

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL - UFRGS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

FELIPE MASUTTI SCHMIDT

ASSÉDIO MORAL NO TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE UM HOSPITAL DE  
PRONTO SOCORRO

Porto Alegre

2013

FELIPE MASUTTI SCHMIDT

ASSÉDIO MORAL NO TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE UM HOSPITAL DE  
PRONTO SOCORRO

Trabalho de Conclusão apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito para obtenção do Título de Enfermeiro.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Daiana Dal Pai.

Porto Alegre

2013

## RESUMO

SCHMIDT, Felipe Masutti. **Assédio moral nos trabalhadores de um Hospital de Pronto Socorro**. 2013. 42 p. Trabalho de conclusão de curso (graduação) Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

Os trabalhadores da área da saúde estão sujeitos a uma série de violências laborais, dentre as quais destaca-se o assédio moral, que pode ser observado em forma de intimidação, ameaças ou abusos que podem provocar sérios problemas à saúde psíquica dos profissionais. Este estudo tem como objetivo verificar a associação entre o assédio moral no trabalho em pronto socorro e as características sócio-demográficas e laborais dos trabalhadores da equipe de saúde. Estudo do tipo quantitativo, com delineamento transversal. Partiu-se de dados já coletados na tese de doutorado “Violência no trabalho em pronto socorro e suas implicações para a saúde mental dos trabalhadores” (DAL PAI, 2011) para focalizar as especificidades do assédio moral. A seleção dos profissionais (n=269) foi realizada mediante sorteio aleatório estratificado. A pesquisa mencionada teve aprovação prévia do Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre/RS (nº 001.014667.11.8). Na amostra prevaleceram mulheres (58,4%), com idade média de 48,2 ( $\pm 7,3$ ) anos e experiência de 24,79 ( $\pm 7,8$ ) anos no setor de saúde. Auxiliares/técnicos de enfermagem representaram 45,4% da amostra, 33,5% eram médicos, 10% enfermeiros e 11,2% outros profissionais da equipe. O assédio moral foi referido por 25,7% dos participantes e prevaleceu no sexo feminino (p=0,003), entre técnicos/auxiliares de enfermagem (p=0,015) com menor escolaridade (p=0,004), com maior carga horária semanal de trabalho (p=0,003), que atendem crianças e adultos (p=0,015). Também se associaram ao assédio moral o reconhecimento pelo trabalho realizado (p=0,01), a pior avaliação dos relacionamentos no local de trabalho (p=0,026) e o maior número de dias ausentes no trabalho (p=0,047). Os principais agressores foram às chefias (47,8%), seguido pelos colegas (37,7%). A maioria relatou o ocorrido para um colega (68,1%), mas não fizeram esse relato formalmente. Não houve nenhuma consequência para os agressores em 76,5% dos casos e 59,4% dos profissionais assediados referiu permanecer super-alerta, vigilante ou tenso durante o trabalho. Devem ser tomadas

medidas de proteção aos profissionais para evitar a ocorrência do assédio moral, bem como proporcionar locais de discussão sobre o tema, propiciando aos profissionais envolvidos mecanismos de compreensão e resolução dos casos de assédio moral, bem como sobre possíveis danos à saúde do trabalhador.

**Descritores:** Dano moral, Violência, Enfermagem.

## Lista de Tabelas

Tabela 1 - Distribuição dos participantes do estudo.....17 segundo variáveis sociodemográficas.	17
Tabela 2 - Distribuição dos participantes do estudo.....18 segundo variáveis laborais	18
Tabela 3 - Distribuição das percepções dos trabalhadores.....20 quanto à forma como tem sido tratada a violência no local de trabalho	20
Tabela 4 - Distribuição dos trabalhadores segundo exposição.....21 ao assédio moral no trabalho.	21
Tabela 5 - Distribuição dos trabalhadores expostos ao assédio moral.....22 segundo características sociodemográficas e laborais	22
Tabela 6 - Distribuição dos trabalhadores expostos e não expostos.....23 ao assédio moral segundo características laborais	23
Tabela 7 - Característica do último episódio de agressão vivida.....25 pelos trabalhadores assediados	25
Tabela 8 - Problemas vivenciados pelas vítimas de assédio moral.....27	27

# SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	6
2 OBJETIVOS.....	9
2.1 Objetivo Geral.....	9
2.2 Objetivos Específicos.....	9
3 CONTEXTO TEÓRICO.....	10
4 MÉTODOS.....	14
4.1 Tipo de Estudo.....	14
4.2 Campo ou Contexto.....	14
4.3 População e Amostra.....	15
4.4 Coleta de Dados.....	15
4.5 Análise dos Dados.....	15
4.6 Aspectos Éticos.....	16
5 RESULTADOS.....	17
6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	29
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	35
REFÊRENCIAS.....	37
ANEXO A: TERMO DE CONCENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	40
ANEXO B: APROVAÇÃO COMPESQ/EENF.....	41
ANEXO C: APROVAÇÃO COMPESQ/EENF.....	42
ANEXO D: APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA.....	43

DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE

# 1 INTRODUÇÃO

O Assédio Moral (AM) pode ser considerado todo mal praticado de uma pessoa à outra ou a um grupo de pessoas por meio de intimidação, outras formas de ameaças e abusos à integridade moral do indivíduo. Segundo Dias (2002), o AM pode ser basicamente de três tipos: ascendente, quando o superior é agredido, horizontal quando ocorre no mesmo nível hierárquico e vertical, o mais comum, quando o superior agride um subordinado.

Sabe-se que isso ocorre na área da saúde em grande escala, mas ainda é um assunto tratado em silêncio, pois os profissionais não sabem como lidar com esse problema e têm medo de perder o emprego ou criar um clima ruim na equipe de trabalho. Essas questões parecem inibir os profissionais na hora de falar no assunto, o que contribui para o sofrimento do profissional assediado.

O AM, segundo Palacios, et al. (2008) é todo comportamento ofensivo e humilhante, repetido excessivamente, que busca desqualificar ou desmoralizar o profissional. Para os autores, são ataques cruéis, maliciosos e vingativos que buscam rebaixar o indivíduo ou o grupo de trabalhadores.

Meurer e Strey (2012, p.459) por sua vez, afirmam que “o AM é fator inato aos que o praticam e constitui um fator de risco ao desenvolvimento humano”. No campo da saúde ele pode ocorrer por meio de ameaças, delegação de tarefas não pertinentes à função do assediado ou insinuações maldosas que podem colocar em dúvida a conduta pessoal e expor a vida privada do subordinado.

Cezar e Marziale (2006) demonstraram em seu estudo que dentre 47 trabalhadores da equipe de saúde, 33% havia vivenciado situações de AM e 95,2% foi vítima de agressão verbal. Vale salientar que a agressão verbal quando repetida sistematicamente poderá tornar-se AM.

O AM vem se tornando um fenômeno mundial, sendo necessário intensificar as discussões sobre esse tema, a fim de implementar ações para combater esse mal crescente. Thofehn, et al. (2008) afirmam que é preciso resgatar um local de trabalho mais humanizado, respeitando a subjetividade de cada trabalhador.

No cotidiano dos serviços de saúde pode ser devastador a somatória das vivências de agressões ao sofrimento com a morte, o que aliado à falta de materiais

e reduzido número de profissionais, pode tornar ainda mais insalubre o dia-a-dia dos profissionais. Além disso, o campo é marcado por interações socioprofissionais permeadas por disputas de classe, principalmente no hospital, onde a hierarquia marca fortemente as relações laborais (DAL PAI, 2011).

O AM deve ser tratado como um problema real, crescente e de difícil solução. No Brasil o assunto está cada vez mais na pauta das discussões em saúde. Porém, ainda há um número restrito de estudos sobre o tema, principalmente com estudos quantitativos, para que seja possível mapear com clareza a ocorrência do assédio, quem assedia e quem são os assediados. É imperioso que aumentem o número de estudos, pesquisas e informações que norteiem os profissionais como detectar a violência moral, assim como verificar quais as consequências físicas e psicológicas que acometem estes profissionais.

Azevedo e Araújo (2012, p.2581) lembram que “a agressão psíquica no ambiente de trabalho, continuada e duradoura, leva o trabalhador de ambos os sexos a baixa da autoestima, preponderando estados depressivos e o surgimento de doenças somáticas da patogenia”. Segundo Freitas (2001), o AM pode ocorrer de forma indireta, sendo um ato perverso, muitas vezes sutil, que mina as defesas do assediado, tornando-se uma tortura psicológica prolongada e repetitiva, que acaba por destruir a autoestima do profissional.

No estudo de Dal Pai (2011) a violência no trabalho foi prevalente em 63,2% dos trabalhadores de um hospital público de pronto socorro, para uma amostra composta por 269 profissionais médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e outros profissionais da equipe de saúde. Essa pesquisa focalizou todos os tipos de violência ocorridas no período de maio à setembro de 2011, indicando a ocorrência de danos psíquicos associados a essas vivências. Na presente investigação, partiu-se dos dados da pesquisa mencionada para propor o estudo específico de um dos tipos de violência laboral, o AM.

Cabe salientar que o interesse em compreender o fenômeno AM, bem como tentar conhecer quem são os profissionais envolvidos nesses casos vem da minha vivência como técnico de enfermagem, há 8 anos. Neste tempo realizei atividades laborais em alguns hospitais, públicos e privados, onde presenciei e vivenciei algumas situações constrangedoras, de humilhações e sofrimento dos profissionais envolvidos. A motivação também foi impulsionada pela compreensão de que como futuro enfermeiro, integrante de equipe de saúde e líder da equipe de enfermagem



torna-se necessário conhecer e respeitar as características desses profissionais, para poder agir de forma eficiente, evitando sofrimentos aos trabalhadores.

Essas ponderações me instigaram a estudar mais sobre o tema, buscando verificar a associação entre o AM em trabalhadores de um pronto socorro e as características sociodemográficas e laborais desses trabalhadores.

## **2 OBJETIVOS DO ESTUDO**

A seguir são descritos os objetivos deste estudo

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Verificar a associação entre o assédio moral no trabalho em pronto socorro e as características sócio-demográficas e laborais dos trabalhadores da equipe de saúde.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Descrever as características sócio-demográficas e laborais dos trabalhadores participantes do estudo.

Identificar a ocorrência do assédio moral no trabalho em pronto socorro, principais vítimas, agressores e as reações dos envolvidos diante do evento.

### 3 CONTEXTO TEÓRICO

As relações de trabalho sofreram mudanças significativas nas últimas décadas. Com a revolução industrial, o trabalhador que era acostumado ao trabalho braçal, muitas vezes familiar, viu-se obrigado a procurar superespecializações, tornando, por vezes, sua atuação mecanizada. Se é verdade que muito se avançou com a criação de leis trabalhistas, com definição de direitos e carga horária máxima de trabalho, também é verdade que a quantidade de mão de obra disponível fez com que os salários tivessem um déficit, e que a competição entre os profissionais aumentasse.

Ao encontro disso, as empresas estimulam essa competição, tornando o ambiente de trabalho em um campo hostil. Segundo Heloani (2004) “os fins justificam os meios”, ou seja, qualquer atitude entre colegas ou chefias torna-se válida na busca por conseguir uma promoção ou poder dentro da empresa.

Ferreira (2009) considera que mesmo que as organizações condenem a violência moral, a imposição do cumprimento de metas pode levar a degradação das relações de trabalho, induzindo a situações de desrespeito, humilhações, disputas particulares e violências psicológicas, principalmente das chefias em relação aos subordinados. Já Heloani (2004) afirma que a intenção de prejudicar o outro é uma característica do AM.

Segundo Freitas (2001) o fenômeno não é novo, contudo a sua discussão e a sua denúncia, em particular no mundo organizacional, são sim, uma novidade. Já para Meurer e Strey (2012), o AM é um fenômeno antigo que se intensifica na atualidade devido as mudanças ocorridas na sociedade e no mundo do trabalho nos últimos anos.

Thofehrn, et al. (2008, p. 601) afirmam que “o AM consiste em qualquer conduta abusiva, por palavras, atos ou comportamentos, que possam danificar a integridade física ou psíquica do trabalhador”.

A submissão dos trabalhadores às práticas humilhantes e vexatórias que acontecem durante o horário de trabalho é característica do AM, mas que para caracterizar-se como tal, deve acontecer de forma frequente e prolongada, buscando exercer domínio sobre a vítima resultando em desestabilização psicológica e danos físicos (LUONGO; FREITAS; FERNANDES, 2011).

Meurer e Strey (2012 p.453) afirmam que “o AM não se refere apenas a uma conduta individual antissocial, mas está condicionado a condições individuais, grupais, organizacionais e sociais”.

Garbin e Fischer (2012, p. 422) em seu estudo avaliaram algumas matérias de jornais de grande circulação no estado de São Paulo e concluíram que “o AM leva a patamares mais amplos a discussão sobre a degradação e precarização do trabalho, denunciando os abusos e as formas de violências psicológicas exercidas cotidianamente”.

É importante deixar de apontar os indivíduos como culpados pela ocorrência do AM, mas sim analisar a cultura organizacional na qual ocorre (Souza et al., 2011). Vieira (2008), por sua vez, ressalta que enquanto muitos estudos detêm-se em elaborar o perfil das vítimas e dos agressores, sem considerar aspectos concretos da participação da organização do trabalho às condutas agressivas, haverá dificuldade para entender o AM em um campo mais amplo.

Palacios e Rego (2006) afirmam que o AM não tem nada a ver com uma administração rigorosa ou exigente, mas sim como uma forma perversa de administração e que incrivelmente continua sendo tolerada. O número cada vez maior de especializações e o medo do desemprego por si só não explicam a submissão da vítima. O assediador comete o ato do assédio sempre com intenção de cometê-lo, e usa de facetas perversas para induzir o assediado ao silêncio como recusar comunicação direta, desqualificar, isolar, desacreditar, constranger e forçar a cometer falta (FREITAS, 2001).

Luongo; Freitas e Fernandes (2011) citam algumas alternativas para as empresas coibirem a ocorrência do AM: treinar funcionários e chefias para lidarem com situações de assédio, evitar fofocas e rumores dentro da empresa, manter um código de ética e protocolos bem definidos, apoiar o funcionário assediado e proporcionar locais para denúncias, protegendo esse profissional de possíveis represálias.

Segundo Heloani (2004) deve-se mudar a filosofia de hipercompetição nos ambientes de trabalho, porque somente uma humanização nesses locais fará com que os casos de AM retrocedam.

Nos setores de saúde a ocorrência do AM vem aumentando significativamente nos últimos anos. Silva (2011) cita que de acordo com a Organização Internacional do Trabalho (OIT), é expressivo o número de

profissionais do setor de saúde atingidos por violência e por isso foram criadas diretrizes para combater o medo, a humilhação, as agressões e os suicídios nos locais de trabalho.

“O AM é real na saúde, mas ainda prevalece o desconhecimento, tanto acerca do fenômeno como da gravidade, dos danos à saúde dos trabalhadores e as consequências a curto, médio e longo prazo” (AZEVEDO; ARAÚJO, 2012, p. 2582).

Palacios e Rego (2006) citam que em um estudo multicêntrico, realizado em países de diferentes graus de desenvolvimento sócioeconômico, ficou evidenciado com certa surpresa que o tipo de violência com maior índice de ocorrência foi o AM realizado por profissionais contra profissionais, ou seja, entre colegas e por superiores contra seus subordinados.

Quanto às formas organizacionais, Souza et al. (2011) citam que são voltadas à “excelência, à lógica da competência e a aprendizagem e isso expõe grupos mais frágeis, aqueles que já estão sujeitos a discriminações, como jovens, velhos, mulheres e negros”. Segundo os autores os profissionais “muito competentes” também sofrem casos de AM, já que por não se sujeitarem a pressões, acabam por ser excluídos.

Nesse contexto destaca-se a posição das equipes de enfermagem, que compreendem profissionais que lidam diretamente com o paciente, 24 horas por dia, ficando muitas vezes expostos ao contato direto com familiares e profissionais de outras áreas, além de estarem, em alguns casos, atuando com sobrecarga, escassez de materiais e jornadas duplas.

Thofehrn, et al. (2008, p.599) afirmam que na enfermagem o assédio está diretamente ligado ao “distanciamento entre a organização do trabalho prescritivo e a organização do trabalho real, ou seja, entre o ideal e o possível”. Luongo; Freitas e Fernandes (2011) por sua vez, salientam que o AM esta presente na enfermagem porque o trabalho é tipicamente em equipe, o ambiente é estressante, profissionais atuam sempre juntos, existe hierarquia bem definida e muitas vezes, abuso de poder. As mesmas autoras afirmam que o AM pode levar o assediado a ter sentimentos confusos, como medo, vergonha, insegurança, impotência e depressão, o que pode acarretar sérios problemas a saúde do trabalhador, como baixa autoestima, distúrbios psicossomáticos, crises de estresses, insônia e angústia,

O AM é um problema “disseminado em todos os contextos da prestação de cuidados e que pode resultar num clima prejudicial ao bem-estar dos profissionais,

acarretar elevados custos para a organização e, inclusive, repercutir-se na qualidade dos cuidados” (SARAIVA; PINTO, 201, P.86).

Ultimamente estão aumentando o número de estudos em relação ao tema AM, principalmente realizados por enfermeiros, evidenciando a preocupação desses profissionais em compreender o assunto e conhecer o que isso pode acarretar na equipe de saúde (FONTES; PELLOSO; CARVALHO, 2011).

## **4 MÉTODOS**

A seguir são apresentados os materiais e métodos utilizados na investigação, bem como os aspectos éticos envolvidos.

### **4.1 Tipo de Estudo**

O estudo é do tipo quantitativo, com delineamento transversal. Segundo Klein e Bloch (2006) o estudo transversal corresponde a uma estratégia de estudo que se caracteriza pela observação direta de um número planejado de indivíduos em uma única oportunidade.

A pesquisa foi realizada a partir de dados originados pela tese de doutorado: “Violência no trabalho em pronto socorro e suas implicações para a saúde mental dos trabalhadores” (DAL PAI, 2011). Contudo, a presente investigação focou especificamente um tipo de violência, o assédio moral.

### **4.2 Campo ou Contexto**

O Hospital de Pronto socorro de Porto Alegre foi escolhido para a tese de doutorado, por se tratar de um hospital referência nessa cidade e estado e por já existir estudo prévio demonstrando episódios de violência no setor de urgência e emergência neste local.

### **4.3 População e Amostra**

A amostra do estudo que originou os dados utilizados pela presente investigação é composta por 269 sujeitos, definida segundo cálculo amostral probabilístico sobre a população de 1.025 trabalhadores da equipe de saúde, considerando um nível de confiança de 95% e estimativa de erro de 5%. Para compor essa amostra, fez-se a seleção dos sujeitos mediante sorteio aleatório estratificado conforme as categorias profissionais: enfermeiros, médicos, técnicos/auxiliares de enfermagem e outros profissionais (assistente social, odontólogo, psicólogo, fisioterapeuta e técnico de radiologia).

### **4.4 Coleta de Dados**

Fez-se o levantamento dos dados a partir do banco de dados da tese anteriormente mencionada, a qual utilizou para a mensuração da violência o *Survey Questionnaire Workplace Violence in the Health Sector*, proposto pela Organização Mundial da Saúde, Organização Internacional do Trabalho e de Serviços Públicos e Conselho Internacional de Enfermagem, traduzido e adaptado para a língua portuguesa por Palacios (2002).

O banco de dados utilizado no presente estudo originou-se da pesquisa de Dal Pai (2011), a qual teve sua coleta de dados realizada nos meses de maio a setembro de 2011.

### **4.5 Análise dos Dados**

Os dados foram selecionados do banco de dados da pesquisa “Violência no trabalho em pronto socorro e suas implicações para a saúde mental dos trabalhadores” (DAL PAI, 2011). Após essa seleção, os dados foram submetidos à estatística descritiva e analítica com uso do software SPSS, versão 18.0.



Para a leitura dos resultados, as variáveis categóricas (qualitativas) foram descritas por meio de frequências absolutas e proporções, ao passo que as variáveis de natureza quantitativa (contínuas e escalares) foram descritas por meio de medidas de tendência central e dispersão: média, desvio padrão, mediana e quartis.

As análises de associação foram feitas com uso do teste qui-quadrado para diferença entre grupos. A diferença entre médias foi realizada por meio do teste t de student, se distribuição normal, ou Mann Witney, se distribuição assimétrica, com Nível de confiança de 95% e estimativa de erro de 5%.

#### **4.6 Aspectos Éticos**

Neste estudo foi respeitada a autenticidade das ideias, conceitos e definições dos autores e preservado os dados pessoais dos entrevistados. O preenchimento do termo de consentimento livre e esclarecido foi realizado por parte dos entrevistados e utilizado no projeto original (ANEXO A). O projeto de pesquisa que forneceu o Banco de Dados utilizado para esse trabalho foi certificado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS (ANEXO B), contudo, a presente pesquisa passou por nova certificação da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem (ANEXO C). O projeto original possui aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, sob o número 001.014667.11.8 (ANEXO D).

## 5 RESULTADOS

A seguir estão descritos os resultados encontrados pelo estudo.

Na Tabela 1 são apresentadas as características sociodemográficas dos participantes:

**Tabela 1** - Distribuição dos participantes do estudo, segundo variáveis sociodemográficas. Porto Alegre, 2011.

<b>Variáveis sociodemográficas</b>	<b>N=269</b>
<b>Sexo*</b>	
Masculino	112(41,6)
Feminino	157(58,4)
<b>Idade<sup>†</sup></b>	48,2(7,39)
<b>Cor da pele*</b>	
Branca	209(77,7)
Outra	60(22,3)
<b>Escolaridade (anos)<sup>§</sup></b>	17(14-21)
<b>Situação conjugal*</b>	
Solteiro, viúvo ou sem companheiro	97(36,1)
Casado ou com companheiro	172(63,9)
<b>Número de filhos<sup>†</sup></b>	2(1-2)
<b>Tabagista*</b>	
Sim	32(11,9)
Não	237(88,1)
<b>Horas de sono em 24 horas<sup>†</sup></b>	6,49(1,29)

Fonte: SCHMIDT, F.M. Coleta das informações em banco de dados. Porto Alegre, 2013.

Notas:\*n (%), <sup>†</sup>Média (± desvio padrão). <sup>§</sup>Mediana (intervalos interquartílicos)

Verifica-se na amostra uma prevalência do sexo feminino (58,4%), da cor branca (77,7%), com média de idade de 48,2 anos (±7,39), escolaridade média de 17 anos (14-21). A maioria encontra-se casada (63,9%), com 2 filhos (1-2). O tempo médio de sono diário foi de 6,49 horas (1,29) e 88,1% (237) afirmou não fumar.

Na Tabela 2 são apresentadas as características laborais dos participantes do estudo:

**Tabela 2:** Distribuição dos participantes do estudo segundo variáveis laborais. Porto Alegre, 2011.

<b>Variáveis laborais</b>	<b>n= 269</b>
<b>Setor de trabalho*</b>	
Poli, sala 6, sutura, otorrino, bucomaxilo	59 (21,9)
Unidade aberta (internação)	48 (17,8)
Unidade fechada (UTI, BC)	119(44,3)
Outro	43 (16,0)
<b>Anos de experiência na área da saúde<sup>†</sup></b>	24,79 ( $\pm$ 7,8)
<b>Função na instituição*</b>	
Enfermeiro(a)	27 (10)
Médico(a)	90 (33,4)
Técnico ou auxiliar de enfermagem	122 (45,4)
Outro profissional	30 (11,2)
<b>Cargo de chefia*</b>	
Sim	24 (8,9)
Não	245 (91,1)
<b>Carga horária semanal<sup>§</sup></b>	40 (30-40)
<b>Trabalha em outra instituição*</b>	
Sim	99 (36,8)
Não	170 (63,2)
<b>Turno de trabalho*</b>	
Manhã	24 (8,9)
Tarde	23 (8,6)
Noite	75 (27,9)
Plantonista manhã e tarde	59 (21,9)
Outro	88 (32,7)
<b>Interage com paciente durante o trabalho*</b>	
Sim	260 (96,7)
Não	9 (3,3)
<b>Contato físico com paciente*</b>	
Sim	233 (86,6)
Não	36 (13,4)
<b>Tipo de paciente*</b>	
Criança e adolescente	12 (4,6)
Adulto	127 (47,7)
Ambos	127 (47,7)
<b>Quantidade de profissionais no turno de trabalho<sup>†</sup></b>	6 (4-8,5)
<b>Satisfeito com local de trabalho*</b>	
Sim	158 (59,2)
Não	109 (40,8)
<b>Reconhecimento pelo trabalho realizado*</b>	
Sim	151 (56,3)
Não	117 (43,5)

<b>Variáveis laborais</b>	<b>n=269</b>
<b>Avaliação dos relacionamentos no local de trabalho<sup>§</sup></b>	4 (4-4)
<b>Acidente de trabalho*</b>	
Sim	139 (51,7)
Não	130 (48,3)
<b>Acidente biológico*</b>	
Sim	85 (31,7)
Não	183 (68,3)
<b>Acidente mecânico*</b>	
Sim	35 (13,1)
Não	233 (86,9)
<b>Acidente de trajeto*</b>	
Sim	30 (11,2)
Não	238(88,8)
<b>Dias ausentes do trabalho no último ano<sup>§</sup></b>	1(1-7)

Fonte: SCHMIDT, F.M. Coleta das informações em banco de dados. Porto Alegre, 2013.

Notas:\*n (%), †Média ( $\pm$  desvio padrão). §Mediana (intervalos interquartílicos)

Os relacionamentos interpessoais no local de trabalho foram avaliados em uma escala de 1 a 5: (1) péssimos; (2) ruins; (3) regulares; (4) bons; (5) ótimos.

Quanto às variáveis laborais, a amostra foi composta por 122 (45,4%) técnicos/auxiliares de enfermagem, 90 (33,5%) médicos, 27 (10%) enfermeiros e 30 (11,2%) profissionais de outras categorias. O tempo de experiência na instituição distribuiu-se em torno de 24,79 ( $\pm$ 7,8) anos.

A maior parte dos profissionais (44,2%) trabalha em unidades fechadas, como bloco cirúrgico e unidade de terapia intensiva. A carga horária de trabalho distribuiu-se em torno de 40 horas (30-40) semanais;

No que tange o turno de trabalho, houve semelhança na distribuição dos turnos da noite (27,9%), plantonistas manhã/tarde (21,9%) e os que trabalham em outros horários (32,7%). Apenas 8,9% possui cargo de chefia e 36,8% trabalha em outra instituição. A maioria dos participantes (96,7%) interage com os pacientes e 86,6% tem contato físico com os mesmos, sendo que 47,7% dos profissionais atende apenas pacientes adultos e o mesmo número atende adultos e crianças.

O número de profissionais que compartilham o mesmo espaço e turno de trabalho gira em torno de 6 (4-8,5). Dentre os respondentes, 59,2% encontra-se satisfeito com seu local de trabalho e 56,3% sente-se reconhecido pelas atividades desenvolvidas, mas 51,7% sofreu algum tipo de acidente de trabalho, sendo que 31,7% sofreu acidente biológico,13,1% algum tipo de acidente ergonômico e 11,2%

acidente de trajeto. Quanto aos dias de ausência no trabalho, o grupo de participantes apresentou grande variabilidade (mínimo 0 e máximo 270 dias).

A Tabela 3 descreve a forma como a violência tem sido tratada no local do estudo.

**Tabela 3:** Distribuição das percepções dos trabalhadores quanto à forma como tem sido tratada a violência no local de trabalho. Porto Alegre, 2011.

<b>Tratamento dado à violência</b>	<b>n=269</b>
<b>Existem procedimentos para o relato da violência*</b>	
Sim	95 (35,4)
Não	173 (64,6)
<b>Existe estímulo para relato da violência*</b>	
Sim	48 (17,9)
Não	220 (82,1)
<b>Quem estimula*</b>	
Chefia	33 (12,4)
Colega	12 (4,5)
Outro	2 (0,7)
<b>Preocupação com a violência<sup>§</sup></b>	<b>3(2-5)</b>

Fonte: SCHMIDT, F.M. Coleta das informações em banco de dados. Porto Alegre, 2013.

Notas:\*n (%), †Média (± desvio padrão). §Mediana ( intervalos interquartilicos).

O item preocupação com a violência foi avaliado em uma escala de 1 a 5 pontos: (1) nada preocupado; (2) pouco preocupado; (3) moderadamente preocupado; (4) preocupado; (5) muito preocupado.

Vê-se que 64,6% afirmou não haver procedimentos para relato de violência sofrida, além de não existir estímulo para que tal violência seja relatada (82,1%). Dos 48 profissionais que afirmaram haver estímulo para relatar tal violência, 68,75% disseram que as chefias são quem estimulam esse relato.

A tabela a seguir mostra a ocorrência de assédio moral entre os participantes do estudo, a qual foi questionada pela definição do fenômeno na forma de comportamentos de intimidação, humilhação, desqualificação ou desmoralização persistente no local de trabalho.

**Tabela 4:** Distribuição dos trabalhadores segundo exposição ao assédio moral no trabalho.

<b>Intimidação/assédio moral</b>	<b>n=269</b>
Sim	69 (25,7%)
Não	200 (74,3%)

Fonte: SCHMIDT, F.M. Coleta das informações em banco de dados. Porto Alegre, 2013.

Conforme apresentado, nos 12 meses que antecederam o estudo, 69 trabalhadores (25,7%) foram vítimas do assédio moral no trabalho.

As Tabelas 5 e 6, respectivamente, apresentam a distribuição dos trabalhadores expostos e não expostos ao assédio moral, segundo características sociodemográficas e laborais.

**Tabela 5:** Distribuição dos trabalhadores expostos ao assédio moral segundo características sociodemográficas e laborais. Porto Alegre, 2011.

Variáveis sociodemográficas	Assedio Moral		p
	Sim (69)	Não (200)	
<b>Sexo*</b>			0,003 <sup>  </sup>
Masculino	18(26,1)	94(47)	
Feminino	51(73,9)	106(53)	
<b>Idade<sup>†</sup></b>	48,3(6,25)	48,2(7,76)	0,065 <sup>¶</sup>
<b>Cor da pele*</b>			0,226 <sup>  </sup>
Branca	50(72,5)	159(79,5)	
Outra	19(27,5)	41(20,5)	
<b>Escolaridade<sup>§</sup></b>	17(13-20)	18(14-22)	0,004 <sup>**</sup>
<b>Situação conjugal*</b>			0,772 <sup>  </sup>
Solteiro, viúvo ou sem companheiro	26(37,7)	71(35,5)	
Casado ou com companheiro	43(62,3)	129(64,5)	
<b>Número de filhos<sup>§</sup></b>	1(1-2)	2(1-2)	0,426 <sup>**</sup>
<b>Tabagista*</b>			0,829 <sup>  </sup>
Sim	9(13)	23(11,5)	
Não	60(87)	177(88,5)	
<b>Horas de sono em 24 horas<sup>†</sup></b>	6,32(1,36)	6,55(1,26)	0,750 <sup>¶</sup>

Fonte: SCHMIDT, F.M. Coleta das informações em banco de dados. Porto Alegre, 2013.

Notas: \*n (%), <sup>†</sup>Média ( $\pm$  desvio padrão). <sup>§</sup>Mediana (intervalos interquartílicos); <sup>||</sup>Qui-quadrado,

<sup>¶</sup>Teste t Student, <sup>\*\*</sup>Teste de Mann-Whitney.

Os trabalhadores do sexo feminino foram mais assediados moralmente no período do estudo (73,9%), com diferença estatística significativa ( $p=0,003$ ). A média

de idade foi de 48,3 anos, mas sem importância estatística na comparação entre os grupos. Não houve diferença significativa na distribuição dos participantes quanto à cor da pele, situação conjugal, número de filhos, hábito de fumar e número de horas de sono. Os profissionais com menor tempo de escolaridade estiveram estatisticamente mais expostos ao AM ( $p=0,004$ ).

**Tabela 6:** Distribuição dos trabalhadores expostos e não expostos ao assédio moral segundo características laborais. Porto Alegre, 2011.

Variáveis laborais	Assédio Moral		p
	Sim (69)	Não (200)	
<b>Setor de trabalho*</b>			0,335 <sup>  </sup>
Poli, sala 6, sutura, otorrino, bucomaxilo	18(26,1)	41(20,5)	
Unidade de internação	14(20,3)	34(17)	
Unidade fechada (UTI, BC)	24(34,8)	95(47,5)	
Outro	13(18,8)	30(15)	
<b>Anos de experiência na área da saúde<sup>§</sup></b>	25,5(7,00)	24,5(8,08)	0,157 <sup>  </sup>
<b>Função na instituição*</b>			0,015 <sup>  </sup>
Enfermeiro(a)	6(8,7)	21(10,5)	
Médico(a)	13(18,8)	77(38,5)	
Técnico ou auxiliar de enfermagem	41(59,4)	81(40,5)	
Outro profissional	9(13)	21(10,5)	
<b>Turno de trabalho*</b>			0,086 <sup>  </sup>
Manhã	7(10,1)	17(8,5)	
Tarde	3(4,3)	20(10)	
Noite	26(37,7)	49(24,5)	
Plantonista manhã e tarde	17(24,6)	42(21)	
Outro	16(23,2)	72(36)	
<b>Ocupa cargo de chefia*</b>			0,807 <sup>  </sup>
Sim	5(7,2)	19(9,5)	
Não	64(92,8)	181(90,5)	
<b>Carga horária semanal<sup>§</sup></b>	40(33,5-40)	37,5(30-40)	0,003 <sup>**</sup>
<b>Atua em outra instituição*</b>			0,082 <sup>  </sup>
Sim	19(27,5)	80(40)	
Não	50(72,5)	120(60)	
<b>Interação com pacientes durante o trabalho*</b>			0,455 <sup>  </sup>
Sim	68(98,6)	192(96)	
Não	1(1,4)	8(4)	
<b>Contato físico com paciente*</b>			0,418 <sup>  </sup>
Sim	62(89,9)	171(85,5)	



Não	7(10,1)	29(14,5)	
<b>Tipo de paciente*</b>			0,015 <sup>  </sup>
Criança e adolescente	0	12(6,1)	
Adulto	27(39,7)	100(50,5)	
Ambos	41(60,3)	86(43,4)	
<b>Número de profissionais presentes no local de trabalho por turno<sup>†</sup></b>	5(3-8)	6(4-9)	0,039 <sup>**</sup>
<b>Satisfeito com local de trabalho*</b>			0,320 <sup>  </sup>
Sim	37(53,6)	121(61,1)	
Não	32(46,4)	77(38,9)	
<b>Reconhecimento pelo trabalho realizado*</b>			<0,01 <sup>  </sup>
Sim	24(34,8)	127(63,8)	
Não	45(65,2)	72(36,2)	
<b>Avaliação dos relacionamentos no trabalho<sup>§</sup></b>		4(4-4)	0,026 <sup>**</sup>
<b>Sofreu acidente de trabalho*</b>			0,163 <sup>  </sup>
Sim	41(59,4)	98(49)	
Não	28(40,6)	102(51)	
<b>Dias ausentes do trabalho<sup>§</sup></b>	1(0-15)	0(0-5)	0,047 <sup>**</sup>

Fonte: SCHMIDT, F.M. Coleta das informações em banco de dados. Porto Alegre, 2013.

Notas: \*n (%), <sup>†</sup>Média (± desvio padrão). <sup>§</sup>Mediana (intervalos interquartilicos); <sup>||</sup> Qui-quadrado, <sup>¶</sup> Teste t Student, <sup>\*\*</sup> Teste de Mann-Whitney.

O item outro profissional refere-se a profissionais fisioterapeutas, assistentes sociais, odontólogos, psicólogos, entre outros. O item avaliação dos relacionamentos no local de trabalho foi avaliado em uma escala de 1 a 5: (1) péssimos; (2) ruins; (3) regulares; (4) bons; (5) ótimos.

O tempo médio de experiência na área da saúde foi maior entre os profissionais que sofreram assédio, porém, sem importância estatística ( $p > 0,05$ ).

A carga horária semanal dos profissionais expostos foi estatisticamente maior ( $p = 0,003$ ) no grupo que sofreu AM no último ano. Profissionais que trabalham em unidades abertas e com grande fluxo de pessoas (ex.: sala de sutura, otorrino, unidade de internação) foram mais expostos ao AM do que os que trabalham em unidades fechadas, porém sem diferenças significativas ( $p > 0,05$ ).

Os técnicos e auxiliares de enfermagem foram mais agredidos moralmente, com representatividade estatística ( $p = 0,015$ ). Os profissionais que atendem todos os tipos de pacientes estiveram mais suscetíveis ao AM ( $p = 0,015$ ). Conviver com

menor número de profissionais por turno significou maior exposição ao assédio moral ( $p=0,039$ ).

Dos profissionais vítimas de assédio, 65,2% não se sentem reconhecidos pelo trabalho realizado ( $p<0,01$ ) e tem pior relacionamento no local de trabalho, com significância estatística ( $p=0,026$ ). A média de dias ausentes no trabalho é sensivelmente maior nos profissionais vitimados pelo AM ( $p=0,047$ ).

Profissionais que não trabalham em outra instituição e que não possuem cargo de chefia foram mais expostos, bem como aqueles que interagem com os pacientes ou tem contato físico com os mesmos, porém sem diferença estatisticamente significativa ( $p>0,05$ ). Vítimas de AM são menos satisfeitos com o local de trabalho ( $p=0,320$ ) e estão mais expostos a acidentes de trabalho ( $p=0,163$ ), porém sem diferença estatística.

Na Tabela 7 são apresentados os dados referentes às características do último episódio de agressão vivida pelos trabalhadores assediados.

**Tabela 7:** Característica do último episódio de agressão vivida pelos trabalhadores assediados, Porto Alegre, 2011.

<b>Características do assédio</b>	<b>n=69</b>
<b>Quem foi o agressor*</b>	
Chefia ou supervisor	33 (47,8)
Colega de trabalho	26 (37,7)
Paciente	3 (4,3)
Familiar ou cuidador	3 (4,3)
Outro	4 (5,9)
<b>Considera uma situação típica no trabalho*</b>	
Sim	49 (72,1)
Não	19 (27,9)
<b>Onde aconteceu o assédio*</b>	
Dentro da instituição	67 (97,1)
Fora da instituição	2 (2,9)
<b>Como reagiu ao assédio*</b>	
Contou para um colega	47 (68,1)
Contou para amigos ou familiares	24 (34,8)
Relatou para um chefe	24 (34,8)
Tentou defender-se fisicamente	15 (21,7)
Tentou fingir que nada aconteceu	14 (20,3)
Buscou aconselhamento	14 (20,3)
Pedi ao agressor para parar	11 (15,9)
Registrou o evento	10 (14,5)
Buscou ajuda do sindicato/conselho/associação	9 (13)
Não teve reação	7 (10,1)
Pedi transferência	5 (7,2)
Registrou pedido de indenização/abriu processo	3 (4,3)
<b>Acha que o incidente poderia ter sido evitado*</b>	
Sim	63 (91,3)
Não	6 (8,7)
<b>Foi tomada alguma providência*</b>	
Sim	13 (18,8)
Não	56 (81,2)
<b>Quem tomou essa providência*</b>	
Chefia	6(46,15)
Colega	1(7,69)
Outro	4(30,76)
<b>Quais as consequências para o agressor*</b>	
Nenhuma	52 (76,5)
Advertência verbal	8 (11,8)
Processo ao agressor	1 (1,5)
Não sabe	5 (5,8)
Outro	3 (4,4)

---

**Qual o grau de satisfação em relação a como o\*  
Incidente foi tratado**

Totalmente insatisfeito	51(73,9)
Insatisfeito	4(5,7)
Pouco satisfeitos	7(10,1)
Satisfeitos	3(4,3)
Muito satisfeitos	2(2,8)

---

Fonte: SCHMIDT, F.M. Coleta das informações em banco de dados. Porto Alegre, 2013.

No que diz respeito às características do último episódio de AM, 47,8% afirmou que a agressão foi cometida pela chefia ou supervisão e 37,7% foi cometida pelos colegas, o que demonstra que 85,5% das agressões cometidas encontra-se nas relações interprofissionais.

Dos participantes assediados moralmente, 72,1% consideram uma situação típica no local de trabalho e 97,1% disse que o incidente ocorreu dentro da instituição. No que tange à reação do trabalhador assediado, 68,1% dos sujeitos contou para algum colega e 34,8% relatou para a chefia e, na mesma porcentagem, contou para familiares ou amigos. Apenas 14,5% registrou o evento e 4,3% pediu indenização ou abriu processo.

O incidente poderia ter sido evitado segundo 91,3% dos profissionais vítimas do AM e 81,2% afirmou não ter sido tomada qualquer tipo de providência. Quando questionados acerca das consequências para o agressor, 76,5% disse que os agressores não sofreram nenhuma sanção, apenas 1,5% abriu processo contra esse agressor e que nenhum profissional pediu transferência de setor ou fez registro na polícia. A maioria dos profissionais (73,9%) ficou totalmente insatisfeito com a forma como os casos de AM foram tratados.

Na tabela 8 serão apresentados os dados referentes aos problemas vivenciados pelos profissionais após o AM.

**Tabela 8:** Problemas vivenciados pelas vítimas de AM, Porto Alegre, 2011.

<b>Problemas decorrentes da agressão</b>	<b>n=69</b>
<b>Memórias, pensamentos ou imagens da agressão* repetidas e perturbadoras</b>	
Nunca	11(15,9)
Um pouco	17(24,6)
Moderadamente	9 (13)
Bastante	21(30,6)
Extremamente	11(15,9)
<b>Evitar pensar ou falar sobre a agressão ou evitar* sentimentos relacionados à mesma</b>	
Nunca	23(33,3)
Um pouco	9(13)
Moderadamente	11(15,9)
Bastante	13(18,8)
Extremamente	13(18,8)
<b>Permanecer “super-alerta”, vigilante, de sobreaviso* ou constantemente tenso</b>	
Nunca	5(7,3)
Um pouco	9(13)
Moderadamente	14(20,3)
Bastante	23(33,3)
Extremamente	18(26,1)
<b>Sentimento de que suas atividades passaram* a ser mais penosas</b>	
Nunca	26(37,7)
Um pouco	7(10,1)
Moderadamente	7(10,1)
Bastante	13(18,9)
Extremamente	16(23,2)

Fonte: SCHMIDT, F.M. Coleta das informações em banco de dados. Porto Alegre, 2013. Notas:\*n (%).

No que diz respeito ao quanto os episódios de AM incomodaram as vítimas, 46,3% referiu pensar de alguma forma no acontecido com grande frequência. 37,6% tentam não falar sobre a agressão ou sentimentos relacionados. Já 59,4% referiu permanecer frequentemente super-alerta, vigilante ou tenso e 42% acham que suas atividades ficaram mais penosas após as agressões.

## 6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A ocorrência do AM no local do estudo (25,7%) se assemelhou aos resultados de outras pesquisas brasileiras que enfocaram trabalhadores da área da saúde. Fontes e Carvalho (2012) verificaram a ocorrência desse tipo de violência em 29,65% dos pesquisados no estado do Paraná; Vasconcellos; Abreu e Maia (2012) em pesquisa com 30 trabalhadores de um Hospital Geral de Duque de Caxias encontraram uma ocorrência de 30,4%; Yildirim (2009), em um estudo no continente europeu com enfermeiras mulheres encontrou 21% de casos de assédio, enquanto Saraiva e Pinto (2011), em estudo português, encontrou 24,7% de vítima de algum tipo de violência moral.

Cezar e Marziale (2006) identificaram a ocorrência de 33,3% de casos de AM em trabalho realizado em Hospital de Londrina. Mesmo número encontrado por Leite (2012) em pesquisa realizada com profissionais de enfermagem de João Pessoa (PB). Barbosa et al. (2011), investigou 161 enfermeiras de 5 instituições do Paraná e verificou que 43,4% das profissionais participantes do estudo havia vivenciado em sua atividade laboral algum tipo de AM.

Com resultados menos expressivos, Xavier, et al. (2008), em estudo no setor saúde do Rio de Janeiro, em diferentes tipos de serviços, encontraram 17,1% de casos de AM. Sá (2007), em estudo com enfermeiros portugueses, encontrou uma ocorrência de 13% de relatos de AM, porcentagens bem inferiores aos outros estudos.

As diferenças encontradas podem estar relacionadas com as interações profissionais estabelecidas nos locais de trabalho, ou ainda, pelos métodos utilizados para mensurar o AM. Azevedo e Araújo (2012, p. 2582) afirmam que “sobre o AM ainda prevalece o desconhecimento, tanto acerca do fenômeno como da gravidade, dos danos à saúde dos trabalhadores e as consequências a curto, médio e longo prazo”.

O sexo feminino foi mais acometido pelo AM. Sá (2007) e Fontes e Carvalho (2012), também apresentaram maior prevalência de mulheres vítimas em seus estudos. A diferença entre a forma de reação das vítimas mulheres e homens, bem como a histórica e a ainda vigente desigualdade no tratamento dispensado às profissionais do sexo feminino, podem explicar a maior ocorrência em participantes

do sexo feminino. Por outro lado, Xavier et al. (2008) diagnosticou que os homens foram os que mais sofreram o AM e salienta que isso pode estar relacionado ao fato de prevalecer uma minoria de homens no setor saúde, principalmente na enfermagem, o que poderia deixá-los em situação mais desfavorável.

Nos profissionais vítimas de AM a média de idade foi de 48,3 ( $\pm 6,25$ ) anos, média essa que não encontra diferença significativa quando comparada ao grupo que não sofreu violência moral. Para corroborar, Barbosa et al. (2011) e Leite (2012) observaram a predominância da faixa etária de 40 à 57 anos e acima dos 40 anos, respectivamente, vitimados por casos de AM. Por outro lado, outros estudos apresentam médias de idade menores para os profissionais vitimados, como ocorreu nos resultados de Fontes e Carvalho (2012), Sá (2007), Saraiva e Pinto (2011) e Yildirim (2009). Cabe salientar que a diferença da média de idade encontrada nos estudos parece estar diretamente associada ao tipo de instituição onde foram realizadas as pesquisas, uma vez que Órgãos Públicos tendem a ter profissionais mais experientes que elevam a média de idade, diferentemente dos órgãos privados, que tendem a ter profissionais mais jovens, com menor tempo de experiência, justamente por servirem esses locais de início da vida profissional dos participantes (SARAIVA; PINTO, 2011).

Os trabalhadores assediados moralmente são na maior parte casados ou com companheiro (62,3%), porém sem importância estatística. Esses dados vem de encontro aos estudos de Fontes e Carvalho (2012), Barbosa et al. (2011), Vasconcellos; Abreu e Maia (2012), Saraiva e Pinto (2011) e Caran (2007), o que talvez se explique pela faixa etária mais elevada dos participantes, talvez levando essas pessoas a submeter-se a situações indesejáveis visando a garantia do emprego.

O tempo de estudo se apresentou menor dentre os assediados ( $p=0,004$ ). Essa média se aproximou de estudos que avaliaram profissionais de nível técnico e superior como os de Cezar e Marziale (2006) e Xavier et al. (2008) e afastou-se dos estudos que avaliaram apenas trabalhadores com nível superior, como os de Sá (2007), Fontes e Carvalho (2012) e Yildirim (2009).

O tempo de experiência na área da saúde foi maior no grupo de assediados, mas sem diferença estatística. As médias aproximaram-se do estudo dirigido por Barbosa et al. (2010). Já Fontes e Carvalho (2012), Yildirim (2009) e Sá (2007) encontraram profissionais com menor tempo de experiência. Contudo, nesses

estudos, não foi possível encontrar associação entre o tempo de profissão e a ocorrência de AM. Yildirim (2009) afirma, porém, que quanto mais jovens são os profissionais, maior a ocorrência de casos de violência. Barbosa et al. (2011) salienta que os profissionais com menor tempo de graduação estão mais suscetíveis a serem violentados.

No que tange à função na instituição, cabe destacar a identificação dos técnicos/auxiliares de enfermagem como principais vítimas do AM. Leite (2012) corrobora com esses valores, ao passo que Cezar e Marziale (2006) não demonstrou comparação estatística, mas afirmou que 57,1% das enfermeiras e 37,5% dos técnicos avaliados foi vítima de AM. Cabe salientar que Fontes e Carvalho (2012), Barbosa et al. (2011), Sá (2007), Yildirim (2009) e Saraiva e Pinto (2011) realizaram seus trabalhos entrevistando apenas enfermeiras, o que demonstra uma preocupação dos autores com a participação desses profissionais nos casos de AM, como vítima, como agressor ou como elo entre a equipe de enfermagem e os demais profissionais, devendo ele visualizar a ocorrência e dar um encaminhamento satisfatório aos casos detectados.

No presente estudo visualizamos uma incidência significativa de vítimas na classe médica (18,8%), fato não muito comum, mas que encontra semelhança no estudo de Xavier et al. (2008), que afirma grande presença de médicos jovens no local do estudo, o que mais uma vez remete à inexperiência a uma maior ocorrência de agressões morais.

O turno de trabalho no qual estiveram mais distribuídas às vítimas foi o noturno (37,7%). Cabe salientar que a média de trabalhadores que atuam em regime de plantão também foi significativo (24,6%), o que difere bastante em outros estudos. Fontes e Carvalho (2012) referem que os trabalhadores do diurno foram mais assediados. Nos outros estudos o AM não foi avaliado segundo o turno de trabalho. Sá (2007) e Saraiva e Pinto (2011) afirmam que os profissionais que atuam em horário fixo são significativamente mais assediados. O fato de os trabalhadores manterem um vínculo de trabalho, atuando sempre com os mesmos colegas e chefias, parece ser importante na ocorrência do AM, o que remete ao questionamento acerca do vínculo que deveria servir para unir a equipe e fazer com que ela trabalhe em harmonia. No entanto, parece que quanto menos o profissional tem vínculo com o colega, menos ele envolve-se em situações de conflito com esta equipe.



A carga horária semanal de trabalho foi significativamente maior nos trabalhadores vitimados pelo AM. Yildirim (2009) confirma esses dados em seu estudo. Quanto a trabalhar em mais de um local, a maioria dos assediados realizam suas atividades laborais apenas no local do estudo. Outros estudos corroboram com esses números, como nos trabalhos de Fontes e Carvalho (2012) e Barbosa et al. (2011).

O tipo de paciente atendido pelos profissionais vítimas de AM no local do estudo foi predominantemente adultos e crianças (60,3%), sendo estatisticamente maior do que entre os que não sofreram o assédio (43,4%). Nos outros estudos não houve referência ao tipo de paciente atendido.

Entre os assediados, o número de profissionais presentes no local de trabalho por turno foi estatisticamente menor do que os que não sofreram AM. Sobre esse resultado, pode-se pensar que os atos de AM são muitas vezes sutis, os quais são realizados de forma velada e sistêmica, podendo ser mais fácil ao assediador efetivar as agressões nesses locais, com menos testemunhas.

Quanto à satisfação com o local de trabalho, não houve diferença entre o grupo dos assediados e dos que não foram assediados. Sá (2007), afirma que 36% dos profissionais participantes do seu estudo e que foram vítimas de AM desejam deixar o emprego.

Dos profissionais assediados, apenas 34,8% sente-se reconhecido pelo trabalho realizado, enquanto dos que não foram vitimados 63,8% se dizem reconhecidos pelo trabalho realizado, distribuição com diferença estatística. Isso evidencia a face devastadora dos atos de AM nos profissionais, fazendo com que a atividade laboral torne-se desgastante, sofrível, fazendo com que a desmotivação seja constante no seu trabalho. Importante pensar que o profissional desmotivado pelo trabalho não reconhecido tende a fazer suas atividades com menos atenção e cuidado, o que no âmbito hospitalar pode ser muito perigoso tanto para o paciente quanto para o próprio trabalhador.

Os principais perpetradores do AM foram às chefias ou supervisores (47,8%), seguido pelos colegas (37,7%). Outros autores também sinalizam que os casos de AM partem principalmente das chefias e dos colegas. Xavier et al. (2008), Barbosa et al. (2011), Vasconcellos; Abreu e Maia (2009) e Yildirim (2009) confirmam esses dados em seus estudos. Leite (2012), por sua vez, afirma que quem mais comete o

AM são as enfermeiras, as quais acabam por caracterizar-se como “chefes” da equipe.

Podemos verificar que as chefias, os colegas e as enfermeiras estão entre os profissionais que mais perpetuam casos de AM. Palacios e Rego (2006) citam em seu estudo com certa surpresa, que os colegas e as chefias são quem mais cometem atos de AM. Isso a médio e longo prazo causa um ambiente de trabalho maléfico e estressante. Em um local onde se espera encontrar equipes coesas e unidas, trabalhando em prol do paciente, mantendo um relacionamento salutar, por vezes, encontramos um ambiente hostil, degradante física e psicologicamente.

O AM é uma situação típica no local de trabalho para 72,1% dos respondentes. Caran (2007) e Saraiva e Pinto (2011) encontram dados semelhantes nas suas pesquisas. Isso mostra o quanto os casos de AM são comuns nos locais de trabalho e o quanto os profissionais estão acostumados a presenciar essas ocorrências sem isso causar nenhum tipo de estranheza nestes profissionais.

Ao analisarmos como os casos de AM são conduzidos, inferimos que os profissionais acabam por deixar as queixas na informalidade. Quando os casos são levados às chefias, essas também parecem minimizar a ocorrência, fazendo com que o agredido perca a vontade e a coragem de levar isso para esferas superiores. Outro fator significativo é o medo que esse profissional pode ter da punição e perseguição caso leve adiante seu relato de AM.

A principal reação dos profissionais assediados foi contar para um colega (68,1%), contar para a chefia (34,8%) e contar para familiares ou amigos (34,8%). Já 81,2% dos profissionais que relatou o assédio sofrido afirmou que não foi tomada nenhuma providencia e 76,5% que os agressores não sofreram nenhuma punição. Cabe salientar aqui que apenas 1,5% abriu um processo contra esse agressor. Xavier et al. (2008) em seu estudo encontraram números muito semelhantes e afirmam que a maioria dos profissionais que sofreu o AM ficou muito insatisfeito com a forma como os casos foram tratados. Os dados mostram que os profissionais que sofreram AM sentem necessidade de falar para alguém sobre o ocorrido, mas não registram esses casos de maneira formal. Mais uma vez supõe-se que o medo do profissional de sofrer represálias e o descrédito sobre a atitude tomada com aqueles que cometeram o AM.

Quanto aos sentimentos vivenciados pelas vítimas de AM, 46,3% referiu pensar de alguma forma no acontecido com grande frequência. 37,6% tentam não

falar sobre a agressão ou sentimentos relacionados. Já 59,4% referiu permanecer frequentemente super-alerta, vigilante ou tenso e 42% acham que suas atividades ficaram mais penosas após as agressões. Palácios afirma que permanecer super-vigilante foi o sentimento mais citado em seu estudo. Cezar e Marziale (2006) salientam que as vítimas de assédio experimentam sensações de raiva, irritação, medo, perda da auto-estima e episódios de depressão. Na mesma direção, Azevedo e Araújo (2012) citam os mesmos problemas e ainda referem apatia, problemas de concentração e sonhos com o local de trabalho. Além disso, relacionam a vivência do AM a distúrbios físicos como hipertensão arterial, enxaqueca, distúrbios digestivos, entre outros, com os casos de AM.

Fontes; Pelloso e Carvalho (2012) referem que além dos sofrimentos psicológicos, como depressão, medo, ansiedade, solidão, ansiedade, estresse e recordações frequentes das situações de violência, existem questões institucionais envolvidas. Os casos de AM causam prejuízos econômicos às empresas, pois aumentam o índice de absenteísmo, licenças médicas e até mesmo acidentes de trabalho, fato citado também por Luongo; Freitas e Fernandes (2011). Souza et al. (2011), corroboram afirmando que o assédio está relacionado a dois componentes, que são o abuso de poder, que pode ser estratégico ou institucional, sendo utilizado pela organização para forçar o trabalhador a se demitir; ou perverso, quando a intenção do assediador é eliminar a vítima ou valorizar seu próprio poder.

Os profissionais agredidos permanecem alertas e supervigilantes, além de apresentarem quadros de medo, depressão, perda de auto-estima e problemas de concentração. Mas não são apenas os sofrimentos psíquicos que afloram nesses profissionais. A vítima do AM pode apresentar quadros de problemas físicos, como cefaleias, enxaquecas, distúrbios digestivos, entre outros. Institucionalmente, o AM também é muito danoso, pois aumenta o absenteísmo, licenças médicas, pedidos de demissões e gastos em processos. Fica evidente que o AM causa severos danos nas relações interpessoais no ambiente de trabalho, fazendo com que muitas pessoas sofram e percam com sua ocorrência. (LUONGO; FREITAS; FERNANDES, 2011; AZEVEDO; ARAÚJO, 2012).

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo do presente trabalho foi verificar a associação entre o AM no trabalho em pronto socorro e as características sócio-demográficas e laborais dos trabalhadores da equipe de saúde.

Foi possível identificar nesse estudo alta ocorrência do AM, sendo as profissionais do sexo feminino mais expostas ao AM, bem como os profissionais com menor escolaridade. Os técnicos/auxiliares de enfermagem são os profissionais mais vitimados e quanto maior a carga horária maior a ocorrência de AM. Outros dados a serem destacados versam sobre os profissionais vitimados que não se sentem reconhecidos pelo trabalho que executam e quando agredidos contam para um colega ou amigo o que ocorreu, mas não tornam essas queixas formais.

Frente aos dados aqui apresentados é fundamental refletir acerca das repercussões que a ocorrência do AM pode acarretar nos profissionais vitimados. Nota-se que o assunto é falado e tratado muito veladamente e que as pessoas tem medo de relatar e levar a esferas superiores.

A literatura acerca do assunto ainda é escassa, principalmente quando se buscam pesquisas quantitativas para tentar compreender através de dados mensuráveis como o assédio ocorre, quem agride e quem é agredido, se existe alguma característica sociodemográfica ou laboral que incita o agressor e vulnerabiliza o agredido.

Frente ao exposto, não é possível dar um diagnóstico definitivo sobre esse problema. O que é notório é que o AM acontece e que os principais perpetradores são exatamente as pessoas que deveriam dar proteção e apoio aos profissionais (chefias e colegas).

Como profissionais da enfermagem devemos estar atentos à ocorrência de todos os tipos de violência, mas em especial ao AM, por ser ele muito danoso ao profissional, trazendo sofrimento, principalmente por ser praticado de forma sistemática e premeditada. Ao trabalhador deve ser disponibilizando locais de discussão e troca de experiências, bem como proporcionar maior compreensão sobre a identificação do AM, além de estabelecer escuta formal às ocorrências, proporcionando garantias laborais de proteção às vítimas..

Devem ser realizados novos estudos sobre o assunto, principalmente por enfermeiros, pois este profissional está diretamente relacionado aos casos de AM, tanto sendo vítima como sendo agressor. É imperioso também instigar reflexões às chefias e supervisores, para que não cometam essa agressão a seus funcionários, pois isso pode ser muito danoso ao profissional e a própria instituição.

Seria importante também a abertura de discussões nos espaços acadêmicos para que futuros enfermeiros tenham conhecimento para identificar e enfrentar de maneira satisfatória a ocorrência do AM.

## REFERÊNCIAS

- AZEVEDO, A.L.; ARAÚJO, S.T.C. A visibilidade do assédio moral no trabalho da enfermagem. **Revista Pesquisa: cuidado e fundamento**.V.4, n.3, p.2578-84,jul/set2012. Disponível em [www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/1427/389.pdf](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/1427/389.pdf) Acesso em 10 de novembro de 2012.
- BARBOSA, R. et al. Violência psicológica na prática profissional da enfermeira. **Revista Escola de Enfermagem USP**. Curitiba, Paraná, v. 45, n.1, p. 26-32, 2011. Disponível em [www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n1/04.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n1/04.pdf) Acesso em 02 de fevereiro de 2013.
- CARAN, V.C.S. **Riscos psicossociais e Assédio Moral no contexto da enfermagem**. 2007, 188p. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2007. Disponível em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-07012008-134033/pt-br.php> Acesso em 08 de janeiro de 2013.
- CARVALHO, G.D. Mobbing: Assédio Moral em contexto de Enfermagem – Estudo Preliminar. **Revista Investigação em Enfermagem**. p.43-55. (2007). Disponível em [www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080) Acesso em 10 de novembro de 2012.
- CEZAR, E.S; MARZIALE,M.H.P. Problemas de violência ocupacional em um serviço de urgência hospitalar da cidade de Londrina,Paraná, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.1,p.217-221, jan.2006. Disponível em [www.scielo.br/pdf/csp/v22n1/24.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n1/24.pdf) Acesso em 10 de novembro de 2012.
- DAL PAI, D. **Violência no trabalho em pronto socorro**: implicações para a saúde mental dos trabalhadores. 2011. 218p. Tese de Doutorado - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.
- DIAS, HHZR. **O “des”cuidado em saúde**: a violência visível e invisível no trabalho da enfermagem. 2002. 103p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002. Disponível em [www.abennacional.org.br/2SITE/Arquivos/N.034.pdf](http://www.abennacional.org.br/2SITE/Arquivos/N.034.pdf) Acesso em 17 de novembro de 2012.
- FERREIRA, J.B. **Perdi um jeito de sorrir que eu tinha: violência, assédio moral e servidão voluntária no trabalho** – Rio de Janeiro: 7 Letras, 2009. 115p.
- FONTES, K.B.; PELLOSO, S.M.; CARVALHO, M.D.B. Tendência dos estudos sobre assédio moral e trabalhadores de enfermagem. **Revista Gaúcha de enfermagem**. Porto Alegre, v. 32, n.4, p. 815-822, dez. 2011. Disponível em [www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n4/v32n4a24.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n4/v32n4a24.pdf) Acesso em 10 de novembro de 2012.

FONTES, K.B.; CARVALHO, M.D.B. Variáveis envolvidas na percepção no assédio moral no ambiente laboral da Enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. jul/ago. 2012. Disponível em [www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080) Acesso em 10 de novembro de 2012.

FREITAS, M.A. Assédio moral e assédio sexual: faces do poder perverso nas organizações. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v.41, n.2, p.8-19, abr/jun. 2001. Disponível em [www.scielo.br/pdf/rae/v41n2/v41n2a02.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rae/v41n2/v41n2a02.pdf) Acesso em 17 de novembro de 2012.

GARBIN, A.C.; FISCHER, F.M. Assédio Moral no trabalho e suas representações na mídia jornalística. **Revista de Saúde Pública**. v.46, n.3, p.417-24. 2012. Disponível em [www.scielosp.org/pdf/rsp/v46n3/3400.pdf](http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v46n3/3400.pdf) Acesso em 10 de novembro de 2012.

HELOANI, J.R.M. Assédio Moral – um ensaio sobre a expropriação da dignidade no trabalho. **RAEEletrônica** – Escola de Administração de Empresas da FGVSP, São Paulo, v.3, n.1, p.1-8, jan/jun. 2004. Disponível em [www.revistas.usp.br/cpst/article/download/25779/27512](http://www.revistas.usp.br/cpst/article/download/25779/27512) Acesso em 17 de novembro de 2012.

KLEIN, C.H., BLOCH, K.V. Estudos seccionais. In: MEDRONHO, et al. **Epidemiologia**, São Paulo: Atheneu, 2006.

LEITE, A.I.T. **Assédio moral no âmbito hospitalar**: estudo com profissionais de enfermagem. 2012, 104p. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2012. Disponível em [www.bdt.d.biblioteca.ufpb.br/tde\\_arquivos/18/TDE-2012-03-13T103538Z-1472/Publico/arquivototal.pdf](http://www.bdt.d.biblioteca.ufpb.br/tde_arquivos/18/TDE-2012-03-13T103538Z-1472/Publico/arquivototal.pdf) Acesso em 08 de janeiro de 2013.

LUONGO, J; FREITAS, G.F; FERNANDES, M.F.P. Caracterização do Assédio Moral nas relações de trabalho: uma revisão da literatura. **Revista Cultura De Los Cuidados**. Ano XV, n.30, 2º Cuatrimestre, 2011. Disponível em [www.dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3734709](http://www.dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3734709) Acesso em 17 de novembro de 2012.

MEURER, B.; STREY, M.N. Problematizando as práticas psicológicas no modo de compreender o fenômeno assédio moral. **Psicologia, ciência e profissão**, v.32, n.2, p. 452-471, 2012. Disponível em [www.scielo.br/pdf/pcp/v32n2/v32n2a13.pdf](http://www.scielo.br/pdf/pcp/v32n2/v32n2a13.pdf) Acesso em 10 de novembro de 2012.

PALACIOS, M. Relatório preliminar de pesquisa. Violência no trabalho do setor saúde. Universidade Federal do Rio de Janeiro; Internet, 2002. Disponível em: [http://assediomoral.org/IMG/pdf/pesquisa\\_sobre\\_Violencia\\_no\\_trabalho\\_Universidade\\_Federal\\_RJ.pdf](http://assediomoral.org/IMG/pdf/pesquisa_sobre_Violencia_no_trabalho_Universidade_Federal_RJ.pdf) Acesso em 10 de novembro de 2012.

PALACIOS, M.; REGO, S. Bullying: mais uma epidemia invisível? **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.30, n.1, jan/abr. 2006. Disponível em [www.scielo.br/pdf/rbem/v30n1/v30n1a01.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbem/v30n1/v30n1a01.pdf) Acesso em 10 de novembro de 2012. Acesso em 10 de novembro de 2012.

SÁ, L.O. O Impacto da Violência Psicológica no Trabalho (ASSÉDIO MORAL/MOBBING/BULLYING) na Saúde Mental dos Enfermeiros. **Escola Superior de Saúde do Vale do Ave**, 2007.

SARAIVA, D.M.R.F.; PINTO, A.S.S. Mobbing em contexto da enfermagem. **Revista de Enfermagem Referência** III Série, n.5, p.83-93, dez. 2011. Cova da Beira, Portugal. Disponível em [www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/ref/vserIIIIn5/serIIIIn5a09.pdf](http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/ref/vserIIIIn5/serIIIIn5a09.pdf) Acesso em 08 de janeiro de 2013.

SILVA, E.S. Psicopatologia da violência e suas expressões clínicas. In: **Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo**. São Paulo: Cortez, 2011.

SOUZA, M. et al. **Dimensões da violência**: conhecimento, subjetividade e sofrimento psíquico. São Paulo: casa do Psicólogo, 2011. 281p.

THOFEHRN, M.B. et al. Assédio moral no trabalho da enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v.13, n.4, p.597-601,out/dez. 2008. Disponível em <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewArticle/13122> Acesso em 10 de novembro de 2012.

VASCONCELLOS, I.R.R.; ABREU, A.M.M.; MAIA; E.L. Violência ocupacional sofrida pelos profissionais de enfermagem do serviço de pronto atendimento hospitalar. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, jun; v. 33 n.2:167-175, 2012. Disponível em [www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/19996/19508](http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/19996/19508) Acesso em 08 de janeiro de 2013.

VIEIRA, C.E.C. **Assédio: do Moral ao Psicossocial**. Curitiba: Juruá, 2008. 196p.

XAVIER, A. C. H, et al. Assédio moral no trabalho no setor de saúde do Rio de Janeiro: algumas características. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v.33, n.117, p.15-22, 2008. Disponível em [www.scielo.br/pdf/rbso/v33n117/a03v33n117.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbso/v33n117/a03v33n117.pdf) Acesso em 10 de novembro de 2012.

YILDIRIM, D. Bullying among nurses and its effects. **International Nursing Review**, n.56, p.504-511, 2009. Disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1466-7657.2009.00745.x/full> Acesso em 08 de janeiro de 2013.



## ANEXO A: TERMO DE CONCENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

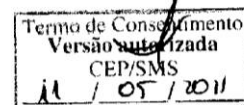
O(A) senhor(a) está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa intitulado **“Violência no Trabalho em Saúde: implicações para a saúde dos trabalhadores”**, cujo objetivo é “Analisar a violência presente no trabalho em saúde e as suas implicações para a saúde dos trabalhadores.” Você foi selecionado por meio de um sorteio aleatório simples para fazer parte da amostra de 297 trabalhadores do seu hospital que será convidada a participar dessa pesquisa. Você poderá contribuir com a mensuração e compreensão da violência no seu local de trabalho. A sua participação na pesquisa consta em responder a um questionário (protocolo de pesquisa) com perguntas sobre o seu trabalho e a ocorrência da violência. Se for necessário posteriormente você também poderá ser contatado para participar da segunda etapa do estudo, que consta de uma entrevista gravada em áudio, com perguntas abertas, que lhe permitirão discorrer sobre a mesma temática. Além desses, nenhum outro procedimento está envolvido à execução dessa pesquisa.

A sua participação não pressupõe recompensas financeiras ou privilégios relacionados ao seu setor de trabalho e, além disso, o (a) senhor (a) poderá encerrar a sua participação em qualquer fase do estudo, sem sofrer qualquer penalidade ou constrangimento como consequência desse ato. O tempo dispensado para o preenchimento do questionário (aproximadamente 30 minutos) será um inconveniente para a sua participação, não havendo nenhum outro risco relacionado. Todas as informações coletadas com a sua participação serão utilizadas somente para fins desta pesquisa e serão analisadas em conjunto, preservando o seu anonimato. A gravação da entrevista será destruída após sua transcrição, sendo o registro da transcrição de suas falas e o questionário guardadas por 5(cinco) anos, de acordo com a Lei dos Direitos Autorais 9610, de 1998. Decorrido esse período, esses materiais serão destruídos.

Somente a equipe de pesquisa, sob supervisão do pesquisador responsável, terá acesso aos dados da pesquisa. Os resultados obtidos neste estudo poderão ser publicados com finalidade científica, contudo, sempre será mantido o anonimato dos participantes. Você ainda poderá ter acesso aos resultados do estudo na defesa pública da tese de doutorado ao término da pesquisa ou pelo relatório da mesma, que ficará disponível ao público pelas bases de consulta bibliográfica *on-line* da CAPES, bem como em cópia física disponível na biblioteca da Escola de Enfermagem da UFRGS e na sua instituição hospitalar. A pesquisa ainda conta com apoio do Centro de Avaliação Psicológica, Seleção e Orientação Profissional do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (CAP-SOP/UFRGS), caso a sua participação venha a desencadear a necessidade de atendimento psicológico.

Em caso de qualquer outra dúvida, você poderá contatar com o professora Orientadora do projeto, Prof<sup>a</sup> Dra. Liana Lautert, responsável pelo estudo, pelo telefone (51) 3308-5171, ou com a doutoranda Enf. Me. Daiane Dal Pai pelo telefone (51) 8412.4620, e com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre pelo telefone (51) 32895517 ou 91441379.

Porto Alegre, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2011.



\_\_\_\_\_  
Assinatura do voluntário

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador responsável

Observação: o presente documento, baseado no item IV das Diretrizes e Normas Regulamentadoras para a Pesquisa em Saúde, do Conselho Nacional de Saúde (Resolução 196/96), será assinado em duas vias, de igual teor, ficando uma via em poder do participante e a outra com o (a) pesquisador (a) responsável.

## ANEXO B: APROVAÇÃO COMPESQ/EENF

COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

## DECLARAÇÃO

**Projeto:** PG DR. 05/2011  
**Versão** 06/2011

**Pesquisadores:** Daiane Dal Pai e Profa. Liana Lautert

**Título:** VIOLÊNCIA NO TRABALHO EM SAÚDE: implicações para a saúde dos trabalhadores.

A Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ), no uso de suas atribuições, declara que CERTIFICA o projeto em tela, já submetido e aprovado pelo Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem. Toda e qualquer alteração deverá ser comunicadas à Comissão.

Porto Alegre, 07 de junho de 2011.

\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Eliane Pinheiro de Moraes  
Coordenadora da COMPESQ/EENF

Eliane Pinheiro de Moraes  
Coordenadora Compesq  
EENF - UFRGS

## ANEXO C: APROVAÇÃO COMPESQ/EENF

24/06/13

Sistema Pesquisa - Pesquisador

**Pesquisador: Daiane Dal Pai****Dados do Projeto de Pesquisa****Projeto Nº:** 24206**Título:** ASSÉDIO MORAL NO TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE UM HOSPITAL DE PRONTO SOCORRO**Área do Conhecimento:** Enfermagem**Início:** 21/01/2013**Previsão de conclusão:** 05/07/2013**Situação:** projeto em andamento**Origem:** Escola de Enfermagem

Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica

Projeto da linha de pesquisa Gestão em Saúde e Enfermagem e Organização do Trabalho

**Objetivo:** Verificar a associação entre o assédio moral no trabalho em pronto socorro e as características sócio-demográficas e laborais dos trabalhadores**Palavras-Chave**

Condições De Trabalho

Saúde Do Trabalhador

**Equipe UFRGS****Nome:** Daiane Dal Pai**Participação:** Coordenador**Início:** 21/01/2013**Nome:** Felipe Masutti Schmidt**Participação:** Pesquisador**Início:** 21/01/2013**Anexos****Projeto Completo****Data de Envio:** 03/01/2013**Avaliações**

Comissão de Pesquisa de Enfermagem - Aprovado em 16/01/2013

ANEXO D: APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE.



**Prefeitura Municipal de Porto Alegre**  
**Secretaria Municipal de Saúde**  
**Comitê de Ética em Pesquisa**  
**PARECER CONSUBSTANCIADO**

**Pesquisador (a) Responsável:** Liana Lauter  
**Registro do CEP:** 629 Processo Nº. 001.014667.11.8  
**Instituição onde será desenvolvido:** Secretaria Municipal de Saúde - HPS  
**Utilização:** TCLE  
**Situação:** APROVADO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre analisou o processo N 001.014667.11.8, referente ao projeto de pesquisa: “**Violência no trabalho em saúde: implicações para a saúde dos trabalhadores**”, tendo como pesquisador responsável **Liana Lauter** cujo objetivo é “Avaliar a prevalência de sintomas depressivos em adultos que procuram atendimento psicoterápico. Específicos:• Avaliar a prevalência de sintomas depressivos em adultos que procuram atendimento psicoterápico com relação ao sexo; - Avaliar a prevalência de sintomas depressivos em adultos que procuram atendimento psicoterápico com relação à idade; - Avaliar a prevalência de sintomas depressivos em adultos que procuram atendimento psicoterápico com relação ao estado civil.”

Assim, o projeto preenche os requisitos fundamentais das resoluções. O Comitê de Ética em Pesquisa segue os preceitos das resoluções CNS 196/96, 251/97 e 292/99, sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde / Conselho Nacional de Ética em Pesquisa / Agência nacional de Vigilância Sanitária. Em conformidade com os requisitos éticos, classificamos o presente protocolo como **APROVADO**.

O Comitê de Ética em Pesquisa, solicita que :

1. Enviar primeiro relatório parcial em seis meses a contar desta data;
2. Informar imediatamente relatório sobre qualquer evento adverso ocorrido;
3. Comunicar qualquer alteração no projeto e no TCLE;
4. Entregar junto com o relatório, todos os TCLE assinados pelos sujeitos de pesquisas e a apresentação do trabalho.
5. Após o término desta pesquisa, o pesquisador responsável deverá apresentar os resultados junto à equipe da unidade a qual fez a coleta de dados e/ou entrevista, inclusive para o Conselho Local da Unidade de Saúde.

Porto Alegre, 11/05/2011

Elen Maria Borba  
 Coordenadora do CEP