	9,556	0,000***
Resíduos	69,710	202	0,345		
Total	76,306	204			

\*p<0,05 estatisticamente significativo; p<0.01\*\* diferença estatística bastante significativa; p<0,001\*\*\* diferença estatística altamente significativa

Assim, a H<sub>4</sub>: “As variáveis satisfação profissional e superiores valorizam o desempenho são preditoras da presença de *mobbing* nos enfermeiros”, verificou-se para as variáveis satisfação profissional e superiores valorizam o desempenho, pelo que aceita-se H<sub>4</sub>, pois as diferenças encontradas nesta variável são estatisticamente significativas (nos três índices globais do *mobbing*).

Pode-se dizer que as únicas variáveis independentes preditoras de *mobbing* são a satisfação profissional e a valorização do desempenho pelos superiores hierárquicos, as quais apresentam têm relação inversa com o *mobbing*. Verifica-se que quanto maior a satisfação profissional e quanto mais os superiores valorizam o desempenho menor será a presença de *mobbing*.

Estes resultados estão em consonância com os estudos de López-Cabarcos *et al.* (2010) e Amazarray (2010) pois a satisfação profissional é uma variável preditora do *mobbing*. A satisfação assume uma relação inversa com o *mobbing*, ao seja quanto mais insatisfeitos estiverem os sujeitos, maior será o *mobbing*. Também o estudo de Carvalho (2010) é semelhante, pois a percepção do ambiente de trabalho, a satisfação com a profissão e a valorização pelos superiores quando percebidos negativamente indiciam comportamentos favoráveis à prática de condutas de *mobbing*.

# Capítulo 5

## 5. Conclusões

Neste Capítulo, apresentar-se-ão as conclusões gerais desta investigação (subdividida em duas partes o enquadramento teórico e o estudo empírico), nomeadamente o estudo do *mobbing* nos enfermeiros em ambiente hospitalar. Na última secção enunciar-se-ão as limitações e apresentar-se-ão as sugestões para futuras linhas de investigação.

### 5.1. Conclusões Gerais

Ao chegar ao *terminus* desta investigação, cabe agora retirar as principais conclusões da mesma, de forma a darem-se a conhecer os principais resultados obtidos, bem como apresentarem-se algumas sugestões no intuito de se prevenir ou de se minimizar as repercussões do *mobbing*.

A vivência de um ambiente organizacional cada vez mais individualista e competitivo, impondo pressões acrescidas para se obterem resultados e lucros imediatos, pode servir de catalisador e de propulsor para as condutas de assédio moral ou psicológico no local de trabalho, também designadas por *mobbing*. Estas constituem um problema grave, particularmente para cada um dos agredidos e globalmente para a gestão das organizações.

O *mobbing* constituiu-se como temática autónoma de investigação muito recentemente, contudo, representa uma realidade tão antiga quanto as relações no trabalho. Estudos recentes realizados em alguns países Europeus reforçam a existência do *mobbing* nos locais de trabalho, afetando um número significativo de trabalhadores em várias profissões. Diversos estudos mencionam como mais suscetíveis de serem afetados os profissionais que se dedicam ao desenvolvimento infantil, os professores, os profissionais de organizações religiosas, os profissionais de saúde, entre outros (Leymann citado por Leymann, 1996). A profissão de enfermagem também representa um grupo de profissionais extremamente vulneráveis à ocorrência do fenómeno e os estudos realizados em Portugal, embora escassos, começam a chamar à atenção para esta realidade.

Neste contexto, surgiu este estudo, com o objetivo prioritário de caracterizar o *mobbing* na profissão de enfermagem em ambiente hospitalar, na realidade portuguesa, especificamente no CHCB, EPE.

O fenómeno envolve condutas destruidoras, agressivas, violentas, manipuladoras e de perseguição por parte do agressor. Estas ocorrem de maneira intencional e frequente no

trabalho por um ou mais agressores, com o objetivo de destruírem e excluírem socialmente a vítima.

A revisão bibliográfica indicou que o *mobbing* pode ser facilmente confundido com outros conceitos e que exige um diagnóstico correto, uma vez que existem várias condutas que podem desencadear ou ser consequências do *mobbing*. Existem vários tipos de *mobbing*, podendo ser classificado de acordo com a qualidade das condutas do agressor e a motivação das condutas. Os fatores predisponentes ao *mobbing* são multivariados, entre os quais salientam-se as características organizacionais e sociais, características demográficas, características pessoais da vítima, do agressor e dos espetadores.

Uma vez que constitui um fenómeno psicossocial e multidimensional, de carácter nocivo e potencial capacidade destruidora para a organização, para o indivíduo e sociedade, tem sido alvo de combate através da criação de normas legais aos níveis nacional e internacional. Especificamente, a legislação portuguesa, regula o *mobbing* através de várias fontes legais, desde a Constituição da República Portuguesa, ao Código Civil e ao Código do Trabalho. Contudo, apesar da legislação proteger o trabalhador, existe uma grande dificuldade em penalizar o *mobbing*. Isto porque este está envolto em elevada subjetividade e torna-se “invisível” quando é necessário elementos de prova, porque a agressão não deixa marcas visíveis.

Após a concretização do estudo, alicerçados os objetivos inicialmente propostos, que foram a sua bússola orientadora. Por um lado, aprofundaram-se conhecimentos numa temática recente e até mesmo desconhecida para alguns profissionais, que enfrentaram riscos acrescidos de sofrerem condutas de *mobbing* no seu local de trabalho. Por outro lado, recolheram-se e trataram-se dados que permitiram atingir os restantes objetivos, que em larga medida dependiam das hipóteses levantadas e testadas na parte empírica do trabalho.

O estudo empírico foi desenvolvido no CHCB EPE, a partir de uma amostra de 218 enfermeiros. A caracterização sociodemográfica dos enfermeiros refere que a maioria pertence ao género feminino (73,0%). A média das idades é de 39 anos, tendo o enfermeiro mais novo 25 anos e o mais velho 59 anos. A maioria é casado (66,1%) e tem filhos (73,9%). Os enfermeiros estão distribuídos por vinte e oito serviços, maioritariamente participaram neste estudo os enfermeiros que exercem funções nos serviços do BO (8,7%), da Urgência Geral (7,3%) e das Especialidades Médicas (6,9%). Relativamente ao vínculo com a instituição, a maioria estão no quadro da função pública (54,6%), trabalham por turnos (80,3%), são assíduos (98,1%), exercem a profissão de enfermagem num período entre 2 e 10 anos e 73,9% têm licenciatura. Em relação à valorização do desempenho pelos superiores, 57,3% afirmaram que os superiores valorizam o seu trabalho, 52,3% dos enfermeiros referem mesmo estar satisfeitos com a profissão e 82,1% dos enfermeiros mencionam que não existem circunstâncias não profissionais que afetam a vida profissional. A maioria dos enfermeiros

71,6% referem que já ouviram falar sobre a temática e 92,2% já experimentaram pelo menos uma conduta de *mobbing*. Verificando-se que em média os enfermeiros sofrem 12 condutas de *mobbing* no local de trabalho, com um efeito quase nulo e uma intensidade fraca. A intensidade fraca não é negligenciável, porque quando conjugada com uma duração longa pode conduzir a patologias graves, ou ao agravamento de problemas de saúde já existentes (Gil-Monte, 2014).

Dos métodos utilizados pelo agressor as condutas mais experimentadas pelos enfermeiros correspondem às dimensões BCP (média=0,7), DP (média=0,3) e SDL (média=0,3). Sendo na dimensão BCP as condutas mais frequentes, “algumas vezes por semana” ou “todos os dias”: “quando falo interrompem o meu discurso” (11,9%), “os meus superiores não me deixam falar ou expressar” (3,7%) e “controlam excessivamente o meu horário” (2,8%). Na dimensão DP as condutas sofridas com maior frequência, foram: “algumas vezes por semana” ou “todos os dias”, foram: “fazem circular rumores ou boatos falsos sobre a minha vida privada”, “criticam a minha vida privada” e “gozam e/ou criticam as minhas convicções políticas e/ou religiosas”, apresentando igual percentagem de 0,5%. Em relação à dimensão SDL as condutas mais sofridas “algumas vezes por semana” ou “todos os dias”, foram: “atribuem-me mais trabalho do que aquele que posso efetivamente realizar” e “sou forçado(a) a realizar tarefas que vão contra os meus princípios éticos”, todas com iguais valores percentuais (1,4%).

Todas as expressões supracitadas, de vivência de condutas de *mobbing*, demonstram estratégias utilizadas pelo agressor com o objetivo de desconsiderar, destabilizar a vítima a ponto de comprometer a comunicação, limitando ou negando o direito a fazer-se ouvir, assim como, desacreditar ou desprestigiar a vítima no seu local de trabalho. A vítima é desvalorizada através de críticas e/ou falsos rumores sobre a sua vida pessoal, da atribuição de tarefas abusivas ou difíceis de realizar, que agem contra os seus princípios éticos. As condutas de BCP, DP e SDL, representam agressões dissimuladas e que não deixam provas físicas, reforçando a ideia de que o *mobbing* se caracteriza por um conjunto de condutas de caráter psicológico, de difícil deteção, ao contrário de outros tipos de comportamentos de caráter mais físico.

O *mobbing* representa uma realidade presente nos profissionais de enfermagem, pois 5 em cada 100 enfermeiros inquiridos têm consciência que são vítimas de *mobbing* no seu local de trabalho. Contudo, mais de metade da amostra refere sofrer pelo menos uma conduta de agressão, não se assumindo como vítima. Dos enfermeiros que têm consciência de ser vítimas de *mobbing*, a maioria (2,3%) sofre de *mobbing* desde há 6 meses, todas as vítimas tiveram necessidade de denunciar/compartilhar a situação recorrendo a apoio de familiares e colegas (1,4%). O *mobbing* vivido pelos enfermeiros é principalmente do tipo descendente, pois a maior parte dos agressores é o “enfermeiro chefe ou superior hierárquico” (1,8%). As consequências na saúde física e psíquica da vítima têm um potencial efeito devastador, destacando-se os problemas “psíquicos, comportamentais, cardíacos e respiratórios”.

Resultados também apoiados pelas investigações de Gil-Monte (2014), Karanikoli *et al.* (2012), CITE (2013), Sloan *et al.* (2010), Cornoiu & Gyorgy (2013), Luongo *et al.* (2011), Cahú *et al.* (2011), Tekin & Bulut (2014), Carnero *et al.* (2012) e João (2011).

Das hipóteses testadas conclui-se que o *mobbing* é um fenómeno presente no local de trabalho independentemente do estado civil, anos de profissão, função que se exerce, vínculo profissional à instituição e horário de trabalho. Os resultados indicam que idade e as faltas frequentes estão relacionadas de forma significativa com o número de condutas de *mobbing*; as habilitações académicas estão relacionadas de forma significativa com o índice global de *mobbing*. Em relação às circunstâncias não profissionais que afetam a vida profissional, estas estão relacionadas de forma significativa com o número de condutas e com o índice global de *mobbing*, pois os valores apresentados são estatisticamente significativos.

Em relação às variáveis preditoras de *mobbing*, os resultados demonstram que a satisfação profissional e os superiores valorizam o desempenho relacionam-se inversamente com a presença de *mobbing*, ou seja, quanto maior a satisfação profissional e quanto mais os superiores hierárquicos valorizarem o desempenho profissional dos trabalhadores menor será a presença de *mobbing*. Assim, a satisfação profissional e os superiores valorizam o desempenho representam variáveis preditoras da presença de *mobbing* no local de trabalho. Resultados também suportados por outras investigações (López-Cabarcos *et al.*, 2010; Amazarray, 2010; Carvalho, 2010).

Por tudo o referido, torna-se prioritário a organização investir na prevenção, sendo que os enfermeiros inquiridos propõem algumas medidas para prevenção do *mobbing*, entre as quais: medidas organizacionais, pessoais e sociais. A nível organizacional é necessário uma comunicação eficaz; formação sobre a temática; gestão de conflitos; trabalho em equipa; chefias com capacidade de liderança, valores de justiça e imparcialidade; supervisão de chefias; apoio psicológico e recurso a mediadores; maior acompanhamento e vigilância dos profissionais, através de avaliação dos riscos psicossociais; facilitar a mobilização de elementos que sentem *mobbing* para outro serviço; existência de um contato telefónico para apoio às vítimas de *mobbing*; existência de um departamento jurídico para funcionários com equipa multidisciplinar; estratégias para melhorar as relações interpessoais no local de trabalho; responsabilizar e punir quem o pratica; realização de sessões de grupo para discussão; maior proteção do trabalhador; convívio entre os membros das equipas fora do local de trabalho. A nível pessoal foi referido que é necessário respeitar e saber ouvir; denunciar a autoridades competentes e bom relacionamento do indivíduo com a equipa multidisciplinar. Também foi mencionado que é necessário a sensibilização da sociedade em geral sobre a temática do *mobbing*. Estas medidas propostas pelos enfermeiros inquiridos são similares a outros estudos mencionados anteriormente.

A defesa da dignidade humana exige a erradicação de toda e qualquer prática de *mobbing* nos locais de trabalho, as organizações, começando pelas chefias devem sinalizar a sua forma de atuação através da punição dos agressores e do apoio aos verdadeiramente agredidos. A sociedade deve enquadrar inequivocamente no seu normativo jurídico a punição do agressor, só dessa forma se podem garantir os direitos de plena cidadania aos trabalhadores que possuem no seu trabalho uma forma de satisfação profissional e de realização pessoal.

Assim, o presente estudo, apresenta uma análise do tema em investigação, expondo resultados de uma ampla pesquisa científica sobre o *mobbing*. Analisados os resultados deste estudo e retiradas as principais conclusões, impõe-se o dever moral e profissional de as partilhar com a restante comunidade científica.

## **5.2. Limitações e Sugestões para Futuras Linhas de Investigação**

Estudos desta índole apresentam sempre lacunas, pelo que a reflexão sobre o mesmo constitui uma mais-valia, permitindo melhorar futuras investigações que decidam abordar a mesma temática e ajudando-as a ir mais além. Nesta secção irão ser mencionadas algumas dificuldades ou limitações identificadas, e sugestões para futuras investigações.

Assim, uma das limitações constatadas neste estudo foi o fato de este apenas se restringir ao CHCB, EPE. Desta forma, sugere-se que no futuro possam ser realizados estudos mais abrangentes e até comparativos com outras organizações de saúde nacionais e Europeias, com amostras de maiores dimensões.

Outro aspeto a realçar foi em termos metodológicos a utilização do método de amostragem não probabilístico, apesar de ser fácil e rápido, os resultados apenas dizem respeito à amostra utilizada, não podendo ser extrapolados com confiança para a restante população. Daí que seja necessária a confirmação destes resultados com amostras mais abrangentes e representativas.

A maior limitação do estudo foi o fator tempo, tratando-se de um trabalho de investigação necessitava-se mais tempo, um semestre representa um prazo muito curto para realizar um trabalho com uma componente teórica e com uma componente empírica. Especialmente a componente empírica que exigiu um conjunto de autorizações administrativas que consumiram um montante de tempo exagerado. Também se verificou uma enorme dificuldade na recolha da informação devido à enorme desmotivação dos profissionais de enfermagem para preencherem os questionários, o que condicionou o número de questionários recolhidos.

Como futuras linhas de investigação sugere-se que se investiguem os efeitos do *mobbing* no relacionamento das vítimas com os familiares e os amigos, bem como, as consequências financeiras e económicas do *mobbing* para as organizações.

Finalmente também seria pertinente analisar como as vítimas de *mobbing* conseguem gerir ou ultrapassar as situações de *mobbing* a que estão ou estiveram sujeitas. Assim poderiam compilar-se e sistematizar-se um conjunto de procedimentos e de conhecimentos que poderiam ajudar as vítimas.

## Bibliografia

Amazarray, R. M. (2010). *Violência psicológica e assédio moral no trabalho enquanto expressões de estratégias de gestão*. Tese de Doutoramento apresentada na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de psicologia, Rio Grande do Sul, Brasil.

Antep, Z.; Bektas, G.; Altin, U. & Irban, A. (2012). For strategic planning of healthcare management, the effect of mobbing on motivation of healthcare providers. In 8th International strategic management conference. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 58, 606-613.

Akar, N. Y.; Anafarta, N. & Sarvan, F. (2011). Causes, Dimensions and Organizational Consequences of Mobbing: An Empirical Study. *Ege Academic Review*, 11(1), 1467-1479.

Barros, R. L. S. (2013). *Assédio moral no local de trabalho*. Dissertação de Mestrado apresentada na Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.

Cahú, G. P. R.; Rosenstock, K. I. V.; Costa, S. F. G.; Leite, A. I. T.; Costa, I. C. P. & Claudino, H. G. (2011). Produção científica em periódicos online acerca da prática do assédio moral: uma revisão integrativa. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 32(8), 611-609.

Canedo, A. L. M. M. C. (2012). *Assédio discriminatório e assédio moral simples: um contributo para a análise do conceito de assédio moral no código de trabalho*. Dissertação de mestrado apresentada na Universidade do Minho, Bragança.

Carnero, M. A.; Martínez, B. & Sánchez-Mangas, R. (2012). Mobbing and workers' health: empirical analysis for Spain. *International Journal of Manpower*, 33(3), 322-339.

Carvalho, G. (2007). *Mobbing nos enfermeiros, estudo preliminar*. Instituto Superior de Línguas e Administração, Bragança.

Carvalho, G. (2010). Mobbing: assédio moral em contexto de enfermagem. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 21, 28-42.

Comissão para a Igualdade no Trabalho e no Emprego - CITE (2013). *Prevenção e combate de situações de assédio no local de trabalho: um instrumento de apoio à autorregulação*. Ministério da Economia e do Emprego, Lisboa.

Cornoiu, T. S. & Gyorgy, M. (2013). Mobbing in organizations, benefits of identifying the phenomenon. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 78, 708-712.

Cruz, S. C. (2012). *Relatório e Contas 2012*. Centro Hospitalar Cova da Beira, Covilhã.

Decreto-lei n.º 99/2003 de 27 de agosto. *Diário da República*, N.º 197 - I Série A. Assembleia da República.

Decreto-lei n.º 59/2008 de 11 de setembro. *Aprova o regime de contrato de trabalho em funções públicas*. Acedido a 20/11/2014; em: [http://www.dgap.gov.pt/upload/Legis/2008\\_l\\_59\\_11\\_09.pdf](http://www.dgap.gov.pt/upload/Legis/2008_l_59_11_09.pdf)

Decreto-lei n.º 7/2009, de 12 de fevereiro. *Diário da República*, N.º 30 - I Série. Assembleia da República.

Decreto-lei n.º 98/2009, de 4 de setembro. *Diário da República*, N.º 172 - 1.ª Série. Assembleia da República.

Decreto-lei n.º 102/2009 de 10 de setembro. *Diário da República*, N.º 176 - 1.ª Série. Assembleia da República.

Decreto-lei n.º 3/2014 de 28 de janeiro. *Diário da República*, N.º 19 - 1.ª Série. Assembleia da República.

Diário da República Eletrónico (sd.). *Declaração Universal dos Direitos do Homem*. Acedida a 12/7/2014; em: [http://portal.mj.gov.br/sedh/11cndh/site/pndh/sis\\_int/onu/convencoes/Declaracao%20Universal%20dos%20Direitos%20Humanos-%201948.pdf](http://portal.mj.gov.br/sedh/11cndh/site/pndh/sis_int/onu/convencoes/Declaracao%20Universal%20dos%20Direitos%20Humanos-%201948.pdf)

Diretiva 2000/43/CE, de 29 de junho de 2000. *Aplica o princípio da igualdade de tratamento entre as pessoas, sem distinção racial ou étnica*. Acedido em 20/11/2014; em: [http://direitoshumanos.gddc.pt/3\\_2/IIIPAG3\\_2\\_11.htm](http://direitoshumanos.gddc.pt/3_2/IIIPAG3_2_11.htm)

Diretiva 2000/78/CE, de 27 de novembro de 2000. *Jornal Oficial das Comunidades Europeias*. L 303, 16-22.

Diretiva 2002/73/CE de 23 de setembro de 2002. *Jornal Oficial das Comunidades Europeias*. L 269, 15-20.

Dray, G. (anotação) In Martinez, P. R.; Monteiro, L. M.; Vasconcelos, J.; Vilalonga, J. M.; Brito, P. M.; Dray, G. & Silva, L. G. (2009). *Código do Trabalho Anotado*, 8.ª ed., Almedina.

Efe, S. Y. & Ayaz, S. (2010). Mobbing against nurses in the workplace in Turkey. *International Nursing Review*. 57, 328-334.

Ege, H. (2000). Il terrore psicologico sul posto di lavoro e le sue conseguenze psicofisiche sull' individuo. *Leadership Medica*, Anno XIV, 3.

EFILWC - European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2007). *Fourth European Working Conditions Survey*. Acedido em: 21/01/2014, em: <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2006/98/en/2/ef0698en.pdf>

Einarsen, S.; Hoel, H. & Notelaers, G. (2009). Measuring exposure to bullying and harassment at work: Validity, factor structure and psychometric properties of the Negative Acts Questionnaire-Revised. *Work & Stress*, 23, 24-44.

Ertureten, A.; Cemalcilar, Z. & Aycan, Z. (2013). The relationship of downward mobbing with leadership style and organizational attitudes. *Journal of Business Ethics*, 116, 205-216.

Ertürk, A. & Cemaloğlu, N. (2014). Causes of *mobbing* behavior. In 5<sup>th</sup> World conference on educational Sciences - WCES 2013. *Procedia -Social and Behavioral Sciences*, 116, 3669-3678.

Eurofound - Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho (2010). *Quinto inquérito Europeu sobre condições de trabalho 2010*. Acedido a: 27/6/2014; em: [http://www.eurofound.europa.eu/surveys/smt/ewcs/ewcs2010\\_13\\_02\\_pt.htm](http://www.eurofound.europa.eu/surveys/smt/ewcs/ewcs2010_13_02_pt.htm)

Figueiredo-Ferraz, H.; Gil-Monte, P. R. & Oliveira-Faúndez, V. E. (2013). Influence of mobbing (workplace bullying) on depressive symptoms: a longitudinal study among employees working with people with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*.

Figueiredo-Ferraz, H.; Gil-Monte, P. R.; Grau-Alberola, E.; Liorca-Pellicer, M. & García-Juegas, J. A. (2012). Influence of Some Psychosocial Factors on Mobbing and its Consequences Among Employees Working with People with Intellectual Disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 25(5), 455-463.

Fontes, K. (2010). *Do invisível ao visível: assédio moral e o trabalho do enfermeiro*. Dissertação de mestrado apresentada na Universidade Estadual de Maringá, Maringá, Brasil.

Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidata: Loures.

Franco, M. J. (2001). *O processo de cooperação nas empresas portuguesas - formação, implementação e desenvolvimento*. Tese de Doutoramento em Gestão apresentada na Universidade da Beira Interior, Covilhã.

Franco, M. & Haase, H. (2010). Failure facts in small and médium-sized enterprises: qualitative study from an attributional perspective. *Int Entrep Manag Journal*, 6, 503-521.

Freixo, M. (2009). *Metodologia científica - fundamentos, métodos e técnicas*. Lisboa: Instituto Piaget, Epistemologia e Sociedade.

Frontzek, L. (2009). *Assédio Moral: Novos Rumos da Violência Psicológica no Trabalho*. Dissertação de Mestrado apresentada na Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, Brasil.

Gil, A. C. (2009). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 5.ª ed., São Paulo: Editora Atlas.

Gil-Monte, P. R. (2014). Assédio moral no trabalho. In: Gonçalves, S. P. *Psicossociologia do trabalho e das organizações, princípios e práticas*. Ed. Pactor: Lisboa, pp. 233-255.

Gibson, J. L.; Ivancevich, J. M.; Donnelly, J. H. & Konopaske, R. (2006). *Organizações, comportamento, estrutura e processos*. 12.ª ed., São Paulo: McGraw- Hill Interamericana do Brasil.

Guimarães, L. A. M. & Rimoli, A. O. (2006). Mobbing (assédio psicológico) no trabalho: uma síndrome psicossocial multidimensional. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 22(2), 183-192.

Hirigoyen, M. F. (2002). *Mal-estar no trabalho: redefinindo o assédio moral*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.

Jacoby, A. R.; Falcke, D.; Lahm, C. R. & Nunes, G. J. (2009). Assédio moral: uma guerra invisível no contexto empresarial. *Revista Mal-Estar Subjetividades*, 9(2), 619-45.

Jesuíno, J. C. (2005). *Processos de liderança*. 4.ª ed., Lisboa: Livros Horizonte, pp.163-171.

João, A. L. (2011). Mobbing: nos professores de enfermagem. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2).

João, A. L. (2012). *Relatório de mestrado em sociopsicologia da saúde*. Relatório de mestrado apresentado no Instituto Miguel Torga, Coimbra.

João, A. L. (2013). *Mobbing/agressão psicológica na profissão de enfermagem*. Loures: Lusociência.

Karanikoli, O.; Oroklu, M. & Lekkou, S. (2012). Mobbing at work places: A pilot study-challenge for social work. *Epitheorese Klinikes Farmakologias kai Farmakokinetikes*, 30(2), 115-124.

Kostev K.; Rex J.; Schröder-Bernhardi D.; Mergenthaler U. & Waehlert L. (2013). PMH2: Risk of psychiatric and neurological diseases in patients with workspace mobbing experience in Germany: a retrospective database analysis. *Value in Health*, 16, 323-636.

Leymann, H. (1996). The content and Development of mobbing at work. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5(2), 165-184.

- Loerbroks, A.; Weigl, M.; Li, J.; Glaser, J.; Degen, C. & Angerer, P. (2014). Workplace Bullying and Depressive Symptoms: a Prospective Study among Junior Physicians in Germany. *Journal of Psychosomatic Research*, 1-23.
- Loh, J.; Restubog, S. L. D. & Zagenczyk, T. J. (2010). Consequences of workplace bullying on employee identification and satisfaction among Australians and Singaporeans. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 41, 236-252.
- López-Cabarcos, M. A.; Vázquez-Rodríguez, P. & Montes-Piñeiro, C. (2010). Bullying at work: Psychological antecedents and consequences on job satisfaction. *Revista Latino-americana de Psicología*, 42(2), 214-224.
- Luongo, J.; Freitas, G. F. & Fernandes, M. F. P. (2011). Caracterização do assédio moral nas relações de trabalho: uma revisão da literatura. *Cultura de los Cuidados*, Ano XV, 30, 71-78.
- Martínez-Lugo, M. (2006). El acoso psicológico em el trabajo: La experiencia em Puerto Rico. *Aletheia*, 24, 21-33.
- Matthisen, G. E.; Einarsen, S. & Mykletun, R. (2011). The relationship between supervisor personality, supervisors perceived stress and workplace bullying. *Journal of Business Ethics*, 99, 637-651.
- Marconi, M. A. & Lakatos, E. A. (2010). *Metodologia do trabalho científico*. 7.<sup>a</sup> ed., São Paulo: Editora Atlas.
- Moura, A. P. M. & Saraiva, L. M. (2010). O mobbing nas organizações de trabalho. *Revista Electrónica de Investigación y Docencia*, 2 junio, 45-58.
- Marconi, M. A. & Lakatos, E. A. (2011). *Metodologia científica*. 5.<sup>a</sup> ed., São Paulo: Editora Atlas.
- Moroni, L. & Dabos, G. E. (2014). Comportamientos abusivos de baja intensidad en las organizaciones: una revisión de la literatura y de sus implicâncias. *Estudios Gerenciales*. 30, 384-396.
- Ordem dos enfermeiros (2014). *Ordem dos enfermeiros, dados estatísticos a 31-12-2013*. Departamento de informática, Ordem dos Enfermeiros.
- Pacheco, M. G. R. (2007). *O assédio moral no trabalho - o elo mais fraco*. Coimbra: Almedina.
- Pai, H-C. & Lee, S. (2010). Risk factors for workplace violence in clinical registered nurses in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 1405-1412.

Peña, R. (2010). *Cómo desenmascarar el mobbing en la administración y en la empresa*. Barcelona: Servidoc.

Pestana, M. H. & Gajeiro, J. N. (2008). *Análise de dados para as ciências sociais, a complementaridade do SPSS*. 5.ª ed., Lisboa: Edições Silabo.

Pereira, R. G. (2009). *Mobbing ou assédio moral no trabalho - contributo para a sua conceptualização*. Coimbra: Coimbra Editora.

Prodanov, C. C. & Freitas, E. C. (2013). *Metodologia do trabalho científico, métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho académico*. 2.ª ed. Rio Grande Sul: Feevale.

Queirós, P. (2005). *Burnout: no trabalho conjugal em enfermeiros portugueses*. Coimbra: Formasau.

Qureshi, I. M.; Iftikhar, M.; Janjua, S. Y.; Zaman, K.; Raja, U. M. & Javed, Y. (2013). Empirical investigation of mobbing, stress and employees' behavior at work place: quantitatively refining a qualitative model. *Qual Quant, Published Online*.

Qureshi, M. I.; Rasli, A. Md. & Zaman, K. (2014). A new trilogy to understand the relationship among organizational climate, workplace bullying and employee health. *Arab Economics and Business Journal*, 9, 133-146

Resolução sobre Assédio no Local de Trabalho n.º 2339/2001 (2001). *Projeto de relatório - sobre o assédio moral no trabalho (2339/2001 INI)*. Comissão do Emprego e dos Assuntos Sociais, Parlamento Europeu.

Riviera (2005). *Las claves del mobbing*. Madrid: Editorial EOS.

Rivera, G. J. L. & Abuín, R. M. J. (2005) *Cuestionario de estrategias de acoso en el trabajo el LIPT-60*. Madrid: Editorial EOS, Madrid, España.

Saam, N. J. (2010). Interventions in workplace bullying: A multilevel approach. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 19, 51-75.

Sahin, Z. A.; Ozdemir, E. K. & Kose, S. (2011). Exposing situations mobbing of the nurses in Turkey. *HealthMED*, 5(6), Suppl. 1, 2115-2120.

Salin, D. (2009). Organizational responses to workplace harassment: an exploratory study. *Personal Review*, 38, 26-44.

Saraiva, D. M. R. F. & Pinto, A. S. S; (2011). Mobbing em contexto de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série, 5, 83-93

Shallcross, L.; Ramsay, S. & Barker, M. (2013). Severe workplace conflict: the experience of mobbing. *International Association for Conflict Management and Wiley Periodicals*, 6(3), 191-203.

Simons, S.; Stark, R. & DeMarco, R. (2011). A new, four-item instrument to measure workplace bullying. *Research in Nursing & Health*, 34(2), 132e140.

Sloan, L. M.; Matyók, T.; Schmitz, C. L. & Short, G. F. L. (2010). A story to tell: bullying and mobbing in the workplace. *International Journal of Business and Social Science*, 1(3), 87-97.

Szigety, T. (2012). Early predictors of workplace mobbing. *Procedia -Social and Behavioral Sciences*, 33, 418-422.

Tekin, Y. E. & Bulut, H. (2014). Verbal, physical and sexual abuse status against operating room nurses in Turkey. *Sexuality and Disability*, 32, 85-97.

Topa, G. & Moriano, M. (2013). Stress and nurses horizontal mobbing: Moderating, effects of group identity and group support. *Nursing Outlook, ScienceDirect*, 61, 25-31.

Tuckey, M. R. & Neall, A. M. (2014). A methodological review of research on the antecedents and consequences of workplace harassment. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 87, 225-257.

Verdasca, A. T. M. (2010). *Assédio moral no trabalho, uma aplicação ao setor bancário português*. Tese de doutoramento apresentada no Instituto Superior de Economia e Gestão, Lisboa.

Yousef, H. R.; El-Houfey, A. A. & Elserogy, Y. M. (2013). Mobbing behaviors against demonstrators and assistant lecturers working at Assiut University. *Life Science Journal*, 10(3), 901-912.

Zabala, I. P. (2003). *Mobbing: como sobreviver ao acoso psicológico en el trabajo*. São Paulo: Edições Loyola.

Zapf, D. & Gross, C. (2001). Conflict escalation and coping with workplace bullying: A replication and extension. *European Journal of Work and Organization Psychology*, 10, 497-522.



# Anexos



## **Anexo I**

Número de Enfermeiros que Exercem Funções no CHCB, EPE



Nº Enfermeiros por serviço

Serviços	Nº
Conselho de Administração	1
Bloco Operatório	30
Central de Esterilização	5
Cirurgia Ambulatório	5
Cirurgia I	15
Cirurgia II	15
Comissão Controlo Infecção	1
Consulta Externa	11
Consulta Externa Ginecologia/Obstetrícia	4
Domiciliário/Consulta Externa/Hospital Dia	8 *
Especialidades Cirúrgicas	15
Especialidades Médicas	16
Gastroenterologia	13
Gastroenterologia (Exames Especiais)	4
Ginecologia/Obstetrícia	29
Hospital Dia	4
Imunohemoterapia	7
Medicina I	20
Medicina II	20
Medicina III	15 *
Medicina Paliativa	17 *
Neonatologia	13
Ortopedia	17
Pediatria	13
Psiquiatria	16
Rede Referência dos Cuidados Continuados	2
UCAD	12
UCI	19
Unidade de AVC	13
Urgência Geral	26
Urgência Pediátrica	10

\* Serviços Hospital do Fundão

dados referentes a 27 agosto 2014



## **Anexo II**

Questionário



## **“*Mobbing* nos enfermeiros em ambiente hospitalar”**

O mobbing no local de trabalho, também é designado por assédio moral ou psicológico. Constitui um grave risco psicossocial. A sua abordagem preventiva constitui não só uma obrigação moral mas também um imperativo legal estabelecido na Lei 3/2014 de 28 de Janeiro.

Este questionário *Avaliação de Condutas de Mobbing no local de trabalho* (EACM), pretende ser a base de um estudo conducente à elaboração da Dissertação de Mestrado que visa saber a sua opinião mobbing no local de trabalho.

O presente questionário visa ser preenchido por todos os Enfermeiros a exercerem funções no CHCB, EPE. Se não estiver seguro(a) sobre qual a resposta a dar a uma pergunta, escolha aquela que lhe parece mais apropriada. Este questionário é anónimo e toda a informação nele destina-se apenas para o estudo em questão, sendo garantida a confidencialidade em todo o processo.

Agradeço a sua colaboração.

Andrea Pinto



## QUESTIONÁRIO

1.1 **Idade:** \_\_\_\_\_ anos

1.2 **Sexo:**

Feminino

Masculino

1.3 **Estado civil:**

Casado

Solteiro

Viúvo

União de facto

Divorciado

1.4 **Existência de filhos:**

Sim

Não

1.5 **Serviço onde trabalha?** \_\_\_\_\_

1.6 **Vínculo profissional à instituição:**

Quadro

CIT com termo

CIT sem termo

Outro \_\_\_\_\_

1.7 **Turno em que geralmente trabalha?**

Por turnos

Fixo

1.8 – **Costuma faltar ao trabalho frequentemente?**

Sim

Não

1.9 – **Há quantos anos exerce a profissão de enfermeiro?** \_\_\_\_\_

1.10 – **Categoria profissional:**

Enfermeiro

Enfermeiro Graduado

Enfermeiro Especialista

Enfermeiro Chefe

1.11 **Habilitações académicas:**

Bacharelato

Mestrado

Licenciatura

Outro \_\_\_\_\_

Especialidade

1.12 **Considera que os seus superiores valorizam, o seu desempenho?**

Sim

Não

1.13 **Considera-se uma pessoa satisfeita com a sua profissão?**

Sim

Não

1.14 **Atualmente existe alguma circunstância não profissional que esteja a afetar a sua vida profissional?**

Sim

Não

1.14.1 – Se sim, especifique: \_\_\_\_\_

1.15- **Já alguma vez ouviu falar em *mobbing*/assédio moral?**

Sim

Não

**2. “Vai encontrar uma lista com diferentes situações ou condutas de *mobbing*, que poderá estar a sofrer no local principal de trabalho.** Cada item é apresentado numa escala tipo *lickert* com sete níveis de resposta que variam de 0 a 6. Sendo que 0 corresponde a nunca; 1, a “algumas vezes por ano”; 2, a “uma vez por mês”; 3, a “algumas vezes por mês”, 4, a “uma vez por semana”, 5, a “algumas vezes por semana”; e 6, a “todos os dias”.

	Nunca	Algumas vezes p/ ano	Uma vez p/ mês	Algumas vezes p/ mês	Uma vez p/ semana	Algumas vezes p/ semana	Todos os dias
1. Quando falo interrompem o meu discurso.							
2. Os meus superiores não me deixam falar ou expressar.							
3. Gritam ou repreendem-me em voz alta em frente dos meus colegas de trabalho.							
4. Gritam ou repreendem-me em voz alta quando nenhum dos meus colegas de trabalho está presente.							
5. Os meus colegas de trabalho não falam comigo, ou não me dirigem a palavra							
6. Os meus colegas excluem-me das suas conversas, fazem-me sentir à parte.							
7. Criticam a minha aparência e com o modo como me visto.							
8. Gozam com a minha forma de falar, de andar, com o meu modo de ser.							
9. Fazem circular rumores ou boatos falsos sobre a minha vida privada.							
10. Criticam o trabalho que realizo.							
11. Sou acusado de cometer erros sem efetivamente os cometer.							
12. Quando cometo um erro, ampliam-no ou aumentam-no no sentido de aumentar a sua gravidade.							
13. Falam mal de mim nas minhas costas.							
14. Distorcem de modo mal intencionado o que digo ou faço no meu trabalho.							
15. Criticam a minha vida privada.							
16. Ridicularizam ou riem da minha vida privada							
17. Gozam e /ou criticam as minhas convicções políticas e/ou religiosas.							
18. As tarefas ou trabalho que realizo são desvalorizados.							
19. Atribuem-me tarefas inferiores às minhas competências.							
20. Atribuem-me tarefas rudimentares e sem nenhum interesse para a organização.							
21. Sou forçado(a) a realizar tarefas que vão contra os meus princípios éticos.							
22. Humilham-me e desvalorizam o meu trabalho perante outros colegas.							
23. Olham-me com desprezo.							
24. No meu local de trabalho sou colocado num local isolado dos meus colegas.							
25. Não me atribuem trabalho ou atribuem-me poucas coisas para fazer.							
26. Não olham para mim, fingem que eu não existo no meu local de trabalho.							
27. Quando me dirijo ou chego a um local, os meus colegas de trabalho afastam-se.							

	Nunca	Algumas vezes p/ ano	Uma vez p/ mês	Algumas vezes p/ mês	Uma vez p/ semana	Algumas vezes p/	Todos os dias
28. Proíbem os meus colegas de trabalho de falar comigo.							
29. Não consigo falar com ninguém, todos me evitam.							
30. Insultam-me verbalmente, chamando-me nomes desagradáveis ou através do recurso a alcunhas.							
31. Recebo ameaças verbais no meu local de trabalho.							
32. Sou alvo de gestos e escritos intimidatórios no meu local de trabalho.							
33. Ameaçam agredir-me fisicamente no meu local de trabalho.							
34. Recebo ameaças por telefone ou por escrito fora do meu local de trabalho.							
35. Provocam-me no sentido de me obrigar a reagir emocionalmente.							
36. Sou alvo de ataques físicos leves, tais como empurrões, palmadas na cabeça, ou no ombro							
37. Sou alvo de insinuações ou gestos sexuais.							
38. Sou alvo de ataques de foro sexual directos.							
39. Atribuem-me tarefas que põem em perigo a minha integridade e saúde física.							
40. Sou alvo de ataques físicos directos extremamente violentos.							
41. Quando peço dispensa para frequentar um curso, formação, ou seminário, a mesma é-me vedada, ou são colocados obstáculos ao meu pedido.							
42. Avaliam o meu trabalho de um modo desigual em relação aos meus colegas.							
43. Escondem ou ocultam informações importantes na execução do meu trabalho.							
44. Atribuem-me tarefas superiores às minhas competências.							
45. Atribuem-me mais trabalho do que aquele que posso efectivamente realizar.							
46. Ocasionam-me gastos com a intenção de me prejudicar economicamente.							
47. Mudam as minhas responsabilidades ou tarefas a executar sem me dizerem nada.							
48. Atribuem-me prazos impossíveis para entrega de um trabalho.							
49. Quando tenho novas ideias ou iniciativas, as mesmas são desvalorizadas.							
50. Causam danos ou destroem os meus instrumentos de trabalho.							
51. Provocam danos nos meus bens pessoais ou na minha viatura							
52. Manipulam ou usam indevidamente os meus instrumentos de trabalho.							
53. Limitam o meu acesso ou privam-me de instrumentos de trabalho e documentos necessários ao desenvolvimento das minhas funções.							
54. Controlam excessivamente o meu horário.							
55. Tratam-me como se tivesse uma doença psiquiátrica ou dão a entender que sou doente psiquiátrico							

**3. Se tem consciência que poderá estar a ser VÍTIMA DE MOBBING, no seu local principal de trabalho? Se respondeu "Sim" continue o preenchimento do questionário. Caso contrário respondeu "Não" passe para a questão 5.**

Sim \_1

Não \_2

**3.1 Há quanto tempo, sente que está a ser vítima de *mobbing*, no seu local de trabalho?**

**3.2** Desde há 6 meses \_1 Desde há 1 ano \_2 Desde há 2 anos \_3 Desde há 3 anos \_4  
Desde há 4 anos \_5 Desde há 5 anos \_6 Há mais de 5 anos \_7

**Alguma vez compartilhou/denunciou este tipo de comportamentos a alguém?**

Sim \_1

Não \_2

**3.2.1 Se sim, a quem?**

Amigo/a \_1

Familiar \_2

Colega \_3

Chefe ou superior hierárquico \_4

Sindicato \_5

Psicólogo \_6

Outro \_7

**4. De quem partiu a agressão?**

Chefe ou superior hierárquico \_1

Colega de trabalho em igual posição hierárquica \_2

Vários colegas de trabalho em igual  
posição hierárquica \_3

Funcionário com posição hierárquica inferior \_4

Outro \_5

**4.1 Este tipo de agressão psicológica provocou-lhe algum problema de saúde?**

Sim \_1

Não \_2

**4.1.1 Se sim, qual?**

Insónias \_1

Melancolia \_2

Apatia \_3

Cefaleias \_4

Amnésia \_5

Tonturas \_6

Perda de equilíbrio \_7

Agressividade \_8

Sentimento de  
insegurança \_9

Pesadelos \_10

Irritabilidade \_11

Sentimentos de  
frustração, fracasso, e  
impotência \_12

Fadiga crónica \_13

Taquicardia/palpitações  
\_14

Falta de apetite \_15

Ideias suicidas \_16

Ansiedade \_17

Náusea/vómitos \_18

Dores musculares  
\_19

Sensação de falta de ar  
\_20

Medo acentuado e  
persistente \_21

Dificuldade  
concentração \_22

Outro \_23

**5. Quais as medidas que considera importantes para a prevenção do *mobbing*?**

---

## **Anexo III**

Autorização da Autora para Aplicação da EACM





Andrea Pinto

---

## Pedido de autorização para utilização do questionário mobbing

---

Ana Lúcia João <>  
Para: Andrea Pinto <>

4 de junho de 2014 23:41

Bom dia,

Eu, Ana Lúcia João concedo-lhe a autorização para a utilização da escala EACM, construída e validada por mim tendo por base os estudos realizados pelos autores Rivera e Piñuel, bem como a bibliografia existente.

Cumprimentos,  
Atenciosamente,  
Ana João



## **Anexo IV**

Autorização do Conselho de Administração e do Conselho de Ética do CHCB  
para Aplicação do Questionário



ENVIADO  
 Gabinete Investigação Inovação  
 09 SET. 2014

Centro Hospitalar Cova da Beira Presidente do Conselho de Administração Em 17/07/2014
Despacho:
Presidente do C.A. Prof. Doutor Miguel Castelo Branco
Vogal do C.A. Prof.ª Dra. Anabela Almeida
Vogal do C.A. Técnica Superior Erminda Sucepa
Directora Clínica Dra. Rosa Maria Ballesteros
Enfermeiro Director En.º António João Rodrigues

<b>Parecer:</b>	<b>Despacho:</b> <i>Resposta de CA</i> - Centro Hospitalar Cova da Beira Presidente do Conselho de Administração 20/07/2014 Prof. Doutor Miguel Castelo Branco
-----------------	---

**ASSUNTO:** Projecto de Investigação nº 56/2014 - "Mobbing / Assédio Psicológico nos enfermeiros em ambiente hospitalar"

**PARA:** Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração

N.º 54/GII

**DE:** Gabinete de Investigação e Inovação

Data 17/07/2014

Em relação ao assunto em epígrafe, junto envio o pedido de autorização de Andrea Silva Santos Pinto, aluna do Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde, para a realização de um estudo subordinado ao tema "Mobbing / Assédio Psicológico nos enfermeiros em ambiente hospitalar" a realizar em todos os serviços do CHCB, excepto Cirurgia Geral.

Envio ainda o parecer nº 31/2014, emitido pela Comissão de Ética.

Informo que se encontram reunidos todos os requisitos necessários de acordo com o Regulamento e Procedimentos do Centro de Investigação Clínica.

Com os melhores cumprimentos, *perceis*

O Gabinete de Investigação e Inovação

*Rosa Saraiva*  
 (Dr.ª Rosa Saraiva)



ENVIADO AO  
 Gabinete de Invest. e Inovação  
 23 OUT 2014

Centro Hospitalar Cova da Beira Resposta em reunião de C.A. ...
Despacho:
Presidente da C.A. Prof. Doutor Miguel Castelo Branco
Vogal do C.A. Prof.ª Dra. Anabela Almeida
Vogal do C.A. Técnica Superior, Cândida Gascoia
Directora Clínica Dra. Rosa Maria Ballesteros
Enfermeiro Director Enf.ª António João Rodrigues

Parecer:	Despacho:
----------	-----------

**ASSUNTO:** Projecto de Investigação nº 56/2014 - "Mobbing / Assédio Psicológico nos enfermeiros em ambiente hospitalar"


<b>PARA:</b> Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração <b>DE:</b> Gabinete de Investigação e Inovação	<b>N.º</b> 86/GII <b>Data</b> 17/10/2014
--	---

Junto envio o pedido de alargamento do estudo "Mobbing / Assédio Psicológico nos enfermeiros em ambiente hospitalar" ao Serviço de Cirurgia Geral, de Andrea Silva Santos Pinto aluna do Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde.

Informo que a realização do projeto de investigação já foi autorizada em 5 de Setembro de 2014, conforme documentos em anexo.

Com os melhores cumprimentos, *passoais*

O Gabinete de Investigação e Inovação

  
 (Dr.ª Rosa Saraiva)



# **Anexo V**

Regressão Linear Múltipla



## Regressões lineares Múltiplas entre as Variáveis Independentes e os Três Índices Globais de *Mobbing*

**Quadro 1.** Regressão linear múltipla entre o IGAP dos enfermeiros e as variáveis independentes

Variável dependente: IGAP					
R=0,398					
R <sup>2</sup> =0,158					
R <sup>2</sup> ajustado=0,143					
Erro padrão de estimativa=0,466					
Pesos de Regressão					
Variáveis Independentes	Coeficiente $\beta$	Coeficiente Padronizado	t	p	
(Constante)	0,406		3,392	0,001***	
Habilitações académicas Superiores Valorizam o Desempenho	0,062	0,083	1,326	0,186	
Satisfação Profissional	-0,250	-0,247	-3,622	0,000***	
Circunstâncias não Profissionais que Afetam a Vida	-0,160	-0,159	-2,330	0,021*	
	0,274	0,209	3,322	0,001***	
Análise de Variância					
Efeito	Soma Quadrados	GL	Média Quadrados	F	p
Regressão	8,698	4	2,174	10,027	0,000***
Resíduos	46,193	213	0,217		
Total	54,890	217			

p>0,05 ns; p<0,001\*\*\* diferença estatística altamente significativa

**Quadro 2.** Regressão linear múltipla entre o NEAP dos enfermeiros e as variáveis independentes

Variável dependente: NEAP					
R=0,442					
R <sup>2</sup> =0,195					
R <sup>2</sup> ajustado=0,184					
Erro padrão de estimativa=8,766					
Pesos de Regressão					
Variáveis Independentes	Coeficiente $\beta$	Coeficiente Padronizado	t	p	
(Constante)	15,414		15,191	0,000***	
Superiores Valorizam o Desempenho	-5,864	-0,300	-4,511	0,000***	
Satisfação Profissional	-3,043	-0,157	-2,362	0,019**	
Circunstâncias não Profissionais que Afetam a Vida	5,912	0,234	3,808	0,000***	
Análise de Variância					
Efeito	Soma Quadrados	GL	Média Quadrados	F	p
Regressão	3985,464	3	1328,488	17,288	0,000***
Resíduos	16444,962	214	76,846		
Total	20430,427	217			

p<0,01\*\* diferença estatística bastante significativa; p<0,001\*\*\* diferença estatística altamente significativa

**Quadro 3.** Regressão linear múltipla entre o IMAP dos enfermeiros e as variáveis independentes

Variável dependente: IMAP					
R=0,468					
R <sup>2</sup> =0,219					
R <sup>2</sup> ajustado=0,203					
Erro padrão de estimativa=0,54587					
Pesos de Regressão					
Variáveis Independentes	Coefficiente $\beta$	Coefficiente Padronizado	t	p	
(Constante)	1,890		17,144	0,000***	
Faixa Etária	-0,065	-0,111	-1,765	0,079*	
Faltas Frequentes	1,247	0,345	5,446	0,000***	
Superiores Valorizam o Desempenho	-0,175	-0,142	-2,078	0,039*	
Satisfação Profissional	-0,197	-0,161	-2,383	0,018**	
Análise de Variância					
Efeito	Soma Quadrados	GL	Média Quadrados	F	p
Regressão	16,712	4	4,178	14,021	0,000***
Resíduos	59,594	200	0,298		
Total	76,306	204			

p>0,05 ns; \*p<0,05 estatisticamente significativo; p<0.01\*\* diferença estatística bastante significativa; p<0,001\*\*\* diferença estatística altamente significativa