



Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
Escola de Ciências Sociais e da Saúde
Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia

**Assédio Moral e Qualidade de Vida dos Trabalhadores da Saúde Mental
do Município de Goiânia**

Aline Cristiane Monteiro de Almeida

Orientador: Prof. Dr. Sebastião Benício da Costa Neto

Goiânia, 2021



Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
Escola de Ciências Sociais e da Saúde
Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia

**Assédio Moral e Qualidade de Vida dos Trabalhadores da Saúde Mental
do Município de Goiânia**

Aline Cristiane Monteiro de Almeida

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
Stricto Sensu em Psicologia da PUC Goiás como requisito
parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Sebastião Benício da Costa Neto

Goiânia, 2021

A447a Almeida, Aline Cristiane Monteiro de
Assédio moral e qualidade de vida dos trabalhadores
da saúde mental do município de Goiânia / Aline Cristiane
Monteiro de Almeida. – 2021.
163 f. : il.

Texto em português, com resumo em inglês
Dissertação (mestrado) -- Pontifícia Universidade
Católica de Goiás, Escola de Ciências Sociais e da
Saúde, Goiânia, 2021

Inclui referências: f. 127-139

1. Centro de Atenção Psicossocial. 2. Assédio moral.
3. Qualidade de vida no trabalho – Goiânia (GO). I. Costa
Neto, Sebastião Benício da. II. Pontifícia Universidade
Católica de Goiás – Programa de Pós-Graduação em Psicologia
- 2021. III. Título.

CDU: 613.86 (043)

FICHA DE AVALIAÇÃO

Almeida, A.C.M. de (2021). Assédio Moral com Qualidade de Vida dos Trabalhadores da Saúde Mental do Município de Goiânia

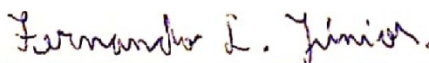
Orientador: Sebastião Benício da Costa Neto

Esta Dissertação foi submetida à banca examinadora:

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Sebastião Benício da Costa Neto
Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Presidente da banca



Prof. Dr. Fernando Lacerda Júnior
Universidade Federal de Goiás
Membro interno convidado externo



Prof. Dra. Roberta Maia Marcon
Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Membro convidado interno

Prof. Dr. Fábio Jesus Miranda
Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Membro Suplente

“Consagre ao Senhor tudo o que você faz,
e os seus planos serão bem-sucedidos”.

Provérbios 16:3

Agradecimentos

Agradeço ao meu orientador, Professor Doutor Sebastião da Costa Neto, pela disponibilidade, apoio e dedicação durante este processo.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUC Goiás que contribuíram para a minha formação e estruturação desta pesquisa.

Aos integrantes da Banca de Defesa, Dra. Roberta Maia Marcon, Dr. Fernando Lacerda Júnior e Dr. Fábio Jesus Miranda, pela disponibilidade, atenção e pelas contribuições.

À Martha Diniz, secretária do programa, pela disponibilidade e presteza diante dos requerimentos.

Aos colegas que conviveram comigo neste período, dividindo atividades, dúvidas, preocupações, angústias e alegrias. Em especial aqueles que estiveram mais próximos incentivando e apoiando, Wanderley de Paula Junior, Rita de Cássia Godoy e Isis Granja.

Aos CAPS do município de Goiânia, pela acolhida, disponibilidade e colaboração para realização desta pesquisa.

Aos amigos, irmãos companheiros que a ESEFFEGO me deu, Wanderley de Paula Junior, Thaís Cidália e Elza Uchoua, que nesta caminhada foram essenciais para que esse sonho se realizasse e, em especial, à Thaís Rolim, que foi colaboradora de forma direta para esta pesquisa.

Ao Eliezer de Melo Maciel, companheiro, apoiador, incentivador e financiador deste sonho.

Ao meu querido pai, Ismael Monteiro de Almeida, por estar sempre apoiando, incentivando e financiando os sonhos dos filhos.

Agradecimento especial à minha querida mãe, Maria das Graças Moraes, às minhas tias, Moema, Neuza e Olísia, e minha sogra, Lúcia Maciel, que me incentivaram, apoiaram e auxiliaram com os cuidados ao meu amado filho Miguel Monteiro Maciel.

A todos que diretamente ou indiretamente contribuíram para esta dissertação.

Resumo

Neste estudo procurou-se compreender as relações entre assédio moral e qualidade de vida em trabalhadores da saúde mental lotados nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Município de Goiânia. Os objetivos propostos foram respondidos por meio de três artigos. No artigo 1 realizou-se uma revisão sistemática com o objetivo de avaliar a literatura sobre os impactos do assédio moral na qualidade de vida dos trabalhadores da saúde mental. Sob as orientações do PRISMA, a busca de artigos foi realizada entre outubro e novembro de 2019, cobrindo as publicações de 2010 a 2019. Assim, 12 artigos foram revisados e concluiu-se que a literatura especializada sustenta que o assédio moral afeta o trabalhador na sua condição física, psicológica e social. Já no artigo 2, demonstrou-se o processo de construção e validação do Questionário de Avaliação de Assédio no Trabalho (QAAMT), que avalia o assédio moral no trabalho nas manifestações horizontal e vertical descendente. O instrumento é composto de 30 itens em cada escala, é autoaplicativo e possui itens claros e compreensivos. Participaram da pesquisa de validação 428 profissionais que atuam na área da saúde, distribuídos em sete instituições localizadas na cidade de Goiânia, Goiás. Concluiu-se que o QAAMT apresentou validade do construto Assédio Moral adequada, isto é, apresentou confiabilidade, validade e objetividade. Por fim, o artigo 3 propõe-se a compreender as relações entre assédio moral no trabalho (AMT) e qualidade de vida no trabalho (QVT) de profissionais da Saúde Mental lotados nos CAPS do município de Goiânia. Participaram 68 profissionais, ocupantes de diversas funções. O resultado das correlações entre AMT e QVT demonstrou que quando as situações de assédio moral no trabalho aumentam ocorre uma baixa na qualidade de vida do trabalhador. Na percepção do AMT obteve como resultado nível baixo. Sendo assim, notou-se que a maioria dos participantes percebe que não sofre assédio moral no ambiente de trabalho. Por fim, concluiu-se que todos os objetivos propostos foram alcançados e a metodologia utilizada foi adequada para realização dos procedimentos.

Mesmo que o assédio moral tenha apresentado um nível baixo no ambiente dos CAPS, o importante é entender que esse fenômeno atinge de forma direta a qualidade de vida dos trabalhadores causando consequências à saúde.

Palavras-chave: Assédio Moral no trabalho, Qualidade de vida no trabalho, CAPS.

Abstract

This study sought to understand the relationship between moral harassment and the quality of life in mental health workers based in Psychosocial Care Centers (CAPS) in Goiânia county. The proposed objectives were answered through three articles. In article 1, a systematic review was carried out to assess the literature on the impacts of harassment on the quality of life of mental health workers. Based on PRISMA guidance, the search for articles was conducted between October and November in 2019, covering publications from 2010 to 2019. Thus, 12 articles were reviewed and it was concluded that the specialized literature maintains that harassment affects the worker in his physical, psychological, and social condition. In article 2, outlines the process for building and validating the Workplace Harassment Assessment Questionnaire (QAAMT), which evaluates workplace harassment in both horizontal and vertical top-down events. The instrument is composed of 30 elements on each scale, applies itself, and has clear and complete elements. 428 health professionals took part in the validation research, distributed in seven establishments located in the town of Goiânia, Goiás. It was concluded that the QAMMT had sufficient validity of the conception of moral harassment, that is, it presented reliability, validity, and objectivity. In conclusion, in article 3 it is proposed to understand the relationship between harassment at work (AMT) and quality of life at work (QLW) of Mental Health professionals based in CAPS in the municipality of Goiânia. 68 professionals were involved, occupying different positions. The result of the correlations between AMT and QVT demonstrated that when workplace moral harassment situations increase, occurs a decrease in the worker's quality of life. Concerning AMT, the result was low. Therefore, it was noted that most participants realize that they do not experience harassment in the workplace. Finally, it is concluded that all the proposed objectives were met and that the methodology employed was adequate to complete the

procedures. Although moral harassment has shown a low level in the CAPS environment, it matters that is directly affects the quality of life of workers causing health effects.

Keywords: Bullying at work, Quality of life at work, CAPS.

Resumen

En este estudio se buscó comprender las relaciones entre el acoso moral y la calidad de vida en los trabajadores de salud mental hacinados en los Centros de Atención Psicosocial (CAPS) del municipio de Goiânia. Los objetivos propuestos se respondieron mediante tres artículos. En el artículo 1, se realizó una revisión sistemática con el objetivo de evaluar la literatura sobre los impactos del acoso moral en la calidad de vida de los trabajadores sanitarios. Bajo las directrices de PRISMA, la búsqueda de artículos se realizó entre octubre y noviembre de 2019, abarcando las publicaciones desde 2010 hasta 2019. Así, se revisaron 12 artículos y se concluyó que la literatura especializada sostiene que el acoso moral afecta al trabajador en su condición física, psicológica y social. El artículo 2 mostró el proceso de construcción y validación del Cuestionario de Evaluación del Acoso Laboral (QAAMT), que evalúa el acoso moral en el trabajo en sus manifestaciones horizontales y verticales descendentes. El instrumento está compuesto por 30 ítems en cada escala, es auto aplicable y tiene ítems claros y completos. Participaron en la encuesta de validación 428 profesionales del área de la salud, distribuidos en siete instituciones ubicadas en la ciudad de Goiânia, Goiás. Se concluye que el QAMMT presentó una adecuada validez de construcción del Acoso Moral, es decir, presentó fiabilidad, validez y objetividad. Finalmente, en el artículo 3 se propone comprender las relaciones entre el acoso moral en el trabajo (AMT) y la calidad de vida en el trabajo (QVT) de los profesionales de la Salud Mental aglomerados en los CAPS de la ciudad de Goiânia. Participaron 68 profesionales, ocupando diversas funciones. El resultado de las correlaciones entre AMT QVT mostró que cuando aumentan las situaciones de acoso moral en el trabajo, se produce una disminución de la calidad de vida del trabajador. En la percepción del AMT, el resultado fue un nivel bajo. Además, se observó que la mayoría de los participantes perciben que no sufren acoso moral en el entorno laboral. Finalmente, se concluyó que se alcanzaron todos los objetivos propuestos y que la metodología utilizada fue adecuada para

llevar a cabo los procedimientos. Aunque el acoso moral presentaba un nivel bajo en el entorno de los CAPS, lo importante es que este fenómeno afecta directamente a la calidad de vida de los trabajadores provocando consecuencias para la salud.

Palabras Clave: Acoso moral, Calidad de vida en el trabajo, CAPS.

LISTA DE QUADRO E TABELAS

Artigo 1

Tabela 1: Resumo dos estudos incluídos na revisão sistemática sobre o impacto do assédio moral na qualidade de vida do trabalhador da saúde mental	56
---	----

Artigo 2

Tabela 1: Quadro representativo da análise PAF, conceito do atributo e a consistência interna do atributo, os itens da escala e suas cargas fatoriais - assédio moral do chefe para com o empregado.....	72
---	----

Tabela 2: Quadro representativo da análise PAF, contendo conceito do atributo e a consistência interna do atributo, os itens da escala e suas cargas fatoriais - assédio moral da equipe com o colega	74
--	----

Tabela 3: Quadro representativo da análise PAF, contendo conceito do atributo e a consistência interna do atributo, os itens da escala e suas cargas fatoriais - assédio moral entre colegas.....	76
--	----

Tabela 4: Itens eliminados	78
---	----

Artigo 3

Tabela 1: Análise correlacional das variáveis de AMT e QVT de trabalhadores de CAPS no município de Goiânia.....	94
---	----

Tabela 2: Nível de qualidade de Vida no trabalho de profissionais de CAPS no município de Goiânia.....	97
---	----

Tabela 3: Prevalência de percepção de assédio moral em trabalhadores dos CAPS.....	99
---	----

LISTA DE FIGURAS**Artigo 1**

Figura 1: Fluxograma PRISMA sobre o impacto do assédio moral na qualidade de vida dos trabalhadores da saúde60

Artigo 2

Figura 1: Gráfico Scree Plot da análise fatorial para QAAMT chefe-trabalhador71

Figura 2: Gráfico Scree Plot da análise fatorial para QAAMT equipe-colega.....73

Figura 3: Gráfico Scree Plot da análise fatorial para QAAMT entre colegas76

LISTAS DE SIGLAS

AMT – Assédio Moral no Trabalho
APA – American Psychological Association
BVS – Biblioteca Virtual em Saúde
CAIS – Centro de Atenção Integral em Saúde
CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial Infância e Adolescente
CEP – Comitê de Ética e Pesquisa
COPSOQ – Copenagen Psychosocial Questionnaire
EAR – Escala Autoestima Rosenberg
EMSP – Escola Municipal de Saúde Pública
ESF – Estratégia Saúde da Família
HAW – Harassment at Work
LILACS – Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde
NAQ – Negative Acts Questionnaire
QAAMT – Questionário de Avaliação de Assédio Moral no Trabalho
QLW – Quality of Life at Work
QV – Qualidade de Vida
QVT – Qualidade de Vida do Trabalhador
MTP – Ministério Público do Trabalho e Previdência
OIT – Organização Internacional do Trabalho
OMS – Organização Mundial da Saúde
RPb – Reforma Psiquiátrica brasileira
PNSST – Política Nacional sobre a Saúde e Segurança do Trabalho
RSL – Revisão Sistemática da Literatura
SPSS – Statistical Package for the Social Sciences
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TQWL-42 – Total Quality of Work Life – 42
UPA – Unidade de Pronto Atendimento 24h

VD – Variável Dependente

VI – Variável Independente

WHOQOL – World Health Organization Quality of Life

WHOQOL – SRPB - World Health Organization Quality of Life – Spirituality Religiousness
and Personal Beliefs

SUMÁRIO

Apresentação	05
1. Introdução	09
2. Percurso Metodológico	24
2.1 Aspectos metodológicos da revisão sistemática da literatura	24
2.2 Aspectos metodológicos do estudo empírico	25
2.2.1 Tipo de Estudo	25
2.2.2 Participantes	25
2.2.3 Materiais	26
2.2.4 Procedimento	29
2.2.5 Análise de dados	32
2.3 Produtos	32
Artigo 1: Assédio Moral e Qualidade de Vida dos Trabalhadores da Saúde Mental: uma Revisão Sistemática	33
Artigo 2: Construção e Validação do Questionário de Avaliação de Assédio Moral no Trabalho (QAAMT)	61
Artigo 3 - Assédio Moral e Qualidade de Vida dos Trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps) do Município de Goiânia	83
Considerações Finais	108
Referências Gerais	110
Anexos	122

Apresentação

A temática do estudo acerca da Qualidade de Vida do trabalhador retoma à vivência no Estágio Obrigatório I e II no final da minha graduação em Psicologia. A experiência retromencionada foi proporcionada pela Sociedade Cidadão 2000, que era conveniada com a Prefeitura de Goiânia, por meio da Secretaria Municipal de Assistência Social (SEMAS). A entidade foi instituída com o objetivo de atender as crianças e adolescentes que estavam em situação de vulnerabilidade social, prestando atendimentos diversificados nas três áreas que constituíam a instituição, quais sejam: Prevenção, Proteção Integral e Inserção de adolescentes em empresas.

Como estagiária do curso de Psicologia atuei em dois grupos: um com as crianças e adolescentes, no período vespertino, e o outro com funcionários, no período matutino. O meu foco na época era com o primeiro grupo, de crianças e adolescentes, no qual trabalhei a Representação Social com a técnica do Grupo Operativo de Pichon Riviére, que culminou na produção de um documentário intitulado “Olhar do Adolescente frente à sua realidade social”, gravado pela CARA’S Vídeos e exibido na TV CULTURA, para o meu trabalho de conclusão de final de curso.

Em paralelo, trabalhei o Grupo Anti-STRESS com a segunda fração, os funcionários. Este estudo nos propiciou a construção do manual de orientação sobre o estresse ocupacional no intuito de diminuir as tensões provocadas no ambiente. O grupo era multiprofissional, com pedagogos, assistentes sociais, professores de Educação Física, monitores educacionais, administrativos, serviços gerais e auxiliares de cozinha. No mesmo, os participantes se expressavam acerca das vivências de suas dificuldades e alegrias naquele ambiente de trabalho. Esse grupo foi de grande importância para que eu conseguisse trabalhar com as crianças e adolescentes.

Essa experiência inicial me influenciou e foi decisiva para que eu buscasse mais conhecimento com escopo de compreender como o agente estressor ambiente de trabalho influencia de forma direta e indireta na qualidade de vida do trabalhador. Nas três especializações que fiz, sempre busquei essa temática para o trabalho de conclusão final de curso. Na Docência Universitária procurei avaliar o nível de estresse dos alunos do Curso de Fisioterapia do Campus Escola Superior de Educação Física e Fisioterapia de Goiás - Universidade Estadual de Goiás (Campus ESEFFEGO - UEG). A pesquisa de campo abordou alunos do primeiro ao décimo período do curso sobredito, sendo que a conclusão desse trabalho mostrou que o 5º período apresentou o nível mais alto de estresse em relação aos demais. Outrossim, todos os outros períodos manifestaram níveis de estresse entre baixo e médio. Após análise dos dados apresentados foi investigado o porquê do nível alto de estresse no 5º período, e a conclusão foi que esta turma tinha uma característica incomum em relação às outras, tal particularidade era a avultada competitividade.

No curso de especialização em Psicologia Hospitalar e Saúde foi investigada a incidência da Síndrome de *Burnout* na equipe de saúde da terapia renal substitutiva do Hospital das Clínicas/EBSERH/UFG. O resultado dessa pesquisa revelou que os profissionais investigados não apresentaram nenhum nível de *burnout*.

No curso de Psicologia do Trânsito, minha última especialização antes de iniciar o mestrado, foram investigadas as sintomatologias do estresse em profissionais do trânsito, tais como: motoristas de taxis, ônibus e motoboys. Tal estudo foi desenvolvido por meio de uma revisão bibliográfica, que concluiu que 76,6% destes profissionais apresentaram sintomas variáveis de estresse, tais como: irritação, lapsos de memória e dores corporais. Em relação aos taxistas, foi possível constatar, ainda, a existência de nexo de dependência direta entre os níveis de estresse e as fontes de tensão no trabalho. As tensões mais significativas foram: exposição a intempéries climáticas, ruídos e vibrações no ambiente de trabalho, falta de

sinalização adequada das vias públicas, ausência de relação formal de trabalho e relação competitiva sem cooperação com os demais taxistas. Contudo, concluiu-se que não se avalia o Trânsito de forma isolada como agente estressor e tampouco afirma-se de forma generalizada que os profissionais de trânsito possuem uma profissão estressante.

Com esta dissertação tenho o propósito de aprofundar mais sobre o assunto e discorrer sobre a relação entre assédio moral e qualidade de vida dos trabalhadores da saúde mental lotados nos Centros de Atendimentos Psicossociais (CAPS) vinculados à Secretaria Municipal de Goiânia (SMS), ou seja, trazer a relação desses profissionais com seu ambiente de trabalho. Este tema foi escolhido após experiências profissionais, como exemplo, atuação como psicóloga do grupo de tabagismo no CAPS Ipê (antigo Negrão de Lima). Essas experiências me estimularam a investigar mais sobre esse universo complexo e de grande importância para a sociedade. Por apreciar estudos sobre saúde dos trabalhadores de vários segmentos no mercado de trabalho e desejando aprofundar, direcionar e conhecer mais sobre a saúde mental dos profissionais de saúde surgiu assim a ideia de construir um estudo orientado para a temática supracitada.

Esta dissertação é apresentada em um modelo híbrido composto pela fusão entre capítulos e artigos. Inicia-se com a introdução, que contém o problema de investigação, e as definições sobre trabalho, qualidade de vida, assédio moral e CAPS, além dos objetivos, tanto primários quanto secundários. A seguir, o capítulo sobre o percurso metodológico, que elucida o percurso que levou aos resultados desta pesquisa. São os aspectos metodológicos da Revisão Sistemática da Leitura (com objetivo de compreender os estudos existentes sobre o impacto do assédio moral na qualidade de vida dos trabalhadores da saúde mental lotados em CAPS) e os aspectos metodológicos da pesquisa empírica. Apesar desta dissertação ser escrita dentro das regras da APA, cada produto seguirá as orientações disponibilizadas pela revista a qual o mesmo é endereçado.

Os produtos desta dissertação são compostos por: Artigo 1- Assédio moral e qualidade de vida em trabalhadores da saúde mental; Artigo 2- Construção e validação do Questionário de Avaliação de Assédio Moral no Trabalho (QAAMT); e, Artigo 3- Impacto do assédio moral na qualidade vida dos trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Município de Goiânia.

Para realizar a pesquisa foi preciso alterar a forma de coleta de dados. Inicialmente foi programada uma coleta presencial, porém, com o advento do COVID-19 necessitou-se mudar o formato de coleta presencial para coleta online. Assim que saiu a liberação da SMS para realizar a pesquisa presencial, o que ocorreu no final de fevereiro, contatamos os CAPS e agendamos a pesquisa para o final de março e início de abril. No entanto, no dia 17 de março foi decretado *lockdown* no estado de Goiás e, conseqüentemente, houve a necessidade de suspender a coleta presencial. Contudo, no mês de maio foi liberada a realização da coleta via digital. Desta forma, o projeto foi novamente protocolado no dia 24 de maio de 2020 com as devidas mudanças no cronograma e no tipo de coleta, que passou a ser desenvolvida pela plataforma digital *Google Forms*. A resposta da nova solicitação saiu com parecer favorável em 2 de julho de 2020. Assim, a coleta foi realizada no período de agosto a setembro.

1 Introdução

No Brasil colônia, que era uma sociedade ruralista e escravista, o Estado e a Igreja controlavam os loucos, a partir da exclusão. Mas no período de 1830 até a República, a classe média se organizou e movimentou-se para que essas pessoas pudessem receber o tratamento psiquiátrico por meio das Colônias. Desta forma a loucura passou a ser vista e tratada como uma doença mental. Essas Colônias tinham o caráter privado entre 1929 e 1944 e o objetivo era a segregação e oferta de atividades laborativas. Contudo, ocorreu um aumento significativo da população internada, entre as décadas seguintes até 1960, provocando superlotação das instituições e gerando a precarização do atendimento prestado. No entanto, ocorria em paralelo a ampliação dos estudos e utilização do tratamento com a eletroconvulsoterapia e as terapias farmacêuticas nos interesses da Saúde Mental. Assim, foram ampliando os hospitais psiquiátricos como os manicômios e tendo um modelo de atenção à Saúde Mental pautada na atenção hospitalar (Almeida & Campos, 2019).

Até a década de 1980, o asilo era o modelo de atenção à saúde mental no contexto da saúde em quase todo o mundo ocidental. Baseava-se, na maior parte, no isolamento de todas as pessoas que apresentavam desvios comportamentais e divergência social e cultural, ou seja, eram mantidos nos asilos e/ou manicômios as pessoas que eram chamadas de “loucos”. No Brasil, a mesma prática era adotada, sendo que o tratamento era composto por medicamentos e na maioria dos casos se utilizava eletrochoque. Os asilos se caracterizavam como depósitos de doentes mentais com o mínimo de condições de sobrevivência e de dignidade humana (Bernardo & Garbin, 2011).

Goulart (2007) relatou que o movimento antimanicomial que sustentou a reforma sanitária no Brasil nasceu da curiosidade em torno das visitas que o psiquiatra italiano Franco Basaglia fez ao Brasil no final dos anos 1970, deixando elementos fortes de sua vivência na

conquista da nova legislação psiquiátrica italiana. Essas visitas e seminários colaboraram de forma direta para fomentar o processo de reforma de alguns hospitais psiquiátricos, como em Minas Gerais, e foram essenciais para o surgimento, em 1987, do movimento antimanicomial brasileiro, que determinou a reforma psiquiátrica gerando a nova legislação psiquiátrica nacional (Lei 10.216/2001) e a constituição dos serviços substitutos aos hospitais psiquiátricos.

O objetivo central da luta antimanicomial italiana e brasileira, como movimento social, era denunciar a violência e o descaso voltados às pessoas que sofriam de transtornos psíquicos graves e necessitavam de apoio e tratamento especializado e dedicação. Ou seja, os doentes mentais eram afastados do convívio social, a título de tratamento e recuperação, mas eram submetidos a uma terapêutica quase sempre iatrogênica, cronicada e opressiva (Goulart, 2007; Luzio & Yasui, 2010; Bernardo & Garbin, 2011).

A Reforma Sanitária foi sendo implantada ao longo da década de 1990, no Brasil, que, além do mais, tinha como objetivo fortalecer a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), que é composto pelos três princípios doutrinários que certificam a sua legitimidade: universalidade, integralidade e equidade. E nesse contexto, a Reforma Psiquiátrica foi saindo do movimento social composto por trabalhadores da saúde mental e se consolidando em paralelo à implantação do SUS. Os prefeitos começaram a instituir uma rede de serviços e cuidados aos pacientes da saúde mental voltados para atenção psicossocial, eliminando as práticas do asilo (Luzio & Yasui, 2010). Em outras palavras, o Movimento de Saúde Mental proporcionou aos gestores municipais o desenvolvimento de um projeto que alterasse radicalmente o modelo hegemônico de atenção à saúde mental e recomendasse uma política intersetorial que articula outros campos tais como assistência social, cultural e educação (Almeida & Campos, 2019).

Esses serviços e cuidados aos pacientes da saúde mental voltados para atenção psicossocial que foram implantados em caráter substitutivo ao hospital psiquiátrico são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo que as principais características são: portas abertas (não precisa de encaminhamento) e comunitários do SUS, com objetivo principal de amparar os pacientes que sofrem algum transtorno mental leve, moderado ou severo e persistente, fornecendo atendimentos clínicos e de reabilitação psicossocial (oficinas de artes, grupo psicoterapêutico, oficinas de geração de renda etc.), deixando para último caso a internação, colaborando com o exercício da cidadania e da inclusão social dos pacientes e dos seus familiares, respeitando os princípios organizativos, regionalização e hierarquização, ou seja, ser atendido na região do seu domicílio e dentro da complexidade da enfermidade do usuário (Ramminger & De Brito, 2011).

Os serviços prestados pelos CAPS em todo Brasil são regulamentados pelas portarias MS nº 336/02, 2841/10 e 130/2012, que definem e estabelecem as diretrizes para o funcionamento deles. Os CAPS têm seis diferentes modalidades, considerando a população de abrangência, o modo de funcionamento, a especificidades de demanda e a composição da equipe: CAPS I (até 70.000 habitantes); CAPS II (até 200.000 habitantes); CAPS III (acima de 200.000 habitantes e funcionamento 24 horas); CAPS i II (infância e adolescência); CAPS ad (álcool e droga); CAPS ad III (álcool e drogas 24 horas) (Brasil, 2012).

A Reforma Psiquiátrica também trouxe novas formas de organização de trabalho, como divisão de tarefas com a equipe e encargos aos profissionais, atuações relacionadas às práticas do ato de cuidar e reinventar o modo de ser e agir dos trabalhadores em saúde mental no cuidado com o outro (Silva & Costa, 2008). Quer dizer que no CAPS, profissionais como médicos, psicólogos, professores de Educação Física, enfermeiros, farmacêuticos, assistentes sociais, entre outros, trabalham de forma interdisciplinar, priorizando a humanização do

cuidado e uma clínica que refere às condições etiológicas do sofrimento, totalmente diferente do atendimento executado nos asilos (Rocha, Pena, Manffré, & Jesus, 2019).

O CAPS é composto por uma equipe multiprofissional e as atividades desenvolvidas neste espaço são bastante diversificadas, oferecendo atendimentos em grupos e individuais, oficinas terapêuticas e de criação, atividades físicas, atividades lúdicas, arteterapia, além da medicação, que antes era considerada a principal forma de tratamento. Neste serviço a família é considerada como parte fundamental do tratamento, tendo atendimento específico (grupal ou individual) e livre acesso ao serviço sempre que se fizer necessário (Mielke, Kantorski, Jardim, Olschowsky, & Machado, 2009). Passos, Sade e Macerata (2019) relatam que o posicionamento entre a equipe, família e o usuário em sofrimento psíquico é uma relação transdisciplinar participativa, quer dizer, é uma interação entre os processos de gestão e os processos de promoção de saúde, indicando para uma cogestão das práticas de tratamento no cuidar do paciente da saúde mental.

Esse encontro entre os profissionais e o usuário do CAPS pode gerar frustrações e conflitos devido às expectativas de cada um. O usuário pode chegar procurando a cura e os profissionais ofertam o cuidado. Sendo assim, ocorre um conflito de interesse, gerando um desgaste na relação que potencializa e propicia um esgotamento na saúde mental desses profissionais e o usuário não adere ao protocolo de cuidar proposto pelo CAPS. Por isso, o profissional precisa ter condutas diferentes e singulares com cada paciente, respeitando o princípio doutrinário do SUS, que é a equidade, seja no acolhimento, oficinas e atendimento ambulatorial (Ramminger & De Brito, 2011).

Com a reorganização do SUS e Reforma Psiquiátrica esse serviço passou a atender o usuário na sua integralidade e, com isso, se tornou um dos maiores desafios para esses profissionais, considerando a falta de recursos materiais, insumos, capacitação para a função e outros, que envolvem de forma direta nos processos de trabalho desses funcionários. Muitas

vezes, essas dificuldades podem levar esses profissionais a desenvolverem patologias relacionadas ao trabalho (Pinho, Souza, & Esperidião, 2018).

Silva e Costa (2008) identificaram que os indicadores de sofrimento psíquico são vivenciados no cotidiano de trabalho dos profissionais dos CAPS, envolvendo as seguintes relações: profissional-usuário (é a relação mais mobilizadora de fortes sentimentos nos profissionais); relações interpessoais (existem mobilizações de sentimentos na relação interpessoal que merecem muita atenção no cotidiano de trabalho) e organização do trabalho (a baixa remuneração, a dupla jornada de trabalho, falta de material de trabalho e a falta de reconhecimento por parte dos gestores produz insatisfação e desmotivação ligada ao exercício profissional).

O ato de acolher, de cuidar e a reabilitação psicossocial proposta pela Reforma Psiquiátrica é um processo de humanização no qual os trabalhadores experimentam a instabilidade do trabalho da saúde mental, sendo que esse processo de humanização acarreta todo um estresse físico e psíquico no profissional. O trabalhador pode se sentir incapaz ou impossibilitado frente ao conjunto de regras impostas pela Reforma, como modos de pertencer ao quadro de profissionais da saúde mental (Bernardes & Guareschi, 2004).

A Reforma Psiquiátrica trouxe mais humanização para o atendimento aos portadores de doenças mentais, principalmente com as substituições dos manicômios pelos CAPS. No entanto, esse processo acarretou, por outro lado, dificuldades dos profissionais da saúde com a precarização do ambiente de trabalho, excesso de atividades, dentre outros problemas, levando esses profissionais a desenvolverem patologias laborais e diminuindo sua qualidade de vida.

Moore e Cooper (1996) evidenciam que os profissionais de saúde mental, por trabalharem em ambiente com alta demanda emocional e hostil, muitas vezes encontram-se vulneráveis à tensão psicológica que pode levar à exaustão emocional, ficando suscetíveis a

desenvolver patologias como estresse e *burnout* e, em consequência, influenciando diretamente a sua qualidade de vida (QV). Santos e Cardoso (2010) ratificam que a capacidade de enfrentamento dos profissionais de saúde mental face à situação estressora apresenta um impacto direto sobre a sua QV.

Os trabalhadores de saúde lotados na saúde mental fazem parte da categoria profissional considerada como um grupo de risco para o desenvolvimento de patologias físicas e psíquicas que alteram sua QV. Estão em constante contato com ser humano ou grupo que se encontra em situações limites e complexas, por exemplo, abandono, miséria, fome, violência sexual, entre outras, gerando sentimentos de angústias, fracasso, impotência etc. E para completar, os fatores organizacionais das instituições de saúde com péssimas condições de trabalho, escassez de profissionais capacitados, falta de autonomia, relações interpessoais conflitantes, assédio moral e violência proporcionam um ambiente de trabalho hostil, abusivo e pouco gratificante, impactando a qualidade de vida (QV) do profissional (Brolese et al., 2017).

A QV é um construto descrito pela OMS de como as pessoas encaram os seus objetivos, expectativas e suas preocupações no contexto cultural e sistema de valores em que vivem. Esta descrição abrange a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com aspectos significativos do meio ambiente (WHOQOL GROUP, 1995).

Sadir, Bignotto e Lipp (2010) apresentam QV como um estado de bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doenças, ou seja, as pessoas que se consideram felizes atribuem sua felicidade ao sucesso em quatro áreas: afetiva, social, saúde e profissional. Melo, Sampaio, Souza e Pinto (2015) relatam que diante de tais aspectos torna-se inequívoco que a noção de QV propõe uma quebra de paradigmas, buscando integrar elementos complexos e difíceis de serem mensurados. Desta forma, evidencia-se a noção

interdisciplinar do conceito de QV para que possa compreender o indivíduo na sua complexidade e suas particularidades.

A QV do indivíduo depende diretamente da qualidade do seu ambiente de trabalho. O trabalho, pós-revolução industrial, adquiriu uma nova concepção e significação para as pessoas e, com isso, passou a ter uma influência no modo de viver das pessoas, impactando sobre a saúde mental dos trabalhadores. Conclui-se que a qualidade de vida e trabalho são complementares e indissociáveis. Quando o indivíduo possui condições insalubres de trabalho, ou seja, condições desfavoráveis que causam danos e expõe o profissional a patologias funcionais, este sente-se insatisfeito e com limitações na QV (Freire, 2008).

Ao analisar o construto QV empiricamente são identificados diferentes aspectos da vida do profissional, e apontadas possíveis estratégias de intervenção que contribuem na manutenção da saúde, orientam de forma correta os investimentos nas políticas econômicas e sociais relacionadas ao emprego e pontuam a forma correta da execução do serviço e como melhorar a produtividade do trabalhador (Dutra, Costa, & Sampaio, 2016).

No modelo sobre qualidade de vida do trabalhador (QVT) exposto por Walton em 1973, nota-se duas preocupações presentes em boa parte das organizações: a qualidade de experiência humana no ambiente laboral e a competitividade do mercado mundial, o que fez com que aumentassem os estudos e discussões sobre a temática da QVT. E foram esses estudos e discussões que motivaram a implantação dos valores humanísticos e ambientais, que foram omitidos pelas indústrias em favor do avanço tecnológico, produtividade e do lucro e levaram à construção dos direitos trabalhistas assegurados pela legislação, como manutenção do emprego, prevenção e outros (Benevenuto, Souza, & Carvalho, 2019).

No contexto do mundo do trabalho, torna-se indispensável para a promoção e a manutenção da qualidade de vida dos trabalhadores a utilização de medidas preventivas, intervenções que reduzam a ocorrência de acidentes e doenças advindas das atividades

laborais que possam diminuir a capacidade do trabalhador e levar ao seu afastamento do trabalho (Dutra et al., 2016).

Com as instituições procurando a produtividade e processos de mudanças na organização para terem condições de competitividade no mercado, começaram a adquirir posicionamentos como trabalhar a motivação, desenvolvimento individual das próprias capacidades, valorização das aptidões, participação democrática, melhoramento do ambiente de trabalho etc. Assim, a QVT vem ganhando, dentro das empresas e instituições, um espaço com valor primordial nas práticas de competitividade e de promover o bem-estar organizacional (Tavares & Limachi, 2017).

O programa de gestão de qualidade de vida implantado dentro da organização passa a ser uma ferramenta para reconhecer a importância dos colaboradores para a instituição, uma vez que seu objetivo principal é proporcionar aos funcionários um ambiente salubre, saudável, ou seja, mais agradável nos aspectos físico, emocional e social e oportunizar integração dos setores com seus superiores, fazer com que as equipes sejam mais comunicativas e contribuir para a satisfação de todos os indivíduos inseridos na instituição (Ribeiro & Santana, 2015).

Mandú, Correia e Souza (2018) reconhecem que hoje os empregados preferem trabalhar em empresas ou instituições que proporcionam segurança e satisfação, ou seja, que tenham programa de QVT. Desta forma, as instituições têm como objetivo cuidar para que o ambiente oferecido a seus empregados seja suficiente motivador para que não tenha que lidar com problemas de alta rotatividade institucional.

Ao avaliar a QVT dentro de uma instituição pública, Benevenuto et al. (2019) destacaram que, mesmo com o grau de satisfação e de neutralidade elevado, o grau de insatisfação foi significativo. As principais queixas foram em relação aos poucos benefícios oferecidos, aos treinamentos e os cursos de capacitação não coerentes com o cargo ocupado,

a falta de oportunidade de crescimento dentro da instituição e o assédio moral. Desta forma, as instituições públicas precisam rever seu programa de QVT visando diminuir a fadiga e interferência do trabalho na qualidade de vida do funcionário, ou seja, compreender que o servidor não é um mero executor de tarefas e sim um membro da engrenagem que faz a instituição pública funcionar.

Andrade, Andrade e Leite (2015) relataram que o ambiente de trabalho dos profissionais de saúde é um contexto laboral que exige um aumento de carga de trabalho gerando maior especificidade nas suas ações e nas prestações de suas tarefas. Assim, esses profissionais apresentam acentuados riscos ocupacionais por conviverem constantemente com situações de sofrimento, depressão, dor, tragédia, estresse e *burnout*, afetando de forma direta a sua QV.

No meio de vários fatores que interferem na QVT dos profissionais de saúde, os que mais se destacam são: o estresse decorrente do ambiente de trabalho e das atividades profissionais, o excesso de atividades, a insegurança e as inadequadas condições de trabalho (falta de insumos, materiais, prédios velhos, ambientes insalubres etc.), além da insatisfação com os recursos financeiros e/ou proventos (Mascarenha, Prado, Fernandes, Boery, & Sena, 2013).

Soratto et al. (2020) demonstram por meio do estudo de insatisfação dos trabalhadores da saúde que os aspectos geradores de insatisfação no trabalho estão relacionados às categorias, de gestão direta e indireta, relação interpessoal com a equipe, usuários e a família dos usuários e o excesso de atividades de trabalho. Ainda complementam que quando se trata de gestão do trabalho em saúde agregam-se a estrutura física inadequada, a falta de recursos materiais, o déficit salarial, a falta de valorização do trabalho, os problemas na gestão e a jornada de trabalho excessiva.

Ao discutir as dificuldades que os profissionais de saúde vivenciam no seu ambiente de trabalho percebe-se que esses fatores diminuem de forma direta a sua QVT, causando diversas doenças ocupacionais. Com ambiente hostil e inseguro pode gerar também comportamentos agressivos, de perseguição, dentre outros, que são classificados de assédio moral.

Navarro, Maciel e Matos (2017) relatam que diferentes categorias de trabalhadores sofrem com uma rotina de trabalho marcada pelo excesso e a precarização de suas atividades que resultam aumento nos desgastes físicos, mental e social, ou seja, uma diminuição na qualidade de vida do trabalhador proporcionando comportamentos de assédio moral. A instituição onde prevalece hipercompetividade, processo de terceirização, mudanças nas condições de trabalho, aumento de pressão, alta exigência ao profissional, cumprimento de metas e a instabilidade do emprego é um cenário favorável para ocorrência de comportamentos de assédio moral e, em consequência, atinge de forma negativa a QVT (Elgennen & Vercesi, 2009).

Buscando novos estudos sobre os fatores que levam ao adoecimento do trabalhador e diminuição na sua QV, percebeu-se que a partir do ano 2000, o assédio moral vem sendo o problema mais sério e que acaba em questões trabalhistas. Barreto e Heloani (2015) explicam que o assédio moral referem-se aos atos que acontecem durante o período de trabalho, que pretendem intimidar, humilhar, constranger, desqualificar, destruir, oprimir e coagir o outro, de forma repetitiva e sistemática, ou seja, são atos e ações que atingem o coletivo, tanto psíquica como moralmente. Esses comportamentos praticados pelo assediador ocorrem, na maioria das vezes, de forma consciente, mas podem ocorrer de modo inconsciente (Ventura, Teixeira, Oliveira, & Porto, 2018).

Doutor Heinz Leymann, psicólogo e cientista médico alemão, começou a estudar sobre o fenômeno assédio moral na década de 1980. Ele iniciou seus estudos por meio de

pesquisas realizadas com grupos de crianças em idade escolar que praticaram *bullying*. Percebeu-se que tais grupos, já na fase adulta, continuaram a praticar comportamentos hostis nos seus ambientes de trabalho. A partir desse estudo ele denominou as manifestações de assédio moral no trabalho como *mobbing*, que por sua vez, se caracteriza pela degradação das condições de trabalho através do diálogo sem ética e abusivo e comportamento abusivo de um colega, grupo ou superior, repetitivo e por longo tempo, contra uma pessoa (Barreto & Heloani, 2015; Soares, 2012; Teixeira, Ferreira, & Borges, 2016).

A violência moral nas instituições recebe diferentes acepções. Na Suécia, Alemanha e Itália é denominada violência psicológica ou emocional, tirania nas relações e *mobbing* (molestar). O termo conceituado no Reino Unido é *bullying* (tiranizar). Nos Estados Unidos usam tanto *mobbing* quanto *bullying*. Na Espanha utiliza-se *psicoterror laboral* ou *acoso moral* (psicoterror ou assédio moral). *Harcèlement moral* (assédio moral) é a terminologia usada pelos franceses. O termo mais usado no Japão é *murahachibu ijime* (ostracismo social). No Brasil, em relação ao termo, existem controvérsias: o termo assédio moral consagrou-se a partir das intensas pesquisas da autora Margarida Barreto em 2000, e nos estudos realizados pelo autor Ricardo Barros em 2009, que classificam os comportamentos de perseguição e intimidação como violência moral ou psicoterrorismo no trabalho (Andrade et al., 2015; Teixeira et al., 2016).

Reis (2006, p. 7) relata que as formas do assédio moral podem ser diversas, como por exemplo:

Piadas acerca de atributos físicos ou a respeito da religião ou orientação sexual da vítima; isolamento ou exclusão da vítima, intromissão em sua vida privada; ameaça de violência; humilhação; inferiorização e ridicularização, especialmente para colegas e superiores; instigação dos colegas contra a vítima; divulgação de

informações falsas, assédio sexual; dentre outras. São tentativas de desestabilizar a vítima emocional e profissionalmente, o que faz com que esta perca gradativamente sua autoconfiança e interesse pelo trabalho.

Desta forma, o objetivo do assediador é destruir o assediado por meio de uma vigilância intensa, fazendo com que ele se isole do grupo familiar e de amigos e recorra ao uso e/ou abuso de álcool e droga, levando até mesmo a vítima a pedir demissão ou ser demitido por insubordinação (Freire, 2008). Por consequência, o assédio moral no trabalho (AMT), segundo Antunes (2017), extravasa o campo político e o âmbito jurídico, tornando-se um assunto que deve merecer a atenção, principalmente dos profissionais de saúde.

Leymann (1996) classifica o assédio moral em: assédio vertical (*bossing* ou *mobbing* descendente), que é realizado pelo chefe em relação ao subordinado; assédio ascendente praticado pelo subalterno ao chefe, por exemplo, empregado que julga ser merecedor do cargo do chefe e/ou o grupo de funcionários quer sabotar o novo chefe; assédio horizontal, o fenômeno é percebido entre os próprios colegas, motivado muitas vezes pela competição e/ou pela discriminação incentivadas por fatores raciais, políticos, religiosos, comentários ofensivos, sabotagem dos seus planos de trabalho, boatos sobre a sua vida pessoal e acusações que podem denegrir sua imagem perante a empresa.

O AMT é a soma de comportamentos hostis e antiéticos como atitudes abusivas, atos e palavras agressivas praticadas por um indivíduo ou grupo deles, direcionados a um indivíduo, resultando em sofrimento social e estados patológicos psicológicos e essas ações ocorrem de forma repetitiva, praticamente todos os dias, por um longo período de tempo, pelo menos durante seis meses (De Campos & Rueda, 2016).

Andrade et al. (2015), De Campos e Rueda (2016) e Silva, Aquino e Pinto (2017) apontam que o AMT é uma das causas mais frequentes de estresse laboral e ressaltam

também que é um processo multicausal com diferentes abordagens e análises, ou seja, ora focaliza no indivíduo ora no contexto, ora em ambos, podendo utilizar uma abordagem psicológica mais centrada no indivíduo ou abordagem sociológica mais voltada para as relações sociais e o contexto geral. Além disso, o assédio moral é uma síndrome psicossocial multidimensional, melhor dizendo, manifesta diversos sintomas físicos e psíquicos que afetam a pessoa, o grupo de trabalho e até mesmo a instituição, gerando conflitos em nível individual e coletivo, atingindo todos os níveis hierárquicos, e até mesmo repercutindo de forma negativa na imagem da empresa ou da instituição. Com isso, a sociedade também sofre as consequências negativas procedentes da prática do assédio moral, como aumento do desemprego, a criminalidade, aumento de gastos públicos com auxílio-doença e, principalmente, com as aposentadorias precoces (Cahú et al., 2012).

O AMT é um fenômeno que provoca na vítima consequências negativas, tais quais: transtornos mentais como ansiedade, depressão, ciclotimia e distímias; sintomas físicos, que apresentam uma origem ou uma gênese psíquica, hipertensão arterial, ataques de asma brônquica, úlceras estomacais, enxaqueca, labirintite ou Síndrome de Menière, torcicolos, lombalgias, dores musculares e articulares de origem tensional; e comportamentos que se traduzem em reações de heteroagressividade e autoagressividade, aumento no consumo de álcool e drogas, aumento do tabagismo e isolamento social (Andrade et al., 2015; De Campos & Rueda, 2016; Silva et al., 2017; Teixeira et al., 2016).

Em instituições onde a QVT é baixa ou inexistente ocorre um aumento na ocorrência de assédio moral, gerando um ambiente hostil que leva grande parte dos colaboradores a apresentarem algum tipo de doença mental e/ou física. Sendo assim, é necessário que o assédio moral seja contido através de ações preventivas não só pelas empresas com novas estratégias de gestão de pessoal, mas principalmente pelos órgãos reguladores, como Ministério Público do Trabalho e o Ministério da Saúde, com ações efetivas na prevenção de

acidente de trabalho referente ao assédio moral e outras práticas de violência no ambiente de trabalho (Freire, 2008).

O assédio moral é uma conduta desumana repetitiva e prolongada que infelizmente tornou-se uma prática quase que considerada natural no serviço público, federal, estadual e municipal. Sendo que, na maioria das vezes, ocorre de forma sutil, porém traz sempre uma carga de abuso de autoridade e autoritarismo (Ferraz, 2014). O assédio moral pode atingir os profissionais dos âmbitos privados e públicos, sendo que no privado é mais evidente, dura menos e termina com a saída da vítima. Todavia, no público pode durar anos e, por isso, os métodos são mais perniciosos e produzem resultados dramáticos sobre a saúde física e mental (Hirigoyen, 2009).

Croft e Cash (2012) relatam que os profissionais de saúde sofrem mais com o assédio dentro do ambiente de trabalho, levando à baixa autoestima, frustrações, impotência e perda da identidade profissional. O assédio moral no setor de saúde ameaça a saúde mental do profissional e causa prejuízo aos cuidados prestados aos usuários (Teixeira et al., 2016). Sendo assim, este estudo busca responder o seguinte questionamento: qual o impacto do assédio moral na qualidade de vida do trabalhador da saúde mental?

O objetivo geral desta investigação é compreender as relações entre assédio moral e qualidade de vida em trabalhadores da Saúde Mental lotados nos CAPS do Município de Goiânia. Os objetivos secundários são:

- 1) realizar revisão sistemática da literatura sobre os temas assédio moral e qualidade de vida no trabalho, relacionado ao contexto de trabalho;
- 2) validar o Questionário de Avaliação de Assédio Moral no Trabalho (QAAMT);
- 3) analisar qualidade de vida no trabalho de trabalhadores da Saúde Mental lotados nos CAPS da cidade de Goiânia;

- 4) levantar a prevalência de percepção de assédio moral em trabalhadores da Saúde Mental lotados nos CAPS da cidade de Goiânia;
- 5) correlacionar qualidade de vida no trabalho, assédio moral no trabalhador da Saúde Mental lotados nos CAPS da Cidade de Goiânia.

2 Percurso Metodológico

Apresenta-se neste capítulo o percurso metodológico da dissertação, o qual foi constituído em duas partes, uma sobre a metodologia da revisão sistemática da literatura e a outra sobre a metodologia da pesquisa empírica. O atual estudo é um recorte do projeto intitulado “Qualidade de vida, Sofrimento Psíquico e Manifestações Psicossomáticas do Trabalhador”, que foi apreciado e aprovado no Comitê de Ética de Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (CEP PUC Goiás) com o nº 1.246.875. Os produtos são apresentados na forma de artigos.

2.1 Aspectos metodológicos da revisão sistemática da literatura

A escolha da Revisão Sistemática da Literatura (RSL) sucedeu porque, segundo Sampaio e Mancini (2006), é uma análise criteriosa da qualidade da literatura selecionada para responder à pergunta da pesquisa, sendo que esta pergunta tem que ser clara para definir uma estratégia de busca e estabelecer critérios de inclusão e exclusão. À vista disso, a pergunta orientadora foi “Qual o impacto do assédio moral na qualidade de vida dos trabalhadores da saúde mental?”.

Na seleção dos estudos da RSL foram definidas as seguintes descritores: “*mobbing*”, “*bullying at work*”, “*psicoterror*”, “*acoso moral*”, “*quality of life*”, “*quality of life at work*”, “*mental health*”, “assédio moral no trabalho”, “qualidade de vida”, “qualidade de vida no trabalho e “Centro de Atenção Psicossocial”. Foram usados os seguintes critérios de inclusão: artigos empíricos, publicados nos últimos 10 anos, nos idiomas inglês, português ou espanhol, revisados por pares e completos. Os critérios de exclusão foram: artigos incompletos e repetidos. As buscas dos artigos foram feitas nas seguintes bases: Capes, Scielo, BVS Psicologia, Medline, PubMed, APA PsycNet e Web of Science.

O período de busca dos artigos foi entre os meses de outubro e novembro de 2019, sendo que, inicialmente, lograra-se 128 artigos, sendo que 20 destes estavam duplicados, sobrando 108 na fase de identificação. Ao executar a fase de seleção, 95 artigos foram excluídos após o uso dos critérios de exclusão e inclusão supracitados, o que resultou em 13 artigos completos. Na fase da elegibilidade constatou-se que um artigo estava na língua alemã, o qual foi excluído. Consequentemente, o resultado foi de 12 artigos com elegibilidade.

2.2 Aspectos metodológicos do estudo empírico

2.2.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo transversal, quantitativo e correlacional. Os estudos de corte transversal visualizam a situação de uma população em um determinado momento, como instantâneos da realidade (Rouquayrol & Almeida Filho, 2006). A pesquisa quantitativa precisa ter um problema muito bem definido, como as informações e as teorias a respeito do objeto a ser investigado. Ou seja, só faz estudo de natureza quantitativa quando se tem controle do que se vai investigar e, principalmente, conhecer as propriedades do objeto em questão (Silva, Lopes, & Braga Junior, 2014; Silva & Simon, 2005). O principal objetivo da ciência é compreender as variáveis. Sendo assim, utiliza-se o delineamento correlacional para investigar as relações entre as variáveis (Dancey & Reidy, 2019).

2.2.2 Participantes

A população amostral deste estudo foi composta por 68 profissionais de saúde que atuam nos CAPS do município da cidade de Goiânia. Contudo, ressalta-se que este é um recorte do projeto de pesquisa intitulado “Qualidade de vida, sofrimento psíquico e

manifestações psicossomáticas do trabalhador” e que obteve um universo amostral de 428 participantes de 7 instituições de saúde localizadas na cidade de Goiânia, que objetivou a validação do instrumento Questionário de Avaliação de Assédio Moral no Trabalho (QAAMT).

2.2.3 Materiais

Os instrumentos usados foram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido TCLE, questionário sociodemográfico, o protocolo *Total Quality of Work Life - 42* (TQWL-42) e o Questionário de Avaliação de Assédio Moral no trabalho (QAAMT). O questionário sociodemográfico foi elaborado especialmente para esta investigação, composto por 31 questões fechadas, que abordaram os seguintes temas, dados pessoais, profissionais e hábitos de vida.

O protocolo TQWL – 42 é composto por 42 questões que são divididas igualmente em cinco esferas: Biológicas e Fisiológicas, Psicológico e Comportamental, Sociológico e Relacional, Econômico e Político e Ambiental e Organizacional. Tem o objetivo de avaliar a qualidade de vida no trabalho de forma global, sem o enfoque em um aspecto específico. A construção e a validação seguiu os moldes dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL) e fundamentou-se nos modelos teóricos clássicos de qualidade de vida no trabalho, com direcionamento para a sociedade contemporânea brasileira. As questões são fechadas e utilizam uma escala de respostas do tipo Likert, constituída por cinco elementos, variando entre 1 e 5, 0% a 100%, representando os extremos respectivamente. Uma questão objetiva diagnostica o nível com o qual a variável abordada no aspecto está presente na vida do trabalhador e a outra avalia a satisfação do trabalhador com relação a tal variável (Dias, Chaveiro, & Porto, 2018; Pedroso, Pilatti, Gutierrez, & Picinin, 2011).

Pedroso et al. (2011) detalham que cada esfera é composta por quatro aspectos. Desta forma, a esfera Biológica e Fisiológica é formada pelos aspectos como disposição física e mental, capacidade de trabalho, serviços de saúde e assistência social e tempo de repouso. Psicológica e Comportamental é a esfera que contempla os aspectos autoestima, significância da tarefa, feedback e desenvolvimento pessoal e profissional. Os aspectos que constituem a esfera Sociologia e Relacional são: liberdade de expressão, relações interpessoais, autonomia e tempo de lazer. Os recursos financeiros, benefícios extras, jornada de trabalho e segurança de emprego são os aspectos que compõem a esfera Econômica e Política. E por último, os aspectos condições de trabalho, oportunidade de crescimento, variedade da tarefa e identidade da tarefa integram a esfera Ambiental e Organizacional.

O instrumento apresenta características psicométricas satisfatórias, como o coeficiente alfa de Cronbach de valor ($\alpha = 0,8568$), ou seja, o (α) possui o valor maior que 0,70 e menor a 0,90, o que permite dizer que a consistência interna é alta. Realizou também o teste de validade de conteúdo do instrumento em exame, em que este foi avaliado por um grupo de juízes, composto por seis pesquisadores doutores da área da QVT. Após a avaliação foram feitos os ajustes e eliminação dos erros (Dias et al., 2018; Pedroso et al., 2011).

A correção das questões segue a metodologia utilizada nos instrumentos WHOQOL (WHOQOL - 100, WHOQOL - Bref, WHOQOL - HIV, WHOQOL - HIV -Bref, WHOQOL - OLD, WHOQOL - SRPB e WHOQOL - Bref - LIBRAS). Deste modo, na formulação de questões, a escala de resposta é invertida e esse procedimento objetiva padronizar todas as respostas do instrumento. O TQWL-42 utiliza também modificação das questões que apresentam tal peculiaridade. O objetivo é padronizar todas as respostas do protocolo. Por isso que, quanto mais negativa a resposta, mais próximo de 1, e quanto mais positiva a resposta, mais próximo de 5. Sendo assim, o maior valor sempre representará o resultado

mais positivo. No instrumento TQWL-42 são as questões, A1.1, A4.1, B1.1, C2.1, D3.1, D4.1 e E3.1 que recebem a inversão (Pedroso et al., 2011).

O cálculo dos escores do instrumento TQWL-42, inicialmente, deu-se por meio do programa de estatística *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, versão 20.0)*, como sugerido pela OMS, para calcular os escores de todos os instrumentos WHOQOL. Mas Pedroso et al. (2011) relatam que, devido à dificuldade na utilização do *software* SPSS e grande parte das instituições não possuem o registro legal da utilização do *software*, os mesmos construíram uma ferramenta através do *software* Microsoft Excel para calcular os escores e realizar a estatística descritiva do instrumento. O *download* do site *software* pode ser realizado através da URL: <http://www.brunopedrosa.com.br/tqwl42.htmls>. A validação da sintaxe SPSS e da ferramenta desenvolvida no Microsoft Excel ocorreu com simulações com os dados reais de aplicações do TQWL-42, que comparou os resultados alcançados através do programa de estatística desenvolvido no Microsoft Excel com os resultados da sintaxe do SPSS. Os resultados finais dos dois *softwares* foram exatamente iguais, o que garante a fidedignidade das duas ferramentas utilizadas (Dias et al., 2018; Pedroso et al., 2011).

O Questionário de Avaliação de Assédio Moral no Trabalho (QAAMT) é composto de 30 itens que avaliam o mesmo construto, assédio moral no trabalho, em três situações diferentes, assédio moral advindas do chefe, da equipe e dos colegas de trabalho, em um formato de tipo Likert, que varia em frequência de vivências representadas nos itens (1 = nunca; 2 = quase nunca; 3 = às vezes; 4 = quase sempre; 5 = sempre). A escala que avalia o assédio moral do gestor direcionada ao trabalhador apresentou (KMO = 0,91; Teste de esfericidade de Barlett = 5259,753, $p < 0,001$; *communalities* variando de 0,431 a 0,070) e coeficiente alfa de Cronbach de valor ($\alpha = 0,925$), ou seja, o (α) possui o valor maior que 0,90, o que permite dizer que a consistência interna é muito alta. A escala assédio moral da equipe para o colega na análise fatorial exploratória apontou o seguinte resultado (KMO =

0,898; Teste de esfericidade de *Barlett* = 4990,875, $p < 0,001$; *communalities* variando de 0,335 a 0,746) e coeficiente alfa de Cronbach de valor ($\alpha = 0,891$). Possui o valor maior que 0,70 e menor 0,90, o que permite dizer que a consistência interna é alta. A escala assédio moral apresentou disponíveis (KMO = 0,919; Teste de esfericidade de *Barlett* = 5889,475 $p < 0,001$; *communalities* variando de 0,444 a 0,678) e coeficiente alfa de Cronbach de valor ($\alpha = 0,930$) sendo maior que 0,90, o que permite dizer que a consistência interna é muito alta. Na análise de juízes foi avaliada a pertinência do construto por três profissionais especialistas (profissionais com títulos de mestre e doutorado), seguindo as orientações de Pasquali (2017). O grau de concordância foi calculado pelo coeficiente kappa (k) que, segundo Silva e Paes (2012), deve atingir um valor próximo de 1 para ser aceito. Sendo assim, o resultado obtido foi de $k=0,95$, indicando que há concordância aceitável.

2.2.4 Procedimento

O procedimento da coleta de dados dos 428 participantes ocorreu em dois momentos diferentes. A coleta de dados relativa aos 360 profissionais abordados pelo grupo de pesquisa coordenador da investigação principal se deu da seguinte forma: após a liberação por meio do Comitê de Ética do Parecer Consubstanciado do CEP – PUC Goiás, cada instituição foi contactada por meio dos seus coordenadores. Acordado o aceite em participar da pesquisa, os pesquisadores foram ao encontro dos trabalhadores. A coleta foi de forma presencial, no qual os trabalhadores, após receberem as explicações por parte dos pesquisadores, receberam o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), que assinaram. Após assinatura, receberam o questionário, sendo que a maioria respondeu sozinho e, ao terminar, colocava dentro do envelope e devolvia fechado para os pesquisadores. Os participantes que pediam para os pesquisadores auxiliar no preenchimento do instrumento, no final era colocado no envelope e fechado sem identificar o participante.

Quanto à amostra referente aos 68 profissionais abordados por este estudo, todos eram trabalhadores da Saúde Mental lotados nos CAPS da cidade de Goiânia e, espontaneamente, assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), como também responderam de forma completa os instrumentos de coleta. Assim, diante do contexto retromencionado, não foram aplicados os critérios de exclusão.

Para que a atual pesquisa fosse realizada nos CAPS, foram protocolados, no dia 16 de maio de 2019, via e-mail, no Núcleo de Pesquisa da Escola Municipal de Saúde Pública (EMSP), o projeto, conforme modelo da EMSP, e o requerimento de Pesquisa Científica que, após análise, liberou o número do protocolo 22/19 e a Carta de Anuência para que esta pudesse ser registrada junto ao Comitê de Ética. Como a pesquisa em epígrafe se trata de um recorte do projeto intitulado “Qualidade de vida, Sofrimento Psíquico e Manifestações Psicossomáticas do Trabalho”, inseriu-se a Carta na Plataforma Brasil, que foi apreciado e aprovado no Comitê de Ética de Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (CEP PUC Goiás) sob o nº 1.246.875.

Com a liberação por meio do Comitê de Ética do Parecer Consubstanciado do CEP, este foi protocolado via e-mail no Núcleo de Pesquisa (EMSP), que encaminhou o parecer e o projeto para a Gerência de Saúde Mental. Neste departamento analisou-se a viabilidade de realização do estudo e o parecer foi favorável. Em seguida, o documento retornou para EMSP por meio do Núcleo de Pesquisa, que emitiu a Autorização para Condução da Pesquisa em duas vias; uma foi entregue ao pesquisador e a outra ficou arquivada na EMSP.

A autorização mencionada no parágrafo anterior foi liberada no começo de março de 2020, ou seja, antes do início das medidas preventivas contra o coronavírus. Com efeito, a coleta de dados estava planejada para iniciar em abril, porém, com o advento da pandemia, a pesquisa presencial mostrou-se inviável. Contudo, no mês de maio foi liberada a realização da coleta via digital. Desta forma, o projeto foi novamente protocolado no dia 24 de maio de

2020 com as devidas mudanças no cronograma e no tipo de coleta, que passou a ser desenvolvida pela plataforma digital *Google Forms*. A resposta da nova solicitação saiu com parecer favorável em 2 de julho de 2020.

Com a nova Autorização para Condução da Pesquisa, foi solicitado junto à Gerência de Saúde Mental a lista de telefones dos 10 CAPS (CAPS Esperança, CAPS Noroeste Transtorno Mental Adulto, CAPS Noroeste Álcool e Drogas (AD), CAPS Girassol, CAPS Beija Flor, CAPS Vida, CAPS AD Casa, CAPS Novo Mundo e CAPS Água Viva). O primeiro contato aconteceu por meio de uma ligação telefônica para cada CAPS no intuito de propor um horário com o gestor geral e explicar sobre a pesquisa. Após uma explanação sobre o trabalho a ser realizado e de como seria feita a coleta de dados, os gestores concordaram e passaram os seus contatos para viabilizar a disponibilização do *link* e as explicações necessárias sobre a pesquisa. Por meio do grupo de trabalho no whatsapp, cada gestor encaminhou para os profissionais de saúde o *link*, as explicações e o número do celular da pesquisadora, para que, caso surgisse alguma dúvida, entrassem em contato. Tal dinâmica foi pensada objetivando maior flexibilização e adesão à pesquisa, visto que o grupo de trabalho poderia, a seu tempo e hora, acessar a plataforma para assinar o TCLE, caso assim escolhesse, e responder aos instrumentos. A coleta iniciou-se no dia 1º de agosto de 2020 através do *link* disponibilizado, que oportunizou o acesso ao TCLE e aos instrumentos. Considerou-se como adesão da pessoa à investigação quando esta marcasse no formulário do TCLE a opção ACEITO PARTICIPAR. Ressalta-se que somente com essa auto declaração o participante teria acesso à pesquisa. Todos os instrumentos, incluindo o TCLE, contém exatamente os mesmos conteúdos da versão impressa. A coleta finalizou-se no dia 12 de setembro de 2020 com 68 participantes.

2.2.5 Análise de dados

A estatística descritiva dos instrumentos foi realizada da seguinte forma: todos os dados foram analisados por meio do *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS-20.0). Para o processo de validação do Questionário de Avaliação de Assédio Moral no Trabalho a validade foi testada por meio da análise fatorial, que conforme Pasquali (2007, 2012) possibilita avaliar a validade de construto. Já a confiabilidade deste instrumento foi testada pela análise de consistência interna de Alfa de Cronbach. Estas análises foram realizadas para cada escala do QAAMT. A análise dos dados sociodemográficos se deu através da estatística descritiva com avaliação da frequência. A análise dos dados do TQWL-42 deu-se também por meio do programa (SPSS, versão 20.0) e não foi utilizada a ferramenta sugerida por Pedroso et al. (2011), *software Microsoft Excel*.

2.3 Produtos

Os produtos deste estudo são apresentados na forma de três artigos:

Produto 1 – Assédio Moral e Qualidade de Vida dos Trabalhadores da Saúde Mental: Uma Revisão Sistemática;

Produto 2 – Construção e Validação do Questionário de Avaliação de Assédio Moral no Trabalho (QAAMT);

Produto 3 – Impacto do Assédio Moral na Qualidade de Vida dos Trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Município de Goiânia.

**Artigo 1 - Assédio Moral e Qualidade de Vida dos Trabalhadores da Saúde Mental:
uma Revisão Sistemática¹**

Bullying and quality of life of Health workers: a systematic review

Acoso moral y calidad de vida de los profesionales sanitarios: Una revisión sistemática.

Resumo

Objetivo: Realizar uma revisão sistemática sobre os impactos do assédio moral na qualidade de vida dos trabalhadores da saúde mental. **Método:** Revisão Sistemática que seguiu as orientações do PRISMA. As buscas foram nas bases de dados PubMed, Scielo e LILACS utilizando os seguintes descritores na língua inglesa: “*Bullying at work*” OR *Mobbing* AND “*Quality of life*” AND “*Mental health*”. Foi estabelecido o período de 10 anos, de 2010 a 2019, para essa busca que foi realizada entre outubro e novembro de 2019. **Resultados:** Foram identificados 128 artigos nos bancos de dados, sendo 20 eliminados por duplicidade, restando 108. Ao utilizar os critérios de inclusão, ficaram 13, dos quais após acesso completo aos seus conteúdos para elegibilidade, permaneceram 12 estudos. **Conclusão:** Assédio moral, *Bullying* ou *Mobbing*, seja qual for a denominação, afeta o trabalhador na sua condição física, psicológica e social. Na maioria dos artigos analisados os enfermeiros e médicos foram a população mais estudada do que os outros profissionais da saúde. A maioria dos estudos conclui que o assédio moral aumenta os sintomas da depressão. Podemos perceber também o adoecimento da instituição, aumento da rotatividade, baixa produção por falta de funcionário e atendimento ruim, levando a organização à fragilidade.

Descritores: *Assédio Moral no trabalho, qualidade de vida e saúde mental.*

¹ Este artigo foi escrito de acordo com as normas da Revista Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia, ISSN 9788-8575.

Abstract

Objective: To conduct a systematic review on the impacts of bullying on the quality of life of mental health workers. **Method:** Systematic Review that followed PRISMA's guidelines. The searches occurred in the PubMed, Scielo and LILACS databases using the following *keywords: "Bullying at work" OR Mobbing AND "Quality of life AND "Mental health"*. The 10-year period from 2010 to 2019 was selected for this search, which was conducted between october and november 2019. **Results:** 128 papers were identified in the databases, 20 of which were duplicated and then, eliminated, resulting 108 papers. After applying the inclusion criterion, 13 papers remained, which after full access to their contents for eligibility, then 12 studies remained. **Conclusion:** Bullying or *Mobbing*, whatever the denomination, affects the worker in his physical, psychological and social condition. In most of the articles analyzed, nurses and doctors were the population more studied than others health professionals. Most studies conclude that bullying increases the symptoms of depression. We can also notice the institution's illness, increased turnover, low production due to lack of employees and poor care leading the organization to fragility.

Keywords: *Bullying at work, Mobbing, Quality of life, Mental health.*

Resumen

Objetivo: Realizar una revisión sistemática sobre los impactos del acoso moral en la calidad de vida de los profesionales sanitarios. **Método:** Revisión sistemática que siguió los lineamientos de la plataforma PRISMA. Las búsquedas se realizaron en las bases de datos PubMed, Scielo y LILACS utilizando los siguientes descriptores en inglés: "*Bullying at work*" o *Mobbing* y "*Quality of life*" y "*Mental Health*". Se estableció el período de 10 años, desde 2010 a 2019, para esta búsqueda que se llevó a cabo entre octubre y noviembre de 2019. **Resultados:** Un total de 128 artículos fueron identificados en las bases de datos, siendo 20 que fueron eliminados por duplicación, quedando 108. Al utilizar los criterios de inclusión, quedaron 13, de los cuales, luego del acceso total a su contenido para elegibilidad, quedaron 12 estudios. **Conclusión:** Acoso Moral o *Bullying* o *Mobbing*, cualquiera que sea el nombre, afecta al trabajador en su condición física, psicológica y social. La mayoría de los artículos analizados, enfermeras y médicos fueron la población más estudiada que el resto de profesional sanitario. En la mayoría de los estudios concluyeron que el acoso aumenta los síntomas de la depresión. También podemos ver la enfermedad de la institución, el aumento de la rotación, la baja producción debido a la falta de empleados y el mal servicio que llevan la organización a la fragilidad.

Palabras Clave: *Bullying* en el trabajo, *Mobbing*, Calidad de vida y Salud mental.

Introdução

O campo da saúde do trabalhador busca compreender sobre o adoecer e morrer dos trabalhadores através dos processos de trabalho, conjuntos de valores, crenças e ideias e das representações sociais. A salubridade do ambiente de trabalho é o fator relevante para o bem-estar das populações, bem como os trabalhadores saudáveis são mais produtivos e, sendo assim, contribuem para o desenvolvimento econômico das sociedades modernas (Sousa-Uva & Serranheira, 2013).

Dejours e Abdoucheli (1994) relatam que a carga psíquica do trabalho se origina da relação entre a organização do trabalho com o homem, ou seja, é o resultado da defrontação do desejo do empregado à determinação do empregador. Desta forma, a carga psíquica de trabalho aumenta quando a liberdade dentro da organização diminui, gerando uma relação conflituosa, causando um sentimento de desprazer e tensão.

Todas as atividades de trabalho são complexas, seja em qual for a área profissional, por não ser apenas uma execução técnica e operacional, e por envolver uma diversidade de habilidades e competências de acordo com a tarefa laboral. O trabalho no contexto da saúde proporciona ao profissional um ambiente interdisciplinar e interinstitucional permeado de atividades e rotinas. No seu conjunto, tais atividades e rotinas podem gerar aos seus usuários ações que visam à promoção da saúde (Ferreira, 2015).

Em particular, o ambiente de trabalho na saúde mental é complexo por gerar inúmeras conexões, começando da estruturação dos serviços e qualidade no atendimento prestado, evoluindo para as relações de trabalho, a educação continuada, o uso de tecnologia e as execuções das técnicas de trabalho. Ou seja, é um contexto em que atuam vários profissionais da mesma área ou áreas distintas, gestores e usuários, ocorrendo várias inter-relações de interesses, podendo, conseqüentemente, causar conflitos e insatisfação (Guimarães, Jorge, & Assis, 2011).

A saúde é dividida em ações na Atenção Primária, Urgência e Emergência e a Atenção Especializada incluindo a Saúde Mental (ambulatórios, hospitais e centro de assistência psicossocial (CAPS)). Essa divisão deve ser sustentada por dois princípios, os doutrinários (integralidade, equidade e universalidade) e os organizacionais (regionalização, hierarquização, descentralização, resolutividade e participação da comunidade) (Crespo, Bottega, & Perez, 2014).

A Saúde Mental surge no Brasil com a Reforma Psiquiátrica, regulamentada pela Lei 10.216, sancionada em 06 de abril de 2001 com base na III Conferência Nacional de Saúde Mental, que auxiliou para delinear um contexto favorável e promissor para o campo da saúde mental no Sistema Único de Saúde (Ministério da Saúde, 2019). A Reforma Psiquiátrica brasileira (RPb) sofreu uma forte influência europeia, mas se desenvolveu de acordo com os princípios doutrinários e os organizacionais propostos pelo SUS, sendo concebida por uma ideia de ética e respeito à diversidade, buscando compreender o sofrimento humano em sua complexidade (Ramos, Paiva, & Guimarães, 2019).

A transição do modelo assistencial centrado nos hospitais (modelo hospitalocêntrico) para o modelo de atenção psicossocial foi acompanhada de sérios problemas no campo gerencial. Como a falta de investimento financeiro de dinheiro público e recursos humanos ocasiona carência de profissionais qualificados e diminuição salarial, não ocorre a reposição de profissionais efetivos, gerando, com isso, contratos temporários, cooperativas de profissionais, serviços terceirizados e até mesmo trabalho voluntário acarretando a sobrecarga de trabalho na equipe. Além da especificidade do trabalho na saúde mental, o profissional possui um contato contínuo com pessoas portadoras de transtornos mentais que resultam em sentimentos negativos, frustração com os resultados do trabalho, cansaço e medo de ser agredido. Sendo assim, os profissionais apresentam altos níveis de estresse, *burnout*, sintomas depressivos e desenvolvimento de patologias físicas (Santos et al., 2011).

Fernandes e Palucci Marziale (2014) apresentaram que o estresse se tornou fator de risco preocupante para os trabalhadores da saúde mental nos dias atuais, interferindo de forma direta na qualidade de vida (QV). Identificaram também que o assédio moral no trabalho aumenta o nível de estresse e, nessa tentativa de lidar com a situação, os trabalhadores recorrem a comportamentos inadequados, tais como abuso de álcool, drogas e remédios, isolamento e até o extremo, de ideação suicida.

Silva e Costa (2008) apresentaram que algumas condições vivenciadas pelos trabalhadores da saúde mental, tais como a baixa remuneração, a dupla ou tripla jornada, as condições inadequadas de trabalho, as relações interpessoais conflituosas com os colegas e com gestores diminuem a QV dos mesmos e fomenta o mal-estar no ambiente de trabalho. Em consequência, acarreta péssimo atendimento aos usuários e prejudica toda a instituição.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) entende que o construto QV é dinâmico, amplo e subjetivo e fundamenta-se nos seguintes domínios: saúde física, psicológica, nível de independência, relações sociais e meio ambiente. Assim, a percepção de QV está intrinsecamente modulada por como a pessoa vivencia os seus objetivos, expectativas e preocupações no seu contexto cultural (Landeiro, Pedrozo, Gomes, & Oliveira, 2011).

Partindo do conceito de QV proposto pela OMS, pode-se expressar que a condição de trabalho do indivíduo interfere de forma direta no seu bem-estar, mesmo porque o trabalho é uma condição de estruturação da subjetividade (Dejours & Abdoucheli, 1994). O trabalho para o homem é essencial, pois pode enobrecer a vida tanto nos aspectos sociais, quanto nas relações entre o homem e seu ambiente cultural. O trabalho ainda pode acarretar satisfação e produtividade, como também adoecimento e prejuízo na saúde das pessoas, proporcionando limitação temporária ou definitiva e, conseqüentemente, uma restrição social (Dutra, Costa, & Sampaio, 2016; Jorge et al., 2015).

Quando o trabalhador se sujeita a acelerar o seu ritmo, suportando continuamente demandas emocionais, físicas, intelectuais e, principalmente, tornando-se vítima de comportamentos de assédio moral, tais como comunicação antiética e comportamentos hostis por parte do gestor ou dos colegas, isso pode influenciar de forma negativa o seu bem-estar físico e mental (Crespo et al., 2014).

Desde muito tempo que sofrimento e opressão no ambiente de trabalho são fenômenos estudados, contudo, o assédio moral no trabalho (AMT) passou a ser pesquisado recentemente. O assédio moral é um fenômeno que provoca adoecimento físico e mental nos trabalhadores, melhor dizendo, é um processo de comportamento hostil continuado que provoca um impacto nas áreas sociais, físicas e mentais não apenas na vítima, mas também nos familiares e nos colegas de trabalho que testemunharam (Antunes, 2017; Silva & Raichelis, 2015).

A 108ª Conferência Internacional do Trabalho da Organização Internacional do Trabalho (OIT, 2019), de 10 de junho de 2019 em Genebra, após 10 anos de discussão, aprovou a Convenção 190, que define amplamente a expressão violência e assédio no mundo do trabalho. De acordo com a OIT (2019), a violência e AMT constituem um conjunto de comportamentos e práticas inaceitáveis manifestadas uma vez ou repetidamente que pode causar problemas nos aspectos físico, psicológico, sexuais e econômicos.

O AMT é composto por vários comportamentos hostis e antiéticos, como palavras faladas ou escritas, gestos e expressões direcionados por um grupo de pessoas do mesmo ambiente ou por um único indivíduo a outro. Estas condutas, às vezes conscientes ou inconscientes, podem resultar em sofrimento social, físico e psicológico, acarretando doenças psicossomáticas (De Campos & Rueda, 2016; Nunes, Tolfo, & Espinosa, 2018).

Assédio moral no ambiente de trabalho é um fenômeno, de acordo com Battistelli, Amazarray e Koller (2011), estudado de forma multidisciplinar, sobretudo pelo Direito,

Psicologia, Administração, Medicina do trabalho, Ciências Sociais e Enfermagem. De Campos e Rueda (2016) relatam que os estudos sobre assédio moral no trabalho têm ajudado a proporcionar a evolução da compreensão sobre o tema, incluindo a prevenção e a melhora da QV dos trabalhadores.

Leymann (1996) é um dos precursores a estudar AMT e o mesmo o denomina como *mobbing*, mas em alguns estudos o termo assédio moral foi denominado como *mobbing* (molestar) na Suécia, Estados Unidos, Alemanha e Itália; *bullying* (molestar) nos Estados Unidos e no Reino Unido; na Espanha temos psicoterror moral ou *acoso* moral (assédio moral); na França, *harcèlement* moral (assédio moral); e, *Murachibu* (ostracismo social) no Japão (Andrade, Leão, Costa, Brito, & Santos, 2015; Teixeira, Ferreira, & Borges, 2016).

Crawshaw (2009) se defende que deveria adotar apenas uma forma descritiva para o fenômeno assédio moral, evitando excesso de definições, para facilitar o desenvolvimento das práticas e propostas que estimulassem mais o envolvimento de acadêmicos, profissionais e diminuir os conflitos existentes que prejudicam a clareza, precisão das pesquisas e também a definição de legislações específicas do contexto. A autora defende o uso do termo violência psicológica (em inglês *psychological violence*). Mas por outro lado, os autores Guimarães e Rimoli (2006) defendem que a diversidade nominal obedece à pluralidade cultural, dando ênfase nos múltiplos aspectos que levam ao assédio moral no trabalho. E no mais, proporciona uma riqueza de conhecimentos, teorias, estudos e práticas culturais.

Leymann (1996) classifica a origem do assédio moral em: assédio vertical ou descendente, quando ocorre da chefia ao subordinado, utilizando do seu poder hierárquico para fins de verdadeiro abuso de poder; assédio ascendente é praticado pelo subalterno ao chefe, por exemplo, empregado que julga ser merecedor do cargo do chefe e/ou o grupo de funcionário quer sabotar o novo chefe; assédio horizontal, o fenômeno é percebido entre os

próprios colegas, motivado muitas vezes pela ambição e/ou pela discriminação motivadas por fatores raciais, políticos, religiosos, dentre outros.

Algumas pesquisas identificaram como principais consequências do assédio a existência de sofrimento psíquico e a baixa na qualidade de vida do trabalhador. Os fatores ambientais e de personalidade figuram como antecedentes do AMT, causando sintomas de estresse pós-traumático (De Campos & Rueda, 2016). Diante do exposto, é importante destacar que a QV do trabalhador está ligada com o bem-estar proporcionado pelo ambiente de trabalho. Assim, este estudo teve como objetivo geral realizar uma revisão sistemática sobre os impactos do assédio moral na qualidade de vida dos trabalhadores da saúde mental. Teve como objetivos específicos:

- Identificar como o assédio moral é percebido por parte dos trabalhadores da saúde no ambiente de trabalho;
- Levantar a origem do assédio moral, ou seja, se é ascendente, descendente ou horizontal;
- Destacar quais instrumentos estão sendo utilizados para constatar a ocorrência de assédio moral e qualidade de vida no contexto da saúde mental.

Método

Trata-se de uma Revisão Sistemática (RS) a partir das orientações do PRISMA, com intuito de analisar os diferentes impactos do assédio moral na qualidade de vida dos trabalhadores da saúde mental. As buscas foram feitas nas bases de dados PubMed, Scielo e LILACS, utilizando-se os seguintes descritores cadastrados no DeCs e no Mesh na língua inglesa: “*Bullying at work*” OR *Mobbing* AND “*Quality of life*” AND “*Mental health*”, “assédio moral no trabalho”, “qualidade de vida”, “qualidade de vida no trabalho”.

Foi estabelecido o período dos últimos 10 anos, de 2010 a 2019, para essa busca, que foi realizada entre outubro e novembro de 2019. Os critérios de inclusão foram: artigos de

revisão empíricos, publicados em português, inglês e espanhol, revisados por pares e realizados em ambiente de trabalho da saúde. Foram excluídos os artigos de revisão sistemática, artigos incompletos e estudos que ocorreram fora do ambiente de trabalho da saúde.

O processo de seleção dos artigos foi realizado por dois juízes independentes e as diferenças encontradas foram sanadas por consenso. Todos os artigos foram lidos na íntegra e suas informações foram ordenadas em uma planilha do Excel, incluindo título, referência, ano de publicação, base de dados, método, instrumentos de coleta de dados, participantes e os principais resultados. Os resultados da estratégia de busca foram apresentados por meio do fluxograma de pesquisa (Figura 1). A síntese dos artigos incluídos no estudo foi apresentada pela Tabela 1.

Resultados e Discussão

O número de artigos identificados nos bancos de dados foram 128, sendo que 20 destes estavam duplicados, restando 108 na fase de identificação. Na fase de seleção constatou-se que dos 108 artigos, 95 não contemplavam os critérios de inclusão supracitados, resultando em 13. Ao acessar os artigos completos avaliados para elegibilidade permaneceram 12 estudos, devido a exclusão de artigo por ser escrito em língua alemã.

Os artigos empíricos levantados foram de estudos realizados predominantemente na Europa (n= 5, 66%), seguido pela América do Sul (n= 4, 30%) e na Ásia (n=1, 4%). Os estudos norte-americanos e africanos encontrados não foram incluídos por não entrarem nos critérios propostos para essa revisão sistemática. Ou seja, foram eliminados os de revisão sistemática e os empíricos que não apresentavam estudos no ambiente de trabalho na saúde e com os participantes profissionais de saúde.

Em relação à data de publicação, houve um crescimento do interesse pelo tema a partir de 2014 (n= 9, 75%), dos quais sete artigos (58%) estão entre 2017 a 2019. Estes dados corroboram com os achados de Aoki e Guirardello (2019), que também relatam esse recente crescimento das publicações e explicam que o assédio moral no trabalho é o resultado de um contexto social e econômico, e explicam que a hipótese a ser levantada para o aumento de pesquisa, mesmo com o crescimento econômico que esses países estão vivenciando, é o adoecimento dos funcionários. Isso porque o crescimento econômico associado à modernização da gestão não significa o bem-estar do trabalhador (Soares & Oliveira, 2012). Outra hipótese discutida é a expansão da pós-graduação voltada para o tema saúde do trabalhador. Sendo assim, ocorreu aumento de estudo abordando essas variáveis, ou seja, nesse período o objeto de estudo saúde-ambiente-trabalho e as discussões sobre as relações foram mais frequentes e os profissionais da saúde foram os mais estudados (Vilela et al., 2018).

No estudo de Dal Pai et al. (2018), mesmo com o crescimento das pesquisas, relata-se que no contexto brasileiro ainda são insignificantes, principalmente, o assédio moral como um objeto de estudo complexo, com o método quantitativo e qualitativo, nas configurações físicas e psicológicas, sob a origem de relações humanas que geram agressões no ambiente de trabalho em saúde.

Os artigos analisados apresentaram a seguinte configuração em relação aos participantes. Estudos somente com enfermeiros foram (n=5, 41,2%); com os profissionais de saúde (n=4, 33,3%); e exclusivo com os médicos (n=3, 33%). Isto é, existem mais estudos com enfermeiros que com os demais profissionais da saúde. Estes dados podem ser explicados pelo fato do profissional de Enfermagem estar mais próximo aos pacientes e acompanhantes, ou seja, a Enfermagem é a equipe que tem o primeiro contato com o paciente, tanto no acolhimento quanto na triagem e, com isso, sofrem mais assédio moral

(Fisekovic, Terzic-Supic, Santric-Milicevic, & Trajkovic, 2017). Os enfermeiros são mais expostos ao assédio moral do que outros profissionais que fazem parte da equipe multiprofissional, tendo risco de 39% a 53% maior de sofrer violência no ambiente laboral que os demais (Estes, 2013).

Em referência aos instrumentos utilizados nos estudos observou-se que n=3, 25% aplicaram questionários sociodemográfico, socioprofissional e pessoal para comprovação das variáveis propostas. O resultado mais significativo em relação aos questionários aplicados mostrou que os participantes vítimas do assédio moral relataram, em sua maioria, que foram vítimas por terem filhos. Em relação ao assédio moral no trabalho no setor privado e público, os estudos mostraram que este ocorre tanto no serviço público quanto no privado. A diferença é que no setor público o assédio não ocorre pela produtividade como na rede privada, mas está associado à disputa por chefias, ou seja, disputa pelo poder (Fontes & Carvalho, 2012; Fontes et al., 2013; Pinto & Nunes, 2017; Rosta & Aasland, 2018). Os comportamentos de assédio moral no serviço público podem durar anos, sendo que o funcionário público tem estabilidade e não pode ser mandado embora. Outro fator é a dificuldade de diálogo com o alto escalão, muitas vezes barrado pela burocracia (Fontes et al., 2013).

As escalas utilizadas nos estudos analisados, na maioria, estavam relacionadas aos objetivos propostos pelos mesmos. Os estudos que trabalharam com mais de uma escala foram (n=8, 66,7%), e apenas (n=4, 33,3%) que manipularam um instrumento. As mais usadas foram *Negative Acts Questionnaire* (NAQ) (n=2, 16,7%), *Bergen Bullying Indicator* (n=2, 16,7%) e o *Workplace violence in the health sector* (n=2, 16,7%). O NAQ foi utilizado nos estudos dos autores Samsudin et al. (2019) e de Iglesias e Vallejo (2014), sendo que no primeiro foi aplicado para atender o objetivo que tinha o intuito de determinar o papel das características organizacionais na formação dos médicos residentes. No segundo estudo auxiliou na busca de examinar a associação entre o assédio moral e autoestima nos

enfermeiros espanhóis. Possui 22 itens que se referem a atos negativos no contexto laboral, contendo cinco níveis de respostas que varia de “nunca” a “diariamente”. Aoki e Guirardello (2019) relatam que é um instrumento bastante utilizado em estudos que buscam compreender sobre o *bullying* e avalia a ocorrência no dia a dia, semanalmente, até mensalmente.

Bergen Bullying Indicator foi manipulado nas pesquisas dos autores Hogh et al. (2011) e dos autores Hogh et al. (2018). Este questionário nas duas pesquisas foi validado e adaptado para os funcionários dinamarqueses da saúde. É escolhido pelos estudos devido à sua capacidade ampla de avaliar *bullying* e para atender os objetivos propostos. É composto por seis perguntas, sendo que três fazem relação entre funcionário e seus colegas e três sobre a gerência, trabalhando com cinco tipos de respostas que variam de “o tempo todo” a “nunca”.

Workplace violence in the health sector é uma escala que avalia o grau de preocupação do participante em relação à violência física, sexual e psicológica no seu ambiente laboral, tendo cinco níveis de respostas que varia de “bastante preocupado” a “nada preocupado”. Na pesquisa dos autores Fisekovic et al. (2017) a escala foi aplicada para avaliar a prevalência e as características de violências entre funcionários da saúde em Belgrado, na Sérvia, sendo adaptado para os funcionários sérvios. Dal Pai et al. (2018) aplicaram para analisar a presença da violência física e psicológica entre os trabalhadores da saúde e identificar e compreender a origem das violências no ambiente laboral.

Ao analisar os instrumentos utilizados nos artigos selecionados para correlação entre a variável independente (VI) assédio moral e a variável dependente (VD) QVT apresentam os seguintes resultados, utilizaram: duas ou mais escalas (n=5, 42%), pesquisa qualitativa usando somente uma entrevista (n=1, 8%), pesquisa que não identificou no corpo do artigo as escalas (n=2, 17%), (n=4, 33%) utilizaram apenas uma escala.

No estudo dos autores Høgh et al. (2018) utilizaram o *Copenhagen Psychosocial Questionnaire* (COPSOQ) e o instrumento *Bergen Bullying Indicator* para avaliar e investigar a associação entre assédio moral e a qualidade de atendimento dos enfermeiros em casas de repouso. O COPSOQ é uma escala de origem dinamarquesa com objetivo de avaliar os riscos ocupacionais de natureza psicossocial, sendo um instrumento direcionado para prevenção. Composto por um conjunto de 128 itens agrupados em 41 escalas específicas com os seguintes domínios (fatores do ambiente de trabalho, conflito trabalho – família, e valores do ambiente do trabalho) com cinco opções de resposta (sempre, frequentemente, às vezes, raramente e nunca/quase nunca), a que são atribuídos de acordo com cinco graus (0, 25, 50, 75 e 100) (Kristensen, Borg, Pejtersen, & Bjorner, 2010).

Iglesias e Vallejo (2014), ao examinarem associação entre o AMT e autoestima nos enfermeiros espanhóis, utilizaram as escalas NAQ e Escala Autoestima Rosenberg (EAR). A escala EAR é composta por dez sentenças do tipo, “De uma forma geral (apesar de tudo), estou satisfeito (a) comigo mesmo (a)” com quatro opções de respostas (concordo plenamente, concordo, discordo, discordo plenamente). Este estudo concluiu que quanto mais baixo o nível de autoestima, mais alto o profissional tem dificuldade de lidar com situações de assédio AMT.

Em relação à origem do assédio, apenas quatro artigos dos analisados (33,3%) propuseram nos objetivos identificar a origem do assédio moral. E destes, dois (50%) não conseguiram identificar as origens do comportamento de assédio devido a um erro funcional do sistema WEB durante a fase de análise. Fisekovic et al. (2017) mostram que (n=806, 47,8%) dos participantes sofreram assédio dentro do ambiente de trabalho. Destes, 380 participantes (52,1%) sofreram por parte dos pacientes, 155 relataram que sofreram assédio horizontal, por parte dos colegas de trabalho (21,4%), 104 participantes (14,3%) sofreram por parte dos acompanhantes dos pacientes e 79 (10%) sofreram o assédio descendente, por parte

dos gestores. Este estudo corrobora com os de Dal Pai et al. (2018), que apresentam também o paciente como principal agressor (n=98, 35,5%); seguido pelos colegas, horizontal, (n=70, 25,3%); em terceiro pelos gestores, vertical ou descendente, (n=60, 21,7%); e pelos acompanhantes (n=43, 15,5%) e outros agentes (n= 6, 2,1%). Esses dados são justificados porque a maioria dos participantes, como apresentado acima, são da categoria profissional enfermeiros, mesmo em estudo que a amostra era profissional de saúde, devido à equipe de Enfermagem ser mais próxima aos pacientes e acompanhantes como explicado anteriormente.

Ao verificar nos estudos incluídos para RS como o assédio é percebido por parte dos trabalhadores da saúde no ambiente do trabalho, notou-se que a maioria dos participantes não sofreram nenhum tipo de comportamento abusivo, hostil e/ou antiético, seja físico ou psicológico. Na pesquisa dos autores Fontes et al. (2013) com uma amostra de 199 participantes, apenas 23 (11,6%) relataram que sofreram assédio moral. Fontes e Carvalho (2012) mostram que, da sua amostra (n=230), apenas (n= 68, 29,65%) dos participantes assinalaram terem vivido situações de assédio moral no trabalho.

O assédio moral é uma prática tanto explícita quanto implícita, ou seja, com comportamentos agressivos, gritos e/ou comportamentos sutis e velados. Muitas vezes as vítimas não conseguem perceber o assédio. Por outro lado, tem a subjetividade, que a pessoa sofre violência psicológica, mas como não tem agressão física não se considera uma vítima do assédio moral. Sendo assim, o trabalhador acredita ser uma característica de um conflito normal no ambiente de trabalho e não se reconhecendo como vítima (Hagopian, Freitas, & Baptista, 2017).

Loerbroks et al. (2015) concluíram que o assédio moral aumenta os sintomas da depressão. Ou seja, é uma correlação positiva ($r = + 1,00$), quanto mais a pessoa sofre de assédio moral mais os sintomas de depressão aumentam. Os principais resultados encontrados

por Hagopian et al. (2017) referem-se às consequências físicas, psicológicas e sociais, provocadas pela experiência com assédio moral no ambiente do trabalho. O assédio moral também pode ser o fator para demissão do trabalhador. A correlação entre assédio moral e a intenção de sair é uma correlação positiva ($r=+ 1,00$), levando ao aumento da rotatividade dentro da organização de saúde (Hogh et al., 2011).

Atualmente, os funcionários optam pelas empresas ou instituições que tem o programa de QVT que gera segurança e satisfação. Desta forma, têm como objetivo de zelar pelo ambiente laboral que oferece aos seus empregados e que seja motivador para diminuir o problema da rotatividade (Mandú, Correia, & Sousa, 2018).

Os dados apresentados corroboram com a definição de que o assédio moral é composto por comportamentos hostis e práticas de violências físicas e psicológicas no contexto laboral. É um agente estressor ocupacional que pode causar doenças psicológicas, físicas, sexuais e sociais. Ou seja, o assédio moral é um fator de risco à saúde dos trabalhadores, diminuindo a sua qualidade de vida (De Campos & Rueda, 2016).

Conclusão

A revisão sistemática proporcionou uma visão ampla sobre o tema, nos quais os estudos analisados buscaram examinar os diferentes impactos do assédio moral na qualidade de vida dos trabalhadores da saúde mental.

O atual estudo trouxe dados expressivos de novas pesquisas correlacionando assédio moral, QVT e trabalhadores da saúde. O aumento do número de pesquisas veio a partir de 2014, sendo que mais de 50% das publicações estão entre 2017 a 2019. São importantes esses dados porque os funcionários estão adoecendo e as pesquisas ajudam a diagnosticar, traçar novos tratamentos, estratégias para o enfrentamento, e o principal, ocorrer a transformação significativa da sociedade e na vida da pessoa.

Verificou-se como o assédio moral é percebido por parte dos trabalhadores da saúde mental, e os resultados obtidos pelos artigos examinados em que a maioria não sofreu nenhum comportamento relacionado ao assédio moral. Esse resultado justifica-se devido ao assédio apresentar comportamentos agressivos, gritos e/ou comportamentos sutis e velados. Por isso, a importância de mais pesquisas sobre o tema para esclarecer sobre esse agente estressor que vem aumentando os sintomas da depressão, gerando consequências físicas e sociais.

Este estudo avaliou como lacuna o fator origem do assédio. Nenhum artigo analisado avaliou o assédio ascendente, que é o assédio do funcionário ao gestor. É imprescindível avaliar o contexto como um todo, buscar qual agente está levando o adoecimento do ambiente laboral. Ou seja, deve-se examinar se o assédio é ascendente (dos funcionários para os gestores), vertical (dos gestores para os funcionários) e o horizontal (entre colegas) para diminuir os riscos de baixa na qualidade de vida dos trabalhadores. Outro aspecto relevante que nenhum dos artigos analisados trouxe na sua temática foi a discussão sobre a desigualdade de gênero, melhor dizendo, se a mulher sofre mais assédio moral mais que o homem. Da mesma forma os estudos não trouxeram para as discussões a relação entre condições de trabalho e o assédio moral.

Verifica-se nos artigos analisados uma ausência de estratégias efetivas de prevenção como políticas públicas e institucionais para o controle do assédio moral no contexto laboral.

A partir deste estudo sugere-se mais pesquisas envolvendo todos os funcionários da instituição de saúde, ou seja, com toda equipe técnica e os administrativos. A concepção de saúde não se baseia mais no modelo centrado na doença e sim numa compreensão do princípio da integralidade da atenção, ou seja, numa perspectiva interdisciplinar e multiprofissional.

Conclui-se que o Assédio moral afeta o trabalhador na sua condição física, psicológica e social. Pode-se receber, também, o aumento de casos de adoecimento na instituição, aumento da rotatividade, baixa produção por falta de funcionário e atendimento ruim, levando a organização à fragilidade.

Referências

- Andrade, C. G. de, Leão, J. D. M., Costa, I. C. P., Brito, F. M. De, Santos, K. F. O., & Costa, S. F. (2015). Assédio moral na atenção básica segundo os profissionais de enfermagem/MORAL HARASSMENT IN PRIMARY CARE ACCORDING TO NURSING PROFESSIONALS. *Trabalho, Educação e Saúde*, 13(16781007), 77–90. Recuperado <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00031>
- Antunes, J. (2017). Assédio Moral No Trabalho: Revendo a Evidência. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 18(3), 669-680. Recuperado de <https://doi.org/10.15309/17psd180304>
- Aoki, R., & Guirardello, E. B. (2019). Bullying no ambiente de trabalho da Enfermagem: revisão integrativa. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 40(0).
- Battistelli, B. M., Amazarray, M. R., & Koller, S. H. (2011). Mobbing at work according to operators of the law. *Psicologia e Sociedade*, 23(1), 35-45. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S0102-71822011000100005>
- Crawshaw, L. (2009). Workplace bullying? Mobbing? Harassment? Distraction By a Thousand Definitions. *Consulting Psychology Journal*, 61(3), 263-267. Recuperado de <https://doi.org/10.1037/a0016590>
- Crespo, Á. R., Bottega, C. G., & Perez, K. V. (2014). *Atenção à saúde mental do trabalhador: Sofrimento e transtornos psíquicos relacionados ao trabalho* (1ª edição; Evangraf, ed.). Porto Alegre.
- Dal Pai, D., Sturbelle, I. C. S., Santos, C. dos, Tavares, J. P., & Lautert, L. (2018).

VIOLENCIA FÍSICA E PSICOLÓGICA PERPETRADA NO TRABALHO EM SAÚDE
PHYSICAL AND PSYCHOLOGICAL VIOLENCE IN THE WORKPLACE OF. *Texto & Contexto Enfermagem*, 27(1), 1-10.

De Campos, M. I., & Rueda, F. J. M. (2016). Assédio moral: Evidências de validade de escala e relações com qualidade de vida no trabalho. *Avaliacao Psicologica*, 15(1), 21-30.

Recuperado de <https://doi.org/10.15689/ap.2016.1501.03>

Dejours, C., & Abdoucheli, E. (1994). Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho. *IN: Psicodinâmica Do Trabalho: Contribuição Da Escola Dejouriana à Análise Da Relação Prazer, Sofrimento e Trabalho.*, (January), 119-145. Recuperado de

<https://www.researchgate.net/publication/268349248>

Dutra, F. C. M. S. e, Costa, L. C., & Sampaio, R. F. (2016). A influência do afastamento do trabalho na percepção de saúde e qualidade de vida de indivíduos adultos. *Fisioterapia e Pesquisa*, 23(1), 98-104. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/1809-2950/14900923012016>

Estes, C. J. (2013). Acordo laboral y estilos de afrontamiento en enfermeras de um hospital infantil em lá ciudad de México. Recuperado em

<http://132.248.9.195/ptd2013/junio/0695002/ainda.html>

Fernandes, M. A., & Palucci Marziale, M. H. (2014). Riscos ocupacionais e adoecimento de trabalhadores em saúde mental. *ACTA Paulista de Enfermagem*, 27(6), 539-547. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/1982-0194201400088>

Ferreira, A. P. (2015). Satisfação, sobrecarga de trabalho e estresse nos profissionais de serviço de saúde mental. *Revista Brasileira de Medicina Do Trabalho*, 13(2), 91-99.

Fisekovic, M. B. K., Terzic-Supic, Z. J., Santric-Milicevic, M. M., & Trajkovic, G. Z. (2017).

Encouraging employees to report verbal violence in primary health care in Serbia: A cross-sectional study. *Zdravstveno Varstvo*, 56(1), 11-17. Recuperado de

<https://doi.org/10.1515/sjph-2017-0002>

- Fontes, K. B., & Carvalho, M. D. de B. (2012). Variables involved in the perception of psychological harassment in the nursing work environment. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(4), 761-768. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/s0104-11692012000400017>
- Fontes, K. B., Santana, R. G., Pelloso, S. M., & Carvalho, M. D. de B. (2013). Factors associated with bullying at nurses' workplaces. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(3). Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000300015>
- Guimarães, J. M. X., Jorge, M. S. B., & Assis, M. M. A. (2011). (In)satisfação com o trabalho em saúde mental: Um estudo em centros de atenção psicossocial. *Ciencia e Saude Coletiva*, 16(4), 2145-2154. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000400014>
- 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. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/s0102-37722006000200008>
- Hagopian, E. M., Freitas, G. F., & Baptista, P. C. P. (2017). Assédio moral no trabalho de enfermagem - Asedio moral en el trabajo de Enfermería - Moral hazard in nursing work. *Cogitare Enferm*, 15(1), 1-8. Recuperado de <https://doi.org/10.18471/rbe.v31i1.16588>
- Hogh, A., Baernholdt, M., & Clausen, T. (2018). Impact of workplace bullying on missed nursing care and quality of care in the eldercare sector. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 91(8), 963-970. Recuperado de <https://doi.org/10.1007/s00420-018-1337-0>
- Hogh, A., Hoel, H., & Carneiro, I. G. (2011). Bullying and employee turnover among healthcare workers: A three-wave prospective study. *Journal of Nursing Management*, 19(6), 742-751. Recuperado de <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2011.01264.x>
- Iglesias, M. E. L., & Vallejo, R. B. D. B. (2014). Prevalence of bullying at work and its

association with self-esteem scores in a Spanish nurse sample. *Contemporary Nurse*, 42(1), 2-10. Recuperado de <https://doi.org/10.5172/conu.2012.42.1.2>

Jorge, J. C., Marques, A. L. N., Côrtes, R. M., Ferreira, M. B. G., Haas, V. J., & Simões, A. L. de A. (2015). *Qualidade de vida e estresse de agentes comunitários de saúde de uma cidade do interior de Minas Gerais*. 4(1), 28-41. Recuperado de <https://doi.org/10.18554>

Kristensen, R. D., Borg, V., Pejtersen, J. A. N. H., Sønderga, T., & Bjorner, J. B. U. E. (2010). *The second version of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire*. 38(August 2009), 8-24. Recuperado de <https://doi.org/10.1177/1403494809349858>

Landeiro, G. M. B., Pedrozo, C. C. R., Gomes, M. J., & Oliveira, E. R. de A. (2011). Revisão sistemática dos estudos sobre qualidade de vida indexados na base de dados Scielo. *Ciencia e Saude Coletiva*, 16(10), 4257-4266. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001100031>

Leymann, H. (1996). The content and development of mobbing at work. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5(2), 165-184. Recuperado de <https://doi.org/10.1080/13594329608414853>

Loerbroks, A., Weigl, M., Li, J., Glaser, J., Degen, C., & Angerer, P. (2015). Workplace bullying and depressive symptoms: A prospective study among junior physicians in Germany. *Journal of Psychosomatic Research*, 78(2), 168-172. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.10.008>

Mandú, M. J., Correia, J. S., & Souza, M. F. de. (2018). Qualidade de Vida no Trabalho : um Estudo Bibliométrico da Pesquisa em Português Quality of Work Life : a Bibliometric Study of Portuguese Research. *Revista Multidisciplinar e de Psicologia*, 12(19811179), 1114-1128. Recuperado de <https://doi.org/10.14295/online.v12i40.1174>

MS, M. da S. (2019). *Lei 10.2016 06 de abril de 2001. Reforma Psiquiatrica Brasileira*. Recuperado de www.sus.ms.br

- Nunes, T. S., Tolfo, S. D. R., & Espinosa, L. M. C. (2018). Assédio Moral no Trabalho: A Compreensão dos Trabalhadores sobre a Violência. *Revista de Gestão e Secretariado*, 9(2), 205-219. Recuperado de <https://doi.org/10.7769/gesec.v9i2.629>
- OIT, O. I. do T. (2019). Actas Provisionales 103. *Conferencia Internacional Do Trabalho: Quinto Punto Del Orden Del Día: La Violencia y El Acoso En El Mundo Del Trabajo*, 1-16. Ginebra.
- Pinto, A. S., & Nunes, A. J. (2013). Acoso laboral y estilos de afrontamiento en enfermeras de un hospital infantil en la ciudad de México. *Revista Enfermagem*, 25(1), 1-5. Recuperado de <https://doi.org/10.12957/reuerj.2017.14460>
- Pinto, A. S., & Nunes, A. J. S. (2017). Mobbing entre enfermeiros: Um estudo empírico. *Revista Enfermagem*, 25(1), 1-5. Recuperado de <https://doi.org/10.12957/reuerj.2017.14460>
- Ramos, D. K. R., de Paiva, I. K. S., & Guimarães, J. (2019). Qualitative research in the context of Brazilian Psychiatric Reform: Voices, places, skills/actions. *Ciencia e Saude Coletiva*, 24(3), 839-852. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.00512017>
- Rosta, J., & Aasland, O. G. (2018). Perceived bullying among Norwegian doctors in 1993, 2004 and 2014-2015: A study based on cross-sectional and repeated surveys. *BMJ Open*, 8(2), 1-10. Recuperado de <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018161>
- Samsudin, E. Z., Isahak, M., Rampal, S., Rosnah, I., & Zakaria, M. I. (2019). Organisational antecedents of workplace victimisation: The role of organisational climate, culture, leadership, support, and justice in predicting junior doctors' exposure to bullying at work. *International Journal of Health Planning and Management*, (October), 1-22. Recuperado de <https://doi.org/10.1002/hpm.2926>
- Santos, A. M. dos, Cardoso, D. A. J., Vieira, D. P. B., Araújo, F. C., Farias, H. S. de, Mota, S. P. da, ... Bahia, S. H. A. (2011). Análise dos níveis de satisfação de trabalhadores de saúde

mental de um Hospital público de referência psiquiátrica em Belém (PA). *Rev. Baiana Saúde Pública*, 35(4), 813-825.

Silva, E. A. da, & Costa, I. I. da. (2008). Saúde mental dos trabalhadores em saúde mental: estudo exploratório com os profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial de Goiânia/Go. *Psicologia Em Revista*, 14(1), 83-106. Recuperado de <https://doi.org/10.5752/P.1678-9563.2008v14n1p83-106>

Silva, O. D., & Raichelis, R. (2015). O assédio moral nas relações de trabalho do(a) assistente social: *Serviço Social & Sociedade*, 123, 582-603.

Soares, A., & Oliveira, J. A. (2012). Assédio moral no trabalho Frequência e duração A intencionalidade do assédio O gênero do assédio moral. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 37(126), 195-202.

Sousa-Uva, A., & Serranheira, F. (2013). Work and health/disease: The continuous challenge of occupational risk prevention and the recurrent forgetfulness of health promotion | Trabalho e Sa?de/(Doen?a): O desafio sistem?tico da preven??o dos riscos profissionais e o esquecimento reiterado da . *Revista Brasileira de Medicina Do Trabalho*, 11(1).

Teixeira, A., Ferreira, T., & Borges, E. (2016). Bullying no trabalho: Percepção e impacto na saúde mental e vida pessoal dos enfermeiros. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 15(15), 23-29. Recuperado de <https://doi.org/10.19131/rpesm.0128>

Vilela, R. A. de G., Jackson Filho, J. M., Querol, M. A. P., Gemma, S. F. B., Takahashi, M. A. C., Gomes, M. H. P., ... de Almeida, I. M. (2018). Expansion of the object of surveillance for occupational accidents: History and challenges underwent by a reference center aiming at prevention. *Ciencia e Saude Coletiva*, 23(9), 3055-3066. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/1413-81232018239.21952016>

Tabela 1: Resumo dos estudos incluídos na revisão sistemática sobre o impacto do assédio moral na qualidade de vida do trabalhador da saúde mental

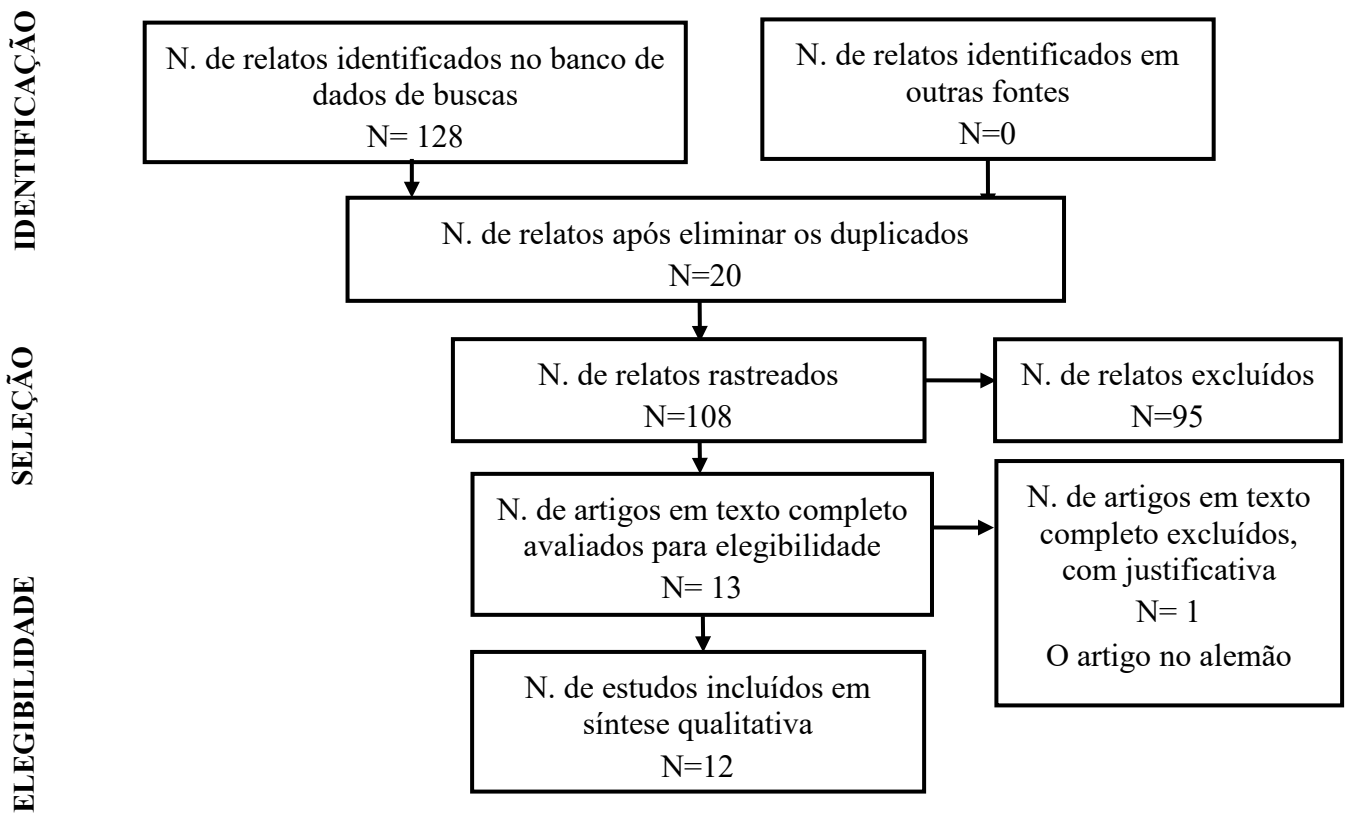
Autor/Ano	Título	Objetivo	Método	Instrumentos	Participantes	Principais Resultados
Loerbroks, Weigl, Li, Glaser, Degen e Angerer (2015)	Workplace bullying and depressive symptoms	Avaliar a relação entre assédio moral no trabalho e depressão nos médicos em dois momentos (T1) e (T2).	Quantitativo longitudinal randômico.	- Scale German Spielberger's; - State-trait Depression Scales; - Entrevista estruturada.	507 médicos	O assédio moral e os sintomas de depressão se correlacionam de forma positiva ($r=+1,00$). O assédio moral aumenta os sintomas da depressão em ambos períodos, no primeiro (T1) ano e no terceiro ano (T3).
Hogh, Hoel, e Carneiro, (2011)	Bullying and employee turnover among healthcare workers: three-wave prospective study	Investigar o assédio moral e o risco de rotatividade de profissionais de saúde em um hospital.	Quantitativo estudo de coorte Correlacional	- Bergen Bullying Indicator (Einarsen & Raknes 1991) adaptado para os funcionários dinamarqueses.	2154 profissionais da saúde que responderam os questionários em 3 etapas.	Houve correlação significativa ($r=+1,00$) entre assédio moral e intenção de sair.
Fontes e Carvalho (2012)	Variáveis envolvidas na percepção do assédio moral no ambiente laboral de Enfermagem	Identificar a percepção de enfermeiros sobre o assédio moral no trabalho, condutas vivenciadas e variáveis envolvidas.	Quantitativo, transversal descritivo exploratório.	2 questionários: - Um construído para avaliar os dados sociodemográficos; - Outro não especificado, apenas relata que é para identificar o comportamento de assédio moral e psicológico nos últimos 12 meses.	230 enfermeiros que trabalham em hospitais públicos e privados.	149 participantes (64,82%) testemunharam colegas sofrendo assédio. Foram 68 participantes (29,65%) que relataram serem vítimas de assédio no trabalho, sendo que 12 (16,58%) relataram que sofreram ataques verbais.
Fisekovic, Terzic-Supic,	Encouraging employees to report verbal	Avaliar a prevalência e as	Quantitativo transversal descritivo.	Workplace Estudos de casos de violência na	1330 profissionais da saúde,	(n= 635, 47,8%) relataram ter submetidos à

Santric-Milicevic e Trajkovic (2017)	violence in primary health care in Serbia: A cross-sectional study	características de violência verbal como parte da violência psicológica entre funcionários da atenção saúde em Belgrado (Sérvia).		saúde, foi traduzido e adaptado para os padrões da Sérvia.	sendo que 86,6% eram médicos, 13,4% não médicos.	violência verbal no local de trabalho; Ataques verbais: 97,4% sofreram dentro da organização de saúde. Origens: 52,1% vieram de pacientes.
Hogh, Baernholdt, e Clausen (2018)	Impacto of workplace bullying on missed nursing care na quality of care in the eldercare sector	Investigar a associação entre assédio moral no trabalho e a falta da assistência da Enfermagem (T1) e qualidade da assistência (T2).	Estudo Quantitativo de coorte.	- Bergen Bullying Indicator adaptado para os funcionários dinamarqueses; - Questionário Psicossocial de Copenhague (COPSOQII).	4000 profissionais de saúde divididos em 268 grupos de trabalho.	308 participantes (7,7%) no (T1) relataram que foram expostos ao assédio moral nos últimos 12 meses. No (T1) relataram que ao serem intimidados aumenta a probabilidade de não trabalharem em casa de repouso que possuem essa prática.
Samsudin, Isahak, Rampal, Rosnah e Zakaria (2019)	Organisational antecedents of workplace victimisation : the role of organisational climate, culture, leadership, support, and justice in predicting Junior doctors exposure to bullying at work	Determinar o papel das características organizacionais na formação dos médicos residentes.	Quantitativo transversal.	Foram 5: - Escala CLIOR versão abreviada; - Questionário da Estrutura dos valores competitivos (CVFQ); - Inquérito Apoio organizacional percebido (SPOS) versão abreviada; - Negative Acts Questionnaire (NAQ) - Escala Justiça Organizacional (OJS).	1074 médicos trabalhadores de hospitais na Zona Central e interior da Malásia.	134 dos participantes (13%) relataram ter sofrido assédio. Os participantes que trabalhavam em departamento com neutralidade apresentaram menores chances de assédio. Diferente dos participantes que trabalhavam em departamentos com clima negativo.
Iglesias e Vallejo	Prevalence of bullying at	Examinar a correlação	Quantitativo transversal	- Escala de autoestima	538 enfermeiros	A prevalência de assédio

(2014)	work and its association with self-esteem score uma a Spanish nurse sample	entre o assédio moral e autoestima, nos enfermeiros espanhóis.	descritivo.	Rosemberg (SER); - Questionário de Actos Negatives (NAQ) padronizado para Espanha.	que trabalham em hospitais.	moral é alta entre os enfermeiros espanhóis e estão associados a níveis de baixo de autoestima. Ou seja, quanto mais baixo o nível de autoestima mais alta a dificuldade de lidar com o assédio moral.
Fontes, Santana, Peloso e Carvalho (2013)	Fatores associados ao assédio moral no ambiente laboral do enfermeiro	Identificar os enfermeiros vítimas de assédio moral no trabalho e os fatores associados.	Quantitativo descritivo-exploratório.	- Questionário socioprofissiográfico; - Leymann Inveritory Psychological Terrorization. Ambos em formato impresso e eletrônico.	199 enfermeiros de hospitais públicos e privados.	23 participantes (11,6%) foram vítimas do assédio moral, sendo que a maioria relatou que por causa de terem filhos. Outro ponto importante que o Assédio moral no setor público é associado ao poder.
Rosta e Aasland (2018)	Perceivid bullying among Norwegian doctors in 1993, 2004 and 2014-2015 a study based on cross-sectional and repeated surveys	Examinar a prevalência nos últimos 12 meses de assédio moral no trabalho para médicos com traços de personalidade.	Quantitativo corte transversal.	Conjunto de 16 diferentes questionários distribuídos de forma aleatória e cada médico (participante) recebeu 4, sendo 1 básico e outros 3 com temas diferentes.	3608 médicos noruegueses .	Estudo transversal de 2014-2015 apresentou o neuroticismo significativo associado com assédio moral.
Pinto e Nunes (2017)	Mobbing entre enfermeiros: em estudo empírico	Avaliar a experiência de condutas de mobbing nos enfermeiros de um hospital da Região Centro de Portugal.	Quantitativa descritiva transversal correlacional .	- Escala de Avaliação de Condutas de Mobbing; - Questionário Sociodemográfico, socioprofissional e pessoal.	218 enfermeiros de hospitais públicos.	201 (92,2%) experimentaram pelo menos uma conduta de Mobbing. Em média os enfermeiros sofrem 12 condutas de Mobbing.
Dal Pai, Stubelle, Santos e	Violência Física e Psicológica	Analisar a presença da violência	Abordagem Mista- Quali-Quanti	- Quantitativa: Survey Questionnaire	269 profissionais da saúde	170 (63,2%) trabalhadores afirmaram ter

Tavares (2018)	perpetrada no trabalho em saúde	física e psicológica entre trabalhadores da saúde, identificar seus perpetradores e compreender a origem das agressões.	Quantitativa amostra aleatória de 269 profissionais Qualitativa 20 sujeitos vítimas e violência física e/ou psicológica.	Workplace violence in the health sector. - Qualitativa: Entrevista semiestruturada para compreender a origem e as situações em que ocorre a violência laboral.	para amostra quantitativa; 20 profissionais da saúde para amostra qualitativa.	sofrido violência. 83% Perpetrados, sendo que 35,4% pacientes, 21,7% da chefia, 15,5% acompanhantes e 2,1% de outro tipo.
Hagopian, Freitas e Baptista (2017)	Assédio moral no trabalho em Enfermagem	Compreender as vivências dos enfermeiros resultantes de exposição ao assédio moral no ambiente de trabalho.	Qualitativo como referência metodológico foi Fenomenologia Sociológica de Alfred Schutz, que permite compreender a vivência dos enfermeiros.	- Entrevista semiestruturada com questões norteadoras, visando alcançar o objetivo proposto pela pesquisa.	9 enfermeiros	Os principais resultados encontrados referem-se às consequências físicas e psíquicas que afetam tanto a vida pessoal quanto o desempenho profissional dos enfermeiros, fato que envolve o medo que esses profissionais têm de se posicionar em relação à sua situação vivenciada.

Figura 1: Fluxograma PRISMA sobre o impacto do assédio moral na qualidade de vida dos trabalhadores da saúde



Artigo 2 - Construção e Validação do Questionário de Avaliação de Assédio

Moral no Trabalho (QAAMT)²

Construction and Validation of the Questionnaire of Evaluation of Bullying at Work

Enviroment (QAAMT)

Construcción y validación del cuestionario de evaluación del acoso moral laboral.

Resumo

Este estudo tem como objetivo demonstrar o processo de construção e validação do Questionário de Avaliação de Assédio no Trabalho (QAAMT), que avalia o assédio moral no trabalho nas manifestações horizontal (equipe para trabalhador e colegas para trabalhador) e vertical descendente (chefe para trabalhador). O instrumento é composto de 30 itens em cada escala, é autoaplicativo e possui os itens claros e compreensivos. Participaram da pesquisa 428 profissionais que atuam na área da saúde, distribuídos em sete instituições localizadas na cidade de Goiânia, Goiás. Destes, 315 (73,6%) são do sexo feminino, 101 (23,6%) do sexo masculino e 12 (2,8%) não responderam. A análise de consistência interna de Alfa de Cronbach de cada escala apresentou $\alpha=0,925$ na manifestação chefe para trabalhador, $\alpha=0,891$ na equipe para trabalhador e $\alpha =0,93$ de colegas para trabalhador. Conclui-se que o QAAMT apresentou validade do construto Assédio Moral adequada, isto é, apresentou confiabilidade, validade e objetividade e está de acordo com o objetivo proposto e com o grupo ou indivíduo a serem avaliados.

Palavras-chave: Assédio Moral, Escala, Validação.

² Este artigo foi escrito de acordo com as normas da Revista Psico-USF Universidade São Francisco. ISSN 1413-8271.

Abstract

This study aims to demonstrate the process of construction and validation of the Questionnaire of Evaluation of Bullying at Work Environment (QAAMT), which assesses, moral harassment at work in the horizontal (team for workers and colleagues for workers) and vertical descending (head to worker) manifestations. The instrument is composed of 30 items on each scale, it is self-application and has clear and comprehensive items. The study was conducted at 428 professionals working in the health area, distributed in seven institutions located in Goiânia, Goiás. Of these, 315 (73.6%) are female, 101 (23.6%) males and 12 (2.8%) did not respond. The internal consistency analysis of Cronbach Alpha of each scale presented $\alpha=0.925$ in the head-to-worker manifestation, $\alpha=0.891$ in the team and for workers and $\alpha =0.93$ for workers. It is concluded that the QAAMT presented validity of the construct Adequate Moral Harassment, which means that it presented reliability, validity and objectivity and it is in accordance with the proposed objective and with the group or individuals to be evaluated.

Keywords: Bullying, Scale, Validate.

Resumen

Este artículo tiene por objetivo demostrar el proceso de construcción y validación del Cuestionario de Evaluación del Acoso Laboral (QAAMT) que evalúa el acoso laboral en las manifestaciones horizontales (equipo para trabajador y compañeros para trabajador) y descendente vertical (jefe para trabajador). El instrumento consta de 30 ítems en cada escala, es auto aplicable y tiene ítems claros y comprensibles. Un total de 428 profesionales de la salud participaron en siete instituciones ubicadas en la ciudad de Goiânia, Goiás. De estos, 315 (73,6%) son mujeres, 101 (23,6%) son hombres y 12 (2, 8%) no respondió. El análisis de consistencia interna del alfa de Cronbach de cada escala mostró $\alpha = 0,925$ en la cabeza para trabajador, $\alpha = 0,891$ en el equipo para trabajador y $\alpha = 0,93$ en compañeros para trabajador. Se concluye que el QAMMT presentó validez del constructo acoso moral adecuada, es decir, presentó confiabilidad, validez y objetividad y está de acuerdo con el objetivo propuesto y con el grupo o individuo a evaluar.

Palabras Clave: Acoso moral, Escala, Validación y Acción.

Introdução

Quando o trabalhador sofre abusos, ameaças ou ataque no ambiente de trabalho e/ou em circunstâncias relacionadas à sua atividade laboral, também no trajeto de ida ou volta do trabalho, inclusive por meio de mensagens por meios remotos de comunicação, esse fenômeno é classificado como Assédio Moral no Trabalho - AMT (Xavier et al., 2008). Tal fenômeno, ainda, demanda a existência de instrumentos de avaliação que sejam validados em cada cultura.

A 108ª Conferência Internacional do Trabalho, da Organização Internacional do Trabalho (OIT, 2019), de 10 de junho de 2019, em Genebra, após 10 anos de discussão, aprovou a Convenção 190, que define amplamente a expressão violência e assédio no mundo do trabalho. De acordo com a OIT (2019), a violência e o AMT constituem um conjunto de comportamentos e práticas inaceitáveis, manifestadas uma vez ou repetidamente, que pode causar problemas nos aspectos físico, psicológico, sexuais e econômicos na vida das pessoas envolvidas.

O AMT é composto por vários comportamentos hostis e antiéticos, tais como palavras faladas ou escritas, gestos e expressões direcionados por um grupo de pessoas do mesmo ambiente ou por um único indivíduo a outro (Leymann, 1996). Estas condutas, às vezes conscientes ou inconscientes, podem resultar em sofrimento social, físico e psicológico, acarretando diversas manifestações psicossomáticas (De Campos & Rueda, 2016; Nunes, Tolfo, & Espinosa, 2018; Soares & Oliveira, 2012).

Cilliers (2012) explica que AMT se manifesta com um processo dinâmico, intenso e sistêmico inconsciente envolvendo o agressor, a vítima e a instituição. Sendo assim, entender e detectar este fenômeno é uma tarefa difícil, porque pode acontecer de forma sutil, com poucas palavras, mas com gestos e olhares, do que com agressões físicas, levando até mesmo a própria vítima a se confundir e os colegas não perceberem o que o outro está passando

(Barreto & Heloani, 2015; Hagopian, Freitas, & Baptista, 2017; Skogstad, Mattusen, & Einarsen, 2007).

Estudar os comportamentos do AMT é importante para compreender e reduzir os seus impactos sobre a qualidade de vida do trabalhador e também na organização. Contudo, AMT é um fenômeno multifacetado e multicausal, que foca tanto no indivíduo, como nas relações sociais e no seu contexto (Lima, Bispo, Gonçalves, & Coelho, 2014; Martins & Ferraz, 2011), requerendo sistematização em sua avaliação.

Desta forma, o objetivo deste estudo é construir e validar um questionário que avalie o assédio moral no trabalho nas manifestações horizontal (equipe para trabalhador e colegas para trabalhar) e na vertical descendente (chefe para trabalhador). Este estudo é um recorte de um projeto guarda-chuva coordenado por Souza e Costa Neto, intitulado Qualidade de vida, sofrimento psíquico e manifestações psicossomáticas do trabalhador. Este estudo é caracterizado como Projeto de Pesquisa Científica, desenvolvido no estado de Goiás, por meio de um desenho quantitativo e qualitativo de investigação, com objetivo geral de analisar indícios de qualidade de vida, de sofrimento psíquico e de manifestações psicossomáticas em trabalhadores do estado de Goiás, na área da saúde, no âmbito da atenção primária, secundária e terciária e tendo como um dos objetivos específicos a construção e a validação do QAAMT.

Método

Participantes

Participaram deste estudo 428 profissionais que trabalham em instituições da área da saúde no estado de Goiás. Destes, 315 são do sexo feminino (73,6%), 101 masculinos (23,6%) e 12 não responderam (2,8%). Em relação à idade, a distribuição em categorias

ficou: de 18 a 30 anos (n= 152; 35,5%); 31 a 40 anos (n= 162; 37,9%); 41 a 50 anos (n= 70; 16,4%), 50 a 60 anos (n= 28; 6,5%); maior que 60 anos (n= 28; 6,5%) e 14 participantes não responderam (3,3%). Ao avaliar o estado civil percebeu-se que 190 pessoas disseram serem casadas (44,4%), 169 solteiras (39,5%), 33 separadas (7,7%), 22 outras (5,1%) e 14 não responderam (3,3%). Em relação à escolaridade obtiveram-se os seguintes resultados distribuídos em categorias: ensino fundamental incompleto (n= 3; 0,7%); ensino fundamental completo (n= 2; 0,5%); ensino médio incompleto (n= 85; 19,9%); ensino médio completo (n= 27; 6,3%), ensino superior incompleto (n= 163; 38,1%); ensino superior completo (n= 26; 6,1%); pós-graduação (n= 78; 18,2%), técnico (n= 16; 3,7%); mestrado (n=9; 2,1%); doutorado (n=2; 0,5%) e 17 (4,0%) não responderam.

Instrumentos e Procedimentos

Segundo Pasquali (2007), a construção e a validação de um instrumento psicológico devem seguir três procedimentos, quais sejam: teórico, experimental e analítico. Nos procedimentos teóricos foi definido o objeto psicológico (violência psicológica), o atributo do qual a avaliação se dirige (assédio moral no trabalho) e o tipo de assédio moral no trabalho que seria avaliado.

Assim, conceitua-se a violência psicológica como transgressão ao conjunto de regras que mantém o convívio social entre os trabalhadores de forma harmônica. Geralmente, este tipo de violência é estabelecido como imposição do uso de poder, com a ajuda de instrumentos coercitivos, a fim de concretizar o abuso (Soboll, 2008). Institui-se de forma invisível e indiciosa e compreende uma série de comportamentos, tais como coações, violações do direito, assédio psicológico, ameaças, pressões psicológicas, humilhações, intimidações, atitudes rudes e agressivas, comportamentos hostis, entre outros comportamentos degradantes (Melo, 2019).

A partir da definição e seguindo os critérios de construção do instrumento de medidas psicológicas (Pasquali, 2007), retirou-se como atributo da violência psicológica o assédio moral no trabalho, que é conceituado como forma extrema e específica desta. É conhecido no mundo do trabalho como terror psicológico, onde há uma comunicação hostil e antiética dirigida a um indivíduo, sistematicamente, advinda de um ou mais indivíduos, de forma que coloca o assediado em uma condição indefesa e de impotência (Leymann, 1996). Assim, entende-se por assédio moral no trabalho um conjunto de comportamentos e práticas inaceitáveis, voltadas para uma pessoa e que são manifestadas uma vez ou repetidamente e que pode causar problemas nos aspectos físico, psicológico, sexuais e econômicos (Melo, 2019), ou seja, o assédio moral ocorre por meio de um concentrado de atitudes sobre um indivíduo, quando há a intenção de atacá-lo (Freire, 2008). No entanto, existem autores como Einarsen, Hoel, Zapf e Coope (2003) que entendem que o caráter de intencionalidade não seja requisito necessário para afirmar a presença de assédio moral no trabalho, e que basta constatar os seus efeitos para confirmar sua existência.

Definiu-se para construção deste instrumento de medidas que o assédio moral no trabalho se refere a qualquer conduta de abuso, palavra, gesto ou atitudes que agridam a integridade psíquica ou física de uma pessoa, com a finalidade de ameaçar o emprego ou de degradar o clima organizacional do trabalho, ou seja, a qualquer ato de importunar, denegrir ou danificar a imagem do outro (Hirigoyen, 2009; Hirigoyen, 2011). Segundo Soares e Oliveira (2012), este é um processo multicausal que foca tanto no indivíduo, como nas relações sociais e no seu contexto, podendo se manifestar de diferentes formas: descendente, quando vem de alguém com cargo superior/chefias; horizontal, com agressões cometidas entre colegas e/ou pela equipe de trabalho direcionada ao colega; e mista, quando o assédio vem de mais de uma direção (Lima et al., 2014). Teoricamente, entendeu-se que, embora o

assédio moral no trabalho possa se manifestar de fontes adversas, este construto apresenta-se como um conjunto de vivências que se agrupam em um único fator.

Ao finalizar os itens das escalas que compõem o questionário realizou-se a aplicação do instrumento piloto em um único campo de estudo, em que se testou a compreensão das frases que o compõem e das instruções inseridas nele. Este grupo de pessoas que respondeu ao questionário de assédio moral no trabalho indicou que houve compreensão da proposta do instrumento, ou seja, avaliou-se a validade aparente pela análise semântica. A análise semântica tem como objetivo checar a compreensão dos itens na população a qual se destina o instrumento. Assim, ao final da aplicação foi realizado um momento com um grupo estruturado com alguns dos respondentes. Neste momento foi realizada uma chuva de ideias buscando se houve a compreensão dos itens que compõem as escalas do QAAMT, momento em que se comprovou a validade aparente do instrumento (Pasquali, 1999). Não foram necessárias alterações no instrumento, visto que todos os componentes do grupo concordaram que as frases estavam compreensíveis para avaliar o que pretendia avaliar. Assim, passou-se para a análise de juízes.

Na análise de juízes foi avaliada a pertinência do construto a ser avaliado. Seguiram-se as orientações de Pasquali (2017), estruturando-se um comitê composto por três profissionais especialistas (profissionais com títulos de mestre e doutor). A concordância dos juízes foi realizada buscando a concordância qualitativamente. Nesta avaliação é proposto que se avalie a qualidade do instrumento nos aspectos de abrangência, clareza, relevância, representatividade; e clareza e abrangência, nos aspectos teóricos propostos pelo objetivo do estudo (Alexandre & Coluci, 2011). Este grau de concordância foi calculado pelo coeficiente kappa (k), que segundo Silva e Paes (2012) deve atingir um valor próximo de 1 para ser aceito. Neste estudo obteve-se $k=0,95$, indicando haver concordância aceitável.

Finalizou-se, portanto, a parte dos procedimentos teóricos da construção deste instrumento como o piloto validado. Assim, o Questionário de Avaliação de Assédio Moral no Trabalho (QAAMT), em suas versões que avaliam as vivências de assédio moral advindas do chefe, da equipe e dos colegas de trabalho, foi estruturado com três escalas contendo 30 questões cada, em um formato tipo Likert, que varia em frequência de vivências representadas nos itens (1= nunca; 2= quase nunca; 3= às vezes; 4= quase sempre; 5= sempre).

Em seguida, foi-se para a etapa dos procedimentos experimentais (Pasquali, 2007), momento em que foram definidos os campos de coletas de dados (instituições da área da saúde). A escolha da amostra foi definida como de conveniência, pois não houve distribuição aleatória dos grupos pelas condições experimentais, e por não haver manipulação da variável independente (Fife-Schaw, 2010). Assim, o QAAMT foi aplicado em uma amostra de 428 profissionais que atuam na área de saúde, distribuídos em sete instituições localizadas na cidade de Goiânia, Goiás. A fim de manter o sigilo das mesmas, estas são intituladas como Instituição A (n= 131, 30,7%), B (n=29, 6,8%), C (n=96, 22,4%), D (n=44, 10,3%), E (n=34, 7,9%), F (n=25, 5,8%) e G (n=68, 15,9). No entanto, um participante não respondeu em qual instituição ele trabalha (n=1, 0,2%).

Após a coleta de dados passou-se para os procedimentos analíticos a fim de validar e normatizar ao QAAMT. Inicialmente realizou-se a análise de correlação entre as escalas componentes do QAAMT. A fim de avaliar se poderia realizar análise fatorial para cada escala, realizou-se a análise correlacional entre as três escalas e observou-se que elas apresentam correlações significativas ($r \geq 0,40$; $p \leq 0,05$) entre si. Outro requisito avaliado foi se tratar de variáveis contínuas e o número de participantes correspondente a 5/1 para quantidade de variável (Hair et al., 2006). Entendendo que cada escala do QAAMT é composta de 30 itens e que avaliam o mesmo construto, embora em três situações diferentes,

pode-se dizer que se trata de uma razão de 15/3, que poderia ser representada por apenas 45 participantes. No entanto, como a amostra da coleta foi de 428 participantes para três variáveis, ultrapassou-se o valor considerado necessário para uma análise robusta.

As análises foram realizadas utilizando o pacote estatístico *Statistical Package for Social Science* (SPSS 22.0). A validade do QAAMT foi testada por meio da análise fatorial, que conforme Pasquali (2007, 2012) possibilita avaliar a validade de construto. Já a confiabilidade deste instrumento foi testada pela análise de consistência interna de Alfa de Cronbach. Estas análises foram realizadas para cada escala do QAAMT.

Resultados e Discussão

As análises foram realizadas separadamente para cada escala do QAAMT. Assim, foram realizadas as análises fatoriais e de consistência interna do instrumento para cada uma das escalas: de assédio moral do gestor para com o trabalhador, da equipe para com o trabalhador e dos colegas para com o trabalhador.

Realizou-se a análise fatorial exploratória dos componentes principais a fim de verificar a fatoração dos dados para a escala que avaliar o assédio moral do gestor direcionado ao trabalhador. Observou-se por meio desta análise que existe fatorabilidade dos dados disponíveis (KMO = 0,917; Teste de esfericidade de *Barlett* = 5259,753, $p < 0,001$; *communalities* variando de 0,431 a 0,707). O *Scree plot* apresentou uma mudança indicando que há seis fatores com autovalores superiores a 1 (de 1,030 a 10,070), ilustrando uma estrutura multifatorial. Porém, quando se analisa o gráfico do *Scree plot* (Catell, 1978), observa-se que há uma mudança forte na direção da curva para um único fator com autovalor 10,070, ilustrando uma estrutura unifatorial. Conforme Laros (2012), essa mudança no gráfico se refere ao momento em que os pontos que ficam acima da reta representam os fatores triviais e é essencial para que se extraia o número de fatores de forma correta (Figura

1). Assim, considera-se o fator que está apresentado no gráfico antes da dispersão e que os dados sofram uma queda abrupta refletida em uma linha horizontal, linha marcada por pontilhados vermelhos.

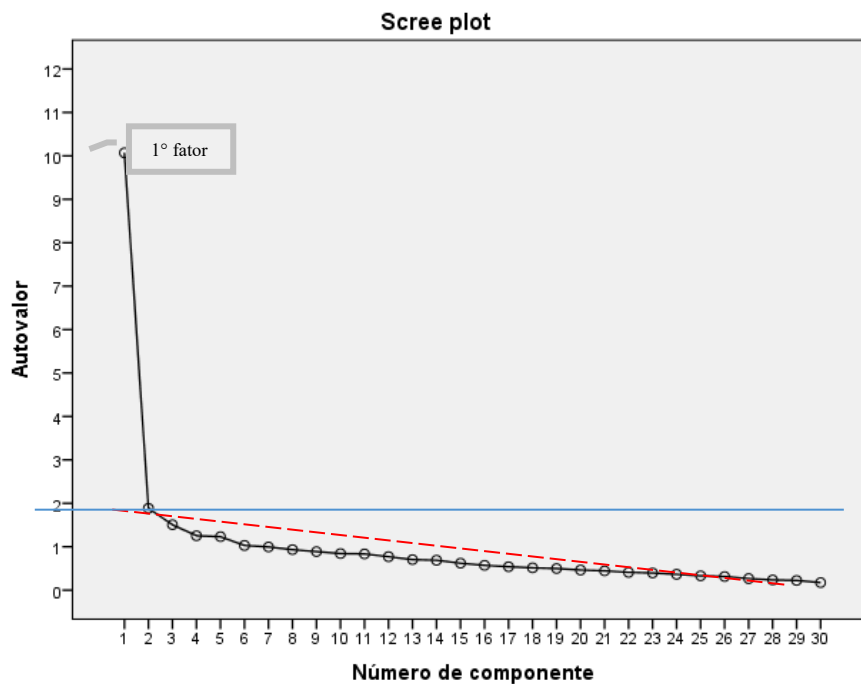


Figura 1. Gráfico Scree Plot da análise fatorial para QAAMT chefe-trabalhador

Repetiu-se a análise fatorial para componentes principais (PC) buscando confirmar a existência de um fator e observou-se que seria necessário eliminar sete itens que não apresentaram correlação aceitável ($r > 0,40$). Após eliminar esses itens, repetiu-se a análise sem eles, passando o modelo a explicar a variabilidade de 40,372%. Esta escala ficou composta por 23 itens apresentando consistência interna entre os itens de $\alpha = 0,925$. Diante destes dados, essa escala apresentou validade de construto adequada. A Tabela 1 contém a definição do atributo mensurado, seus respectivos itens e os coeficientes de precisão.

Tabela 1. Quadro representativo da análise PAF, contendo conceito do atributo e a consistência interna do atributo, os itens da escala e suas cargas fatoriais

Definição do construto Assédio Moral, itens e coeficiente de precisão		
Itens	Definições	Índices de Precisão
<i>Assédio moral do chefe para com o empregado</i>	Refere-se a qualquer conduta de abuso, palavra, gesto ou atitudes que agridam a integridade psíquica ou física de uma pessoa, com a finalidade de ameaçar o emprego ou de degradar o clima organizacional do trabalho, ou seja, a qualquer ato de importunar, denegrir ou danificar a imagem do outro (Hirigoyen, 2009; 2011). Processo multicausal que foca tanto no indivíduo, como nas relações sociais e no seu contexto, podendo se manifestar de forma descendente, quando vem de alguém com cargo superior/chefias (Lima et al., 2014).	$\alpha=0,925$
2	AMA2 Sou criticado em tudo que faço.	0,544
3	AMA3 Percebo barreiras impedindo a minha comunicação eficaz junto ao meu grupo de trabalho.	0,595
4	AMA4 Sinto que existem tons de ameaça na fala direcionada a mim.	0,706
5	AMA5 Ouço falar que tenho dificuldades de adaptação.	0,640
6	AMA6 Sou chamado de desequilibrado(a).	0,573
7	AMA7 Percebo comentários sobre mim que podem me prejudicar.	0,743
8	AMA8 Sinto que sou criticado.	0,701
9	AMA9 Me sinto desrespeitado em relação ao meu conhecimento e a minha experiência de trabalho.	0,798
10	AMA10 Recebo recados, ao invés de falarem diretamente comigo.	0,608
11	AMA11 Existe discriminação em relação ao meu trabalho.	0,613
13	AMA13 Sou acusado de cometer erros que ninguém já havia cometido.	0,595
14	AMA14 Nas reuniões sou impedido de falar.	0,557
15	AMA15 Sou xingado ou humilhado na frente de outras pessoas.	0,560
16	AMA16 Sou humilhado na individualidade.	0,509
18	AMA18 Sou responsabilizado por erros que são de outros colegas.	0,580
19	AM19 Percebo que sou vigiado em minha intimidade.	0,595
21	AMA21 Ouço indiretas em relação à forma que eu consigo ascender nos cargos.	0,561
22	AMA23 Ao pedir ajuda me negam auxílio, ou mesmo me dão soluções erradas.	0,611
23	AMA25 Sou comparado com pessoas desprezíveis.	0,729
24	AMA26 Me sinto intimidada com as propostas recebidas.	0,701
25	AMA27 Sinto-me agredido emocionalmente.	0,704
26	AMA29 Recebo ameaças.	0,662
27	AMA30 Sou punido(a) sem motivos.	0,632

Seguiram-se as mesmas análises para as escalas de assédio moral equipe-colegas e colega-colega. Realizou-se a análise fatorial exploratória dos componentes principais (PC) a fim de verificar a fatoração dos dados para a escala que avaliar o assédio moral da equipe direcionada ao colega. Observou-se por meio desta análise que existe fatorabilidade dos dados disponíveis ($KMO = 0,898$; Teste de esfericidade de *Barlett* = 4990,875, $p < 0,001$; *communalities* variando de 0,335 a 0,746). O *Scree plot* apresentou uma mudança indicando que há seis fatores com autovalores superiores a 1 (de 1,128 a 9,117), ilustrando uma estrutura multifatorial. Porém, quando se analisa o gráfico do *Scree plot* (Catell, 1978) observa-se que há uma mudança forte na direção da curva para um único fator com autovalor 16,837%, ilustrando uma estrutura unifatorial. Conforme Laros (2012), essa mudança no gráfico, momento em que os pontos que ficam acima da reta representam os fatores triviais, é essencial para que se extraia o número de fatores de forma correta (Figura 2). Assim, considera-se o fator que está apresentado no gráfico antes da dispersão e que os dados sofram uma queda abrupta refletida em uma linha horizontal, linha marcada por pontilhados vermelhos.

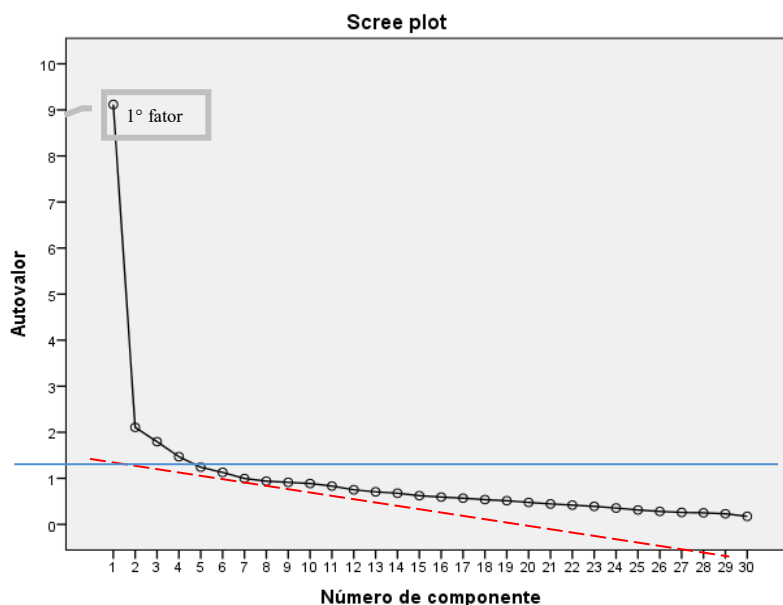


Figura 2. Scree Plot da análise fatorial para QAAMT equipe-colega

Repetiu-se a análise fatorial dos componentes principais (PC) buscando confirmar a existência de um fator e observou-se que seria necessário eliminar sete itens que não apresentaram correlação aceitável ($r > 0,40$). Após eliminar estes itens, repetiu-se a análise sem eles, passando o modelo a explicar a variabilidade de 38,272%. Essa escala ficou composta por 23 itens apresentando consistência interna entre os itens de $\alpha = 0,891$. Diante desses dados, essa escala apresentou validade de construto adequada. A Tabela 2 contém a definição do atributo mensurado, seus respectivos itens e os coeficientes de precisão.

Tabela 2. Quadro representativo da análise PAF, contendo conceito do atributo e a consistência interna do atributo, os itens da escala e suas cargas fatoriais – assédio moral da equipe com o colega

Definição do construto Assédio Moral, itens e coeficiente de precisão		
Itens	Definições	Índices de Precisão
<i>Assédio moral da equipe com o colega</i>	Refere-se a qualquer conduta de abuso, palavra, gesto ou atitudes que agridam a integridade psíquica ou física de uma pessoa, com a finalidade de ameaçar o emprego ou de degradar o clima organizacional do trabalho, ou seja, a qualquer ato de importunar, denegrir ou danificar a imagem do outro (Hirigoyen, 2009; 2011). Processo multicausal que foca tanto no indivíduo, como nas relações sociais e no seu contexto, podendo se manifestar de forma horizontal, ou seja, cometidas pela equipe de trabalho (Lima et al., 2014).	$\alpha = 0,917$
2	AMB2 Sou criticado em tudo que faço.	0,542
3	AMB3 Percebo barreiras impedindo a minha comunicação eficaz junto ao meu grupo de trabalho.	0,624
4	AMB4 Sinto que existem tons de ameaça na fala direcionada a mim.	0,657
5	AMB5 Ouço falar que tenho dificuldades de adaptação.	0,557
6	AMB6 Sou chamado de desequilibrado(a).	0,608
7	AMB7 Percebo comentários sobre mim que podem me prejudicar.	0,748
8	AMB8 Sinto que sou criticado.	0,701
9	AMB9 Me sinto desrespeitado em relação ao meu conhecimento e a minha experiência de trabalho.	0,667
10	AMB10 Recebo recados, ao invés de falarem diretamente comigo.	0,629
11	AMB11 Existe discriminação em relação ao meu trabalho.	0,593
13	AMB13 Sou acusado de cometer erros que ninguém já havia cometido.	0,515
14	AMB14 Nas reuniões sou impedido de falar.	0,539

15	AMB15 Sou xingado ou humilhado na frente de outras pessoas.	0,685
16	AMB16 Sou humilhado na individualidade.	0,567
18	AMB18 Sou responsabilizado por erros que são de outros colegas.	0,513
19	AMB19 Percebo que sou vigiado em minha intimidade.	0,572
21	AMB21 Ouço indiretas em relação à forma que eu consigo ascender nos cargos.	0,459
22	AMB23 Ao pedir ajuda me negam auxílio, ou mesmo me dão soluções erradas.	0,539
23	AMB25 Sou comparado com pessoas desprezíveis.	0,677
24	AMB26 Me sinto intimidada com as propostas recebidas.	0,701
25	AMB27 Sinto-me agredido emocionalmente.	0,703
26	AMB29 Recebo ameaças.	0,738
27	AMB30 Sou punido(a) sem motivos.	0,581

Seguiram-se as mesmas análises para as escalas de assédio moral equipe-colegas e colega-colega. Realizou-se a análise fatorial exploratória dos componentes principais (PC) a fim de verificar a fatoração dos dados para a escala que avaliar o assédio moral da equipe direcionada ao colega. Observou-se por meio desta análise que existe fatorabilidade dos dados disponíveis ($KMO = 0,919$; Teste de esfericidade de *Barlett* = 5889,475, $p < 0,001$; *communalities* variando de 0,444 a 0,754). O *Scree plot* apresentou uma mudança indicando que há seis fatores com autovalores superiores a 1 (de 1,127 a 10,347), ilustrando uma estrutura multifatorial. Porém, quando se analisa o gráfico do *Scree plot* (Catell, 1978) observa-se que há uma mudança forte na direção da curva para um único fator com autovalor 34,489%, ilustrando uma estrutura unifatorial. Conforme Laros (2012), essa mudança no gráfico, momento em que os pontos que ficam acima da reta representam os fatores triviais, é essencial para que se extraia o número de fatores de forma correta (Figura 3). Assim, considera-se o fator que está apresentado no gráfico antes da dispersão e que os dados sofram uma queda abrupta refletida em uma linha horizontal, linha marcada por pontilhados vermelhos.

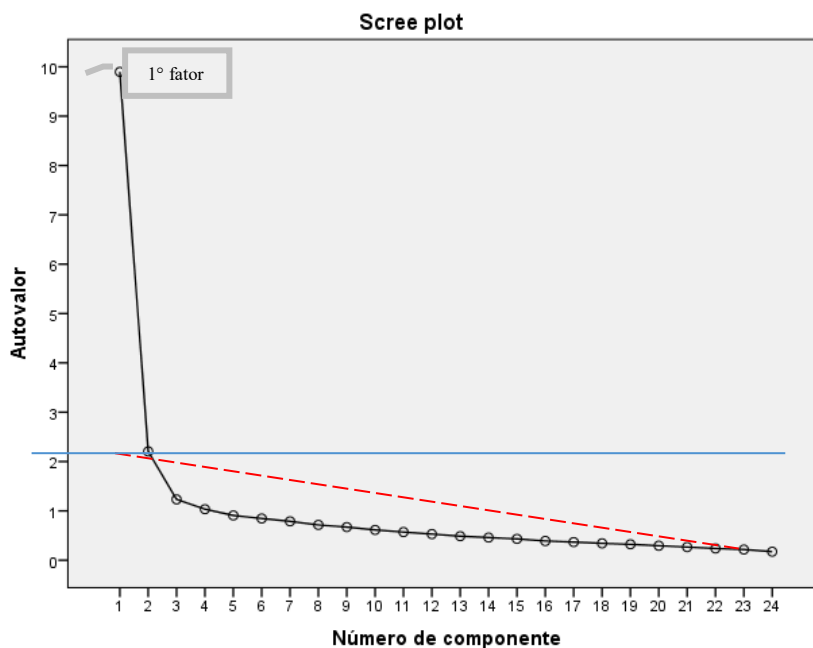


Figura 3. Gráfico Scree Plot da análise fatorial para QAAMT entre colegas

Repetiu-se a análise fatorial dos componentes principais (PC) buscando confirmar a existência de um fator e observou-se que seria necessário eliminar sete itens que não apresentaram correlação aceitável ($r > 0,40$). Após eliminar esses itens, repetiu-se a análise sem eles, passando o modelo a explicar a variabilidade de 41,239%. Esta escala ficou composta por 23 itens apresentando consistência interna entre os itens de $\alpha = 0,93$. Diante desses dados, essa escala apresentou validade de construto adequada. A Tabela 3 contém a definição do atributo mensurado, seus respectivos itens e os coeficientes de precisão.

Tabela 3. Quadro representativo da análise PAF, contendo conceito do atributo e a consistência interna do atributo, os itens da escala e suas cargas fatoriais – assédio moral entre colegas

Definição do construto Assédio Moral, itens e coeficiente de precisão		
Itens	Definições	Índices de Precisão
<i>Assédio moral entre colegas</i>	Refere-se a qualquer conduta de abuso, palavra, gesto ou atitudes que agridam a integridade psíquica ou física de uma pessoa, com a finalidade de ameaçar o emprego ou de degradar o clima	$\alpha = 0,93$

	organizacional do trabalho, ou seja, a qualquer ato de importunar, denegrir ou danificar a imagem do outro (Hirigoyen, 2009; 2011). Processo multicausal que foca tanto no indivíduo, como nas relações sociais e no seu contexto, podendo se manifestar-se de forma horizontal, ou seja, cometidas entre colegas de trabalho (Lima et al., 2014).	
2	AMC2 Sou criticado em tudo que faço.	0,531
3	AMC3 Percebo barreiras impedindo a minha comunicação eficaz junto ao meu grupo de trabalho.	0,531
4	AMC4 Sinto que existem tons de ameaça na fala direcionada a mim.	0,690
5	AMC5 Ouço falar que tenho dificuldades de adaptação.	0,671
6	AMC6 Sou chamado de desequilibrado(a).	0,647
7	AMC7 Percebo comentários sobre mim que podem me prejudicar	0,745
8	AMC8 Sinto que sou criticado.	0,724
9	AMC9 Me sinto desrespeitado em relação ao meu conhecimento e a minha experiência de trabalho.	0,710
10	AMC10 Recebo recados, ao invés de falarem diretamente comigo.	0,684
11	AMC11 Existe discriminação em relação ao meu trabalho.	0,597
13	AMC13 Sou acusado de cometer erros que ninguém já havia cometido.	0,610
14	AMC14 Nas reuniões sou impedido de falar.	0,693
15	AMC15 Sou xingado ou humilhado na frente de outras pessoas.	0,598
16	AMC16 Sou humilhado na individualidade.	0,679
18	AMC18 Sou responsabilizado por erros que são de outros colegas.	0,576
19	AMC19 Percebo que sou vigiado em minha intimidade.	0,625
21	AMC21 Ouço indiretas em relação à forma que eu consigo ascender nos cargos.	0,458
22	AMC23 Ao pedir ajuda me negam auxílio, ou mesmo me dão soluções erradas.	0,549
23	AMC25 Sou comparado com pessoas desprezíveis.	0,683
24	AMC26 Me sinto intimidada com as propostas recebidas.	0,652
25	AMC27 Sinto-me agredido emocionalmente.	0,750
26	AMC28 Sofri (sofro) agressões físicas.	0,415
27	AMC29 Recebo ameaças.	0,731
28	AMC30 Sou punido(a) sem motivos.	0,719

Nas escalas que avaliam o assédio moral no trabalho advindos do chefe e da equipe em relação ao trabalhador foi possível observar que sete itens foram eliminados na análise fatorial PC. Os itens se referem aos mesmos nas duas escalas (1; 12; 17; 20; 22; 24; 28 - Tabela 4).

Tabela 4. Itens eliminados

1	Percebo que existe confiança na minha competência profissional.
12	Recebo elogios em relação ao meu trabalho.
17	As cobranças na execução do meu trabalho são aquém da minha competência ou do meu cargo.
20	Minhas queixas são ouvidas.
22	Minhas ideias quando boas são atribuídas como sendo de outro colega.
24	As atividades que me pedem são de competências superiores às da descrição do meu cargo.
28	Sofri (sofro) agressões físicas.

Na escala que avalia o assédio moral entre trabalhadores também foram eliminados os itens 1, 12, 17, 20, 22 e 24, descartando cinco itens, ou seja, permanecendo o item 28 na escala. Estes itens foram eliminados por possuírem carga fatorial abaixo de 0,40, considerado um índice baixo. Dos itens que permaneceram, somente o item 28 da última escala apresentou carga fatorial abaixo de 0,45, considerado como razoável. Os outros itens apresentaram carga fatorial de boa a excelente (Pasquali, 2012).

Conclusão

O atual estudo teve como objetivo construir e validar um questionário que avalia o assédio moral no trabalho nas manifestações horizontal (equipe para trabalhador e colegas para trabalhador) e na vertical descendente (chefe para trabalhador). Sendo assim, o instrumento em questão foi o Questionário de Avaliação de Assédio Moral no Trabalho (QAAMT), que é composto por três escalas que avaliam o construto assédio moral em três situações diferentes: assédio moral do chefe para o trabalhador, da equipe para o colega e entre colegas, sendo que cada escala é composta por 30 questões.

Os resultados apontaram que na análise semântica as frases estavam compreensíveis para avaliar o construto assédio moral, ou seja, os itens estavam compreensíveis. Na análise de juízes o resultado foi $K = 0,95$ (coeficiente de kappa) indicando haver concordância aceitável.

No procedimento analítico com objetivo de validar e normatizar o QAAMT realizou-se a análise correlacional entre as escalas que apresentaram correlações significativas ($r \geq 0,40$; $p \leq 0,05$) entre si. A confiabilidade foi testada pela análise de consistência interna de Alfa de Cronbach e essa análise foi realizada para cada escala. Na escala assédio moral do chefe para o empregado a consistência interna entre os itens foi de $\alpha = 0,925$, ou seja, α maior que 0,90 permite dizer que a consistência interna é muito alta. Já na escala assédio moral equipe-colega a consistência interna entre os itens foi de $\alpha = 0,891$, α maior que 0,70 e menor que 0,90 permite dizer que a consistência interna é alta. A consistência interna entre os itens da escala colega entre colega foi de $\alpha = 0,93$, ou seja, α maior que 0,90 permite dizer que a consistência interna é muito alta.

Diante destes dados, este instrumento QAAMT apresentou validade do construto Assédio Moral adequada. Isto é, apresentou confiabilidade, validade e objetividade e está de acordo com o objetivo proposto e com o grupo ou indivíduos avaliados.

Referências

- Alexandre, N. M. C., & Coluci, M. Z. O. (2011). Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(7), 3061-3068. Recuperado em 10 janeiro, 2020, de https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt&pid=S1413-81232011000800006
- Barreto, M., & Heloani, R. (2015). Violência, saúde e trabalho: *Serviço Social & Sociedade*, 123, 2317-6318. Recuperado em 10 janeiro, 2020, de <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.036>
- Breakwell, G. M., Hammond, S., Fife-Schaw, C., & Smith, J.A. (2010), *Métodos de Pesquisa em Psicologia*, Porto Alegre, Editora Bookman, Artmed.

- Catell, R. B. (1978). *The scientific use of factor analysis in behavioral and life sciences*. Plenum Press: New York.
- Cilliers, F. (2012). A systems psychodynamic description of organisational bullying experiences. *SA Journal of Industrial Psychology*, 38(2), 1-11. Recuperado em 10 janeiro, 2020, de <https://doi.org/10.4102/sajip.v38i2.994>
- De Campos, M. I., & Rueda, F. J. M. (2016). Assédio moral: Evidências de validade de escala e relações com qualidade de vida no trabalho. *Avaliacao Psicologica*, 15(1), 21-30. Recuperado em 10 janeiro, 2020, de <https://doi.org/10.15689/ap.2016.1501.03>
- Einarsen, S., Hoel, H., Zapf, D., & Cooper, C. L. (2003). The concept of bullying at work. In S. Einarsen, H. Hoel, D. Zapf, & C. L. Cooper (Eds.), *Bullying and emotional abuse in the workplace* (pp. 3-30). London & New York: Taylor & Francis.
- Freire, P. A. (2008). Assédio moral e saúde mental do trabalhador. *Trabalho, Educação e Saúde*, 6(2), 367-380. Recuperado em 10 janeiro, 2020, de <https://doi.org/10.1590/s1981-77462008000200009>
- Fife-Schaw, C. (2010). Modelos Quasi-Experimentais. In G. M. Breakwell, C. Fife-Schaw, S. Hammond, & J. A. Smith (Eds.). *Métodos de Pesquisa em Psicologia* (3a ed., pp. 504). Porto Alegre: Artmed.
- Hair Jr, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. E. (2006). *Multivariate Data Analysis* (6a ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.
- Hagopian, E. M., Freitas, G. F., & Baptista, P. C. P. (2017). Assédio moral no trabalho em Enfermagem. *Rev. Baiana de Enferm*, 31(1), 1-8. Recuperado em 10 janeiro, 2020, de <https://doi.org/10.18471/rbe.v31i1.16588>
- Hirigoyen, M. F. (2009). Mal-Estar no trabalho: redefinindo o assédio moral. In *Bertand Brasil* (6th ed.). Recuperado em 12 dezembro, 2019, de <https://doi.org/https://doi.org/10.3917/empa.073.0024>

Laros, J. A. (2012). O uso da análise fatorial: algumas diretrizes para pesquisadores. In: O uso da análise fatorial: algumas diretrizes para pesquisadores (1a ed., pp. 141-160) Brasília-DF: LabPAM Editora.

Leymann, H. (1996). The content and development of mobbing at work. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5(2), 165-184. Recuperado em 10 janeiro, 2020, de <https://doi.org/10.1080/13594329608414853>

Lima, B. A. A. C., Bispo, A. C. K. de A., Gonçalves, H. S., & Coelho, K. da S. (2014). Reflexões sobre Assédio Moral: um Estudo à Luz da Organização Pessoaense com maior Incidência em Ações Trabalhistas entre 2008 e 2012. *Revista Gestão & Tecnologia*, 14(1), 201-224. Recuperado em 10 dezembro, 2019, de <http://revistagt.fpl.edu.br/get/article/view/564>

Martins, M. do C. F., & Ferraz, A. M. S. (2011). Propriedades psicométricas das escalas de assédio moral no trabalho – percepção e impacto. *Psico-USF Universidade São Francisco*, 16(2), 163-173. Recuperado em 10 dezembro, 2019, de https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712011000200005

Melo, R. S. (2019). OIT aprova a Convenção 190, sobre violência e assédio no trabalho. Recuperado em 10 dezembro, 2019, de <https://www.conjur.com.br/2019-jul-12/reflexoes-trabalhistas-oit-aprova-a-convencao-190-violencia-assedio-trabalho>

Nunes, T. S., Tolfo, S. D. R., & Espinosa, L. M. C. (2018). Assédio Moral no Trabalho: A Compreensão dos Trabalhadores sobre a Violência. *Revista de Gestão e Secretariado*, 9(2), 205-219. Recuperado em 10 dezembro, 2019, de <https://doi.org/10.7769/gesec.v9i2.629>

Organização Internacional do Trabalho. OIT. (2019). Actas Provisionales 103. *Conferencia Internacional Do Trabalho: Quinto Punto Del Orden Del Día: La Violencia y El Acoso En El Mundo Del Trabajo*, 1-16. Ginebra.

Pasquali, L. (1999). Testes referentes a constructo: teoria e modelo de construção. In: _ (org.). *Instrumentos psicológicos: Manual prático de elaboração*. Brasília: LabPAM/IBAPP.

Pasquali, L. (2007). Validade dos testes psicológicos: será possível reencontrar o caminho? *Psicol Teor Pesq.*, 23(n.esp): 99-107. Recuperado em 10 janeiro, 2020, de <https://www.scielo.br/pdf/ptp/v23nspe/18>

Pasquali, L. (2012). *Análise fatorial para pesquisadores*. Brasília: LabPAM.

Pasquali, L. (2017). Validade dos testes. *Revista Examen.*, 1(1): 14-48.

Pasquali, L. (2017). *Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação*. Edição digital. Petrópolis (RJ): Vozes.

Silva, R. S. & Paes, A. T. (2012). Teste de concordância Kappa. *Educ Contin Saúde Einstein.*, 10(4): 165-166.

Skogstad, A., Mattusen, S. B., & Einarsen, S. (2007). Organizational Changes: A Precursor Of Bullying At Work? *Ship Technology Research*, 54(4), 194-200. Recuperado em 10 dezembro, 2019, de <https://doi.org/10.1179/str.2007.54.4.006>

Soares, A., & Oliveira, J. A. (2012). Assédio moral no trabalho. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 37(126), 195-202. Recuperado em 20 novembro, 2019, de https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572012000200002

Soboll, L. A. P. (2008). *Assédio moral/organizacional: uma análise da organização do trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Xavier, A. C. H., Barcelos, C. R. V., Lopes, J. P., Chamarelli, P. G., Ribeiro, S. de S.,

Lacerda, L. da S., & Palacios, M. (2008). Assédio moral no trabalho no setor saúde no Rio de Janeiro: algumas características. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 33(117), 15-22.

Recuperado em 10 dezembro, 2019, de <https://doi.org/10.1590/s0303-76572008000100003>

**Artigo 3 – Assédio Moral e Qualidade de Vida dos Trabalhadores dos Centros de
Atenção Psicossocial (Caps) do Município de Goiânia³**

*Moral Harassment and Quality of Life of the Workers of Psychosocial Care Centers (Caps)
of Goiânia*

*Acoso moral y calidad de vida de los trabajadores en Centros de Atención Psicossocial
(CAPS) de la ciudad de Goiânia.*

Resumo

Esta pesquisa se propôs a compreender as relações entre assédio moral no trabalho (AMT) e qualidade de vida no trabalho (QVT) de profissionais da Saúde Mental lotados nos CAPS do município de Goiânia. Buscou-se, ainda, analisar a QVT dos participantes, levantar a prevalência de percepção de AMT e correlacionar QVT e AMT. Trata-se de um estudo transversal, quantitativo e correlacional. Participaram 68 profissionais, ocupantes de diversas funções, predominando a psicologia (n=15, 22,1%), sexo feminino (n=51,75%) e a idade de 31 a 40 anos (n=28, 41,2%). Foi utilizado na coleta de dados questionário sociodemográfico e de dados profissionais, protocolo TQWL-42 e QAAMT. O resultado das correlações entre AMT e QVT demonstrou que quando as situações de assédio moral no trabalho aumentam ocorre uma baixa na qualidade de vida do trabalhador. A análise da QVT demonstrou que a maioria se encontra insatisfeita. Na percepção do AMT obteve como resultado nível baixo. Sendo assim, notou-se que a maioria dos participantes percebe que não sofre assédio moral no ambiente de trabalho.

Palavras-chave: Assédio Moral, Qualidade de vida do trabalhador, CAPS.

³ Este artigo foi escrito de acordo com as normas da revista “Psico-USF Universidade São Francisco” ISSN: 1413-8271.

Abstract

This research aims to improve the relationships between moral harassment at work (HAW) and quality of life at work (QLW) of Mental Health professionals working in CAPS of the municipality of Goiânia. It also aims to analyze the QLW of the participants, to evaluate the prevalence of perception of HAW and to correlate QLW and HAW. This is a cross-sectional, quantitative and correlational study. There were 68 professionals, occupants of various functions, predominantly psychology (n=15, 22,1%), female (n=51.75%) and the age of 31 to 40 years (n=28, 41.2%). We used: sociodemographic and professional data questionnaire, TQWL-42 protocol and QAAMT. The result of correlations between QLW and HAW showed that when situations of moral harassment at work increase, there is a low in the quality of life of the worker. QLW analysis showed that the majority are dissatisfied. In the perception of the HAW obtained as a result low level. Thus, it was noticed that most participants realize that they do not suffer bullying in the workplace.

Keywords: Moral Harassment, Quality of Life of the worker and CAPS.

Resumen

Esta investigación tiene por objetivo comprender la relación entre la Acoso Moral Laboral (AMT) y la Calidad de Vida no Laboral (QVT) de los profesionales de Salud Mental divididos em los CAPS de la ciudad de Goiânia. También busca analizar el QVT de los colaboradores, para plantear la prevalencia de percepción de AMT y correlacionar QVT y AMT. Se trata de un estudio transversal, cuantitativo y correlacional. Participaron 68 profesionales, ocupando diferentes funciones, predominantemente la psicología (n=15, 22,1%) el sexo femenino (n = 51,75%) y con edades comprendidas entre 31 y 40 años (n = 28, 41,2%). Fueron usados: cuestionario de datos sociodemográficos y profesionales,

protocolo TQWL-42 y QAAMT. El resultado de las correlaciones entre AMT QVT mostró que cuando aumenta la situación de acoso moral laboral ocurre la baja calidad de vida del trabajador. Después de analizar el QVT, mostró que estaba principalmente insatisfecho. La percepción AMT obtenida como resultado de bajo nivel. Así, se observó que la mayoría de los dos participantes perciben que no sufren de acoso moral ni ambiente laboral.

Palabras Clave: Acoso Moral, Calidad de vida de lo trabajador y CAPS.

Introdução

Violência laboral, *mobbing* ou assédio moral no trabalho (AMT) são termos usados para nomear comportamentos hostis, desprovidos de ética e ameaçadores, que provocam adoecimento no profissional e tensões no ambiente institucional, com impactos negativos à percepção da qualidade de vida no trabalho (QVT).

Neste estudo, toma-se por objeto a relação entre AMT e QVT, sendo o AMT definido como uma violência psicológica, sutil, dissimulada, intencional com comunicação hostil, aplicada por um indivíduo ou um grupo de pessoas contra uma única pessoa. Outrossim, é classificado como ação de caráter sistemático, repetitivo e prolongado, com intenção de humilhar e excluir uma pessoa no contexto ocupacional, podendo ocasionar doenças físicas, psíquicas e sociais (Cahú, Da Costa, Costa, De Souza Batista, & Batista, 2014; Fontes & Carvalho, 2012).

A Organização Internacional do Trabalho (2019) alerta que o AMT se apresenta de diversas formas, com capacidade de gerar consequências sobre os funcionários, tais como acidentes físicos e sofrimento psíquico. O assediado pode desenvolver sintomas como desânimo, transtorno de ansiedade generalizada, vergonha, insegurança, estresse, hipersensibilidade, síndrome de *burnout* e, chegando ao extremo, o suicídio. Para as instituições públicas ou privadas, o AMT causa prejuízo devido à baixa produtividade e

afastamento por licença médica, levando a gastos com a seleção e treinamento para a substituição do empregado (Faiman, 2016).

O assédio moral é um processo multicausal que foca tanto no indivíduo, como nas relações sociais e no contexto; também é dinâmico por se desenvolver no tempo, na frequência e na duração. A frequência assume papel importante, ou seja, eventos isolados ou um só gesto, geralmente, não são considerados como assédio moral, precisa ocorrer com mais frequência, ser atos repetitivos (Soares & Oliveira, 2012). Todavia, destaca-se que a pessoa alvo da ação constrangedora, poderá manifestar sintomas ou efeitos negativos de forma tardia. Portanto, é imperativo considerar sempre a dinâmica que existe entre as duas dimensões e não ficar preso em período (Skogstad, Mattusen, & Einarsen, 2007; Soares & Oliveira, 2012). Ademais, o assédio pode manifestar de forma: descendente (de gestor para empregado), ascendente (de empregado para gestor) e horizontal (de um colega ou um grupo com o colega) (Hirigoyen, 2009; Leymann, 1996). Nesta ceara, Soares e Oliveira (2012) corroboram que o AMT se manifesta de forma mista, ou seja, se apresenta em mais de uma direção.

Barreto e Heloani (2015) relatam que o AMT se inicia com um ato de intolerância, racismo ou discriminação, caracterizado de perseguição e isolamento, sobrecarga ou esvaziamento de tarefas gerando enorme dose de sofrimento, impactando de forma negativa a QVT. Por conseguinte, desenvolve os sentimentos de inferiorização e desvalorização no indivíduo que, muitas vezes, busca como fuga o uso de drogas lícitas, tais como álcool e/ou cigarro, e/ou drogas ilícitas, o que poderá degradar a sua identidade, alterando sua autoimagem e interferindo diretamente em suas emoções e relações afetivas. Faiman (2016) acrescenta que, além disso, o temor do trabalhador perder sua renda, sua única fonte de subsistência e de não conseguir preservar-se no trabalho, tende a acentuar as angústias vividas em relação ao emprego. Desta forma, essas questões vivenciadas como experiências

adversas no ambiente laboral ajudam a esclarecer o impacto emocional negativo na qualidade de vida do trabalhador.

O tema da QVT é bastante atual, pois o ambiente de trabalho é dinâmico e, com isso, se renova e se adapta aos novos contextos da realidade laboral. As relações interpessoais no ambiente de trabalho têm se modificado ao longo da história, com empregados e empresas buscando se adaptar uns aos outros, procurando o equilíbrio organizacional, ou seja, viver bem. Sendo assim, a QVT está diretamente ligada às necessidades e expectativas dos profissionais e às satisfações destas (Mandú, Correia, & Souza, 2018; Tavares & Limachi, 2017).

Benevenuto, Souza e Carvalho (2019) elucidam que a falta de participação dos empregados em preposições voltadas para satisfação no trabalho, no setor privado ou público pode causar desequilíbrios entre o funcionário e sua vida pessoal e o no desempenho das instituições, sendo que diferentes fatores (tais como aumento da responsabilidade, de carga horária de trabalho e assédio moral) elevam as taxas de afastamento por doenças físicas e/ou mentais, repercutindo diretamente na QVT.

No ano de 2011, o Governo Federal, por meio do Ministério do Trabalho e Previdência (MTP), instituiu o Decreto nº 7.602/2011, que dispõe sobre a Política Nacional sobre a Saúde e Segurança do Trabalho (PNSST). Esta tem como objetivo principal promover a saúde e melhorar a QVT, respeitando os princípios da universalidade, prevenção, assistência, reabilitação e reparação, diálogo social e integralidade, envolvendo todos os trabalhadores, sejam do setor público ou privado (Ministério do Trabalho e Previdência, 2011).

Particularmente, o serviço público brasileiro sofre com quadro insuficiente de pessoal e falta de qualificação dos servidores, os quais também são submetidos a múltiplas atividades complexas exercidas simultaneamente. Isso se agrava com a contratação de trabalhadores

temporários e estagiários, que pode levar à precarização do serviço, ao desgaste físico e mental do servidor e ao absenteísmo e afastamento por licenças médicas (Seligmann-Silva, 2011). Tal contexto tem sido apontado como objeto de estudo para auxiliar os governantes a gerir melhor o serviço público e, também, ajudar o servidor a compreender o impacto que o ambiente de trabalho tem na sua qualidade de vida – QV (Bernardo, Seligmann-Silva, Maeno, & Kato, 2011; Osaki & Pustiglione, 2019).

Dal Pai, Sturbelle, Santos, Tavares e Lautert (2018) relatam que o trabalho na área da saúde pode ser considerado um lugar que evidencia os profissionais a diversos agravos à saúde, como exposição a acidentes com materiais biológicos, radiação, produtos químicos e danos ergonômicos. Além disso, os profissionais da saúde deparam-se com a violência física e psíquica por parte do usuário, gestor e até pela equipe. Outrossim, o local de trabalho também pode produzir satisfação que depende da relação entre profissional e ambiente laboral (Soratto et al., 2020).

O AMT no ambiente de saúde pode ser observado em hospitais, programa Estratégia Saúde da Família (ESF), Centro de Atenção Integral em Saúde (CAIS), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Unidade de Pronto Atendimento 24h (UPA), onde os profissionais de saúde ora são autores, ora são vítimas de atos de violência ocupacional, tais como: agressões físicas, verbais e humilhações (Cahú et al., 2014).

No caso dos profissionais da saúde mental lotados em CAPS, residências terapêuticas e ambulatórios psiquiátricos, estes possuem um contato direto com os pacientes portadores de distúrbios psiquiátricos e podem vivenciar sentimentos negativos, tal como frustração com os resultados do trabalho pelo fato de muitas patologias serem crônicas, haver falta de material, manifestar medo de ser agredido e dificuldades na relação interpessoal, levando ao cansaço físico e mental, ocasionando patologias como depressão e fibromialgia (Santos et al., 2011).

Os CAPS surgiram após a Reforma Psiquiátrica que é baseada no Sistema Único de Saúde (SUS) e tem como principal função promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais, por meio de ações interligadas na rede, assistência em saúde mental e realizar o suporte à atenção em saúde mental na rede básica. Sendo assim, o CAPS atua na coordenação da atenção em saúde mental e auxilia a gestão, promovendo atividades básicas, tais como: atendimento psicoterápico, tratamento medicamentoso, atendimento à família, atividades comunitárias, suporte social, desenvolvimento de oficinas culturais, visitas domiciliares e desintoxicação ambulatorial (Scheffer & Silva, 2014).

Silva e Costa (2008) identificaram algumas fontes para o sofrimento psíquico vivenciado nos CAPS, tais como: relação interpessoal difícil (profissional-usuário, profissional-família do usuário e profissional-equipe), conflitos na organização do trabalho (profissional- instituição e profissional-gestão) e pouca aderência do usuário e da família ao tratamento. Assim, Barros e Bernardo (2017) reafirmam que a organização e as condições de trabalho nos CAPSs são indicadores de sofrimento para os profissionais lotados nessas instituições.

Sendo assim, o objetivo geral deste estudo é compreender as relações entre assédio moral e qualidade de vida em trabalhadores da Saúde Mental lotados nos CAPS do Município de Goiânia. Os objetivos secundários são: analisar a QVT dos participantes; levantar a prevalência de percepção de AMT dos participantes; e correlacionar QVT e AMT dos participantes.

Métodos

Tipo de estudo: Trata-se de um estudo transversal (Rouquayrol & Almeida Filho, 2006), quantitativo (Silva, Lopes, & Braga Junior, 2014; Silva & Simon, 2005) e correlacional (Dancey & Reidy, 2019).

Participantes

O estudo foi composto por 68 participantes trabalhadores da saúde mental lotados nos CAPS do município de Goiânia. Dentre eles, constam 51 (75%) do sexo feminino e 17 (25%) do sexo masculino, com diferentes idades (de 18 a 30 anos, n=8, 11,8%; de 31 a 40 anos, n=28, 41,2%; de 41 a 50 anos, n=21, 30,9%; e, de 50 a 60 anos, n=11, 16,2%). Em relação ao estado civil, caracterizam-se como solteiro (n=19,27%), casado (n=39, 57,4%), separado (n=09, 13,2%) e outros (n=1, 1,5%). Na escolaridade, obteve-se predominância, em ordem decrescente, de trabalhadores com especialização (n=47, 69,1%), mestrado (n=7, 10,3%), ensino superior (n=6, 8,8%), ensino médio (n=6, 8,8%) e doutorado (n=2, 2,9%). As funções dos participantes foram diversas, quais sejam: coordenador geral (n=3, 4,4%), professores de Educação Física (n=5, 7,4%), psicólogos (n=15, 22,1%), arte terapeutas (n=2, 2,9%), terapeutas ocupacionais (n=4, 5,9%), assistentes sociais (n=4, 5,9%), fonoaudiólogo (n=1, 1,5%), administrativos (n=7, 10,3%), enfermeiros (n=7, 10,3%), técnicos em Enfermagem (n=9, 13,2%), auxiliares de Enfermagem (n=4, 5,9%), musicoterapeutas (n=2, 2,9%), fisioterapeuta (n=1, 1,5%), farmacêutico (n=1, 1,5%) e não responderam (n=3, 4,4%).

Instrumentos

Foram utilizados um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), além dos questionários sociodemográfico e de dados profissionais, do protocolo *Total Quality of Work Life- 42* (TQWL-42) e Questionário de Avaliação de Assédio Moral no Trabalho (QAAMT).

O protocolo TQWL-42 é composto por 42 questões que são divididas igualmente em cinco esferas, Biológicas e Fisiológicas, Psicológico e Comportamental, Sociológico e Relacional, Econômico e Político, Ambiental e Organizacional e QVT Geral, com o objetivo de avaliar a qualidade de vida no trabalho de forma global, sem o enfoque em um aspecto específico. As questões são fechadas e utilizam uma escala de respostas do tipo Likert de 5

pontos (1 a 5), sendo 0% a 100% representado os extremos respectivamente, além de duas questões objetivas sobre o nível com o qual a variável abordada no aspecto está presente na vida do trabalhador e sobre a satisfação do trabalhador com relação a tal variável. O instrumento apresenta características psicométricas satisfatórias, como o coeficiente alfa de Cronbach de valor $\alpha = 0,8568$, ou seja, o α possui o valor maior que 0,70 e menor a 0,90, o que permite dizer que a consistência interna é alta. Realizou também o teste de validade de conteúdo do instrumento em exame (Dias, Chaveiro, & Porto, 2018; Pedroso, Pilatti, Gutierrez, & Picinin, 2011).

Por fim, o Questionário de Avaliação de Assédio Moral no Trabalho (QAAMT) é composto de 30 itens que avaliam o mesmo construto, assédio moral no trabalho, em três situações diferentes (assédio moral advindas do chefe, da equipe e dos colegas de trabalho), em um formato Likert que varia em frequência de vivências representadas em 5 itens (1 = nunca; 2 = quase nunca; 3 = às vezes; 4 = quase sempre; 5 = sempre). A escala que avalia o assédio moral do gestor direcionada ao trabalhador apresentou as seguintes propriedades: KMO = 0,91; Teste de esfericidade de Barlett = 5259,753, $p < 0,001$; e *communalities* variando de 0,431 a 0,070. O coeficiente alfa de Cronbach foi de valor $\alpha = 0,925$, ou seja, o α possui o valor maior que 0,90, o que permite dizer que a consistência interna é muito alta. A escala assédio moral da equipe para o colega, na análise fatorial exploratória, apontou os seguintes resultados: KMO = 0,898; Teste de esfericidade de Barlett = 4990,875, $p < 0,001$; *communalities* variando de 0,335 a 0,746; e coeficiente alfa de Cronbach de valor $\alpha = 0,891$, possuindo valor maior que 0,70 e menor 0,90, o que permite dizer que a consistência interna é alta. A escala assédio moral entre colegas apresentou as seguintes propriedades: KMO = 0,919; Teste de esfericidade de Barlett = 5889,475 $p < 0,001$; *communalities* variando de 0,444 a 0,678; e coeficiente alfa de Cronbach de valor $\alpha = 0,930$, sendo maior que 0,90, o que permite dizer que a consistência interna é muito alta. Na análise de juízes foi avaliada a

pertinência do construto por três profissionais especialistas (profissionais com títulos de mestre e doutorado) seguindo as orientações de Pasquali (2017). O grau de concordância foi calculado pelo coeficiente kappa (k) que, segundo Silva e Paes (2012), deve atingir um valor próximo de 1 para ser aceito. Sendo assim o resultado obtido foi de $k=0,95$, indicando que há concordância aceitável.

Procedimentos de coleta

Para realização da pesquisa nos CAPS de Goiânia, foram protocolados o projeto de pesquisa e anexos, de acordo com o modelo da Escola Municipal de Saúde Pública (EMSP) de Goiânia, que o aprovou (protocolo 22/19) emitindo a Carta de Anuência para registro junto ao Comitê de Ética de Pesquisa. Como a pesquisa em epígrafe se trata de um recorte do projeto intitulado “Qualidade de vida, Sofrimento Psíquico e Manifestações Psicossomáticas do Trabalho”, inseriu-se a Carta na Plataforma Brasil, que foi apreciada e aprovada no Comitê de Ética de Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (CEP PUC Goiás) sob o nº 1.246.875. Depois da liberação do CEP PUC Goiás, a EMSP emitiu a Autorização para Condução de Pesquisa nos CAPS, em duas vias, sendo uma entregue ao pesquisador e a outra ficou arquivada na EMSP.

Após a autorização da coleta de dados, no início de março de 2020, foram feitas as ligações para os coordenadores de cada CAPS para explicar a pesquisa e agendar a coleta presencial em abril de 2020. Mas com o advento da pandemia da Covid-19, a pesquisa presencial foi suspensa. Contudo, no mês de maio, foi liberada a realização da coleta via digital. Desta forma, o projeto foi novamente protocolado no dia 24 de maio de 2020 com as devidas mudanças no cronograma e no tipo de coleta, que passou a ser desenvolvida pela plataforma digital *Google Forms*. A resposta da nova solicitação saiu com parecer favorável em 2 de julho de 2020.

Com a nova Autorização para Condução da Pesquisa foi solicitado junto à Gerência de Saúde Mental a lista de telefones dos 10 CAPS (CAPS Esperança, CAPS Noroeste Transtorno Mental Adulto, CAPS Noroeste Álcool e Drogas - AD, CAPS Girassol, CAPS Beija-Flor, CAPS Vida, CAPS AD Casa, CAPS Novo Mundo e CAPS Água Viva).

O primeiro contato realizou-se por meio de uma ligação telefônica para cada CAPS no intuito de propor um horário com o gestor geral e explicar sobre a pesquisa. Após uma explanação sobre o trabalho a ser realizado e de como seria feita a coleta de dados, os gestores concordaram e passaram os seus contatos para viabilizar a disponibilização do *link* e as explicações necessárias sobre a pesquisa. Cada gestor encaminhou o *link*, as explicações e o número do celular da pesquisadora para, caso surgisse alguma dúvida, entrassem em contato. Tal dinâmica foi pensada objetivando maior flexibilização e adesão à pesquisa, visto que o grupo de trabalho poderia, a seu tempo e hora, acessar a plataforma para assinar o TCLE, caso assim escolhesse, e responder aos instrumentos. A coleta iniciou-se no dia 1º de agosto de 2020 através do *link* disponibilizado, o qual oportunizou o acesso ao TCLE e aos instrumentos. Considerou-se como adesão da pessoa à investigação quando esta marcasse no formulário do TCLE a opção ACEITO PARTICIPAR. Ressalta-se que somente com essa autodeclaração o participante teve acesso à pesquisa. Todos os instrumentos, incluindo o TCLE, contêm exatamente os mesmos conteúdos da versão impressa. A coleta finalizou-se no dia 12 de setembro de 2020 com 68 participantes.

Dos 68 profissionais participantes, todos eram trabalhadores da Saúde Mental lotados nos CAPS da cidade de Goiânia e, espontaneamente, assinaram o TCLE como também responderam de forma completa os instrumentos de coleta. Assim, diante do contexto retromencionado, não foram aplicados os critérios de exclusão.

Análise dos Dados

Foi utilizado para a tabulação e análise de dados o *Statistical Package for Social Science* (SPSS 22.0). Para investigar as relações entre as variáveis utilizaram-se análises descritiva e correlação de *Spearman*, por ser uma estatística não paramétrica, na qual não tem a distribuição dentro da normalidade. Dancey e Reidy (2019) explicam que quando os dados não são paramétricos, a distribuição pode ser fora da normalidade e um dos motivos que acarreta esta situação é um número pequeno de participantes e, assim, utiliza-se a correlação de *Spearman* e não de *Pearson*.

Resultados e Discussão

A fim de compreender as relações entre assédio moral (AMT) e qualidade de vida (QVT) em trabalhadores da Saúde Mental lotados nos CAPS do município de Goiânia foi realizada a análise de correlação de *Spearman* (p) entre as variáveis: biológico e fisiológico, psicológico e comportamental, sociológico e relacional, econômico e político e ambiental e organizacional, QVT Geral, assédio moral do chefe para o trabalhador, assédio moral da equipe com o colega e assédio moral entre colegas, como é demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1. Análise correlacional das variáveis de AMT e QVT de trabalhadores de CAPS no município de Goiânia

Variáveis		1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Biológico e Fisiológico	r	1,000								
	p									
2. Psicológico e Comportamental	r	,476**	1,000							
	p	,000								
3. Sociológico e Relacional	r	,481**	,358**	1,000						
	p	,000	,003							
4. Econômico e Político	r	,520**	,391**	,382**	1,000					
	p	,000	,001	,001						
5. Ambiental e Organizacional	r	,421**	,548**	,313**	,506**	1,000				
	p	,000	,000	,009	,000					

6. QVT Geral	r	,753**	,713**	,689**	,737**	,738**	1,000			
	p	,000	,000	,000	,000	,000				
7. Assédio moral do chefe para trabalhador	r	-,063	-,390**	-,474**	-,022	-,172	-,295*	1,000		
	p	,608	,001	,000	,860	,160	,014			
8. Assédio moral da equipe com colega	r	-,185	-,331**	-,518**	-,067	-,382**	-,432**	,549**	1,000	
	p	,131	,006	,000	,586	,001	,000	,000		
9. Assédio moral entre colegas	r	-,179	-,275*	-,506**	,065	-,290*	-,348**	,505**	,885**	1,000
	p	,144	,023	,000	,598	,016	,004	,000	,000	

** . A correlação r de Spearman é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

* . A correlação r de Spearman é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

Ao avaliar as correlações entre as variáveis e os resultados, como citado anteriormente e explicito na Tabela 1, observou-se que as variáveis que avaliam QVT do instrumento TQWL-42 se correlacionaram de forma positiva, sendo que algumas apresentaram uma correlação de magnitude fraca, tais como: sociológica e relacional com psicológica e comportamental, econômico e político com psicológico e comportamental, econômico e político com sociológico e relacional, e ambiental e organizacional com sociológico e relacional. Quando relacionada à variável geral QVT com as cinco variáveis supracitadas obteve-se com todas uma correlação positiva de magnitude forte. Dancey e Reidy (2019) explicam que, em teoria de probabilidade estatística, coeficiente de correlação indica a força e a direção do relacionamento linear de duas variáveis aleatórias. E quando as correlações são positivas significa que na medida em que V1 cresce, a V2 também cresce. Diante do exposto, confirma-se que a QVT é a união dos aspectos físicos, psicológicos, sociais, organizacionais e econômicos, que favorece o equilíbrio e o bem-estar do indivíduo. Ou seja, quando um dos aspectos entra em desequilíbrio, automaticamente vai interferir diretamente nos outros aspectos, pois são diretamente proporcionais (Ribeiro & Santana, 2015).

Gomes, Silva e Bergamini (2017) corroboram dizendo que é de grande importância compreender que para alcançar a satisfação dos profissionais, a instituição precisa motivar e

cuidar de todos os aspectos, biológicos, psicológicos, sociológicos, financeiros e ambientais, devido aos aspectos serem interligados, ou seja, um aspecto depende do outro para manter o equilíbrio na QVT. Este fato justifica os resultados do presente estudo, que analisou a correlação da QVT, apresentarem a correlação positiva.

Ao analisar a correlação entre AMT e QVT, neste estudo, observou-se que das 21 correlações possíveis, 7 não apresentaram correlações e 13 apresentaram correlações negativas. Das 13 correlações negativas, 6 apresentaram magnitude fraca, 6 magnitude moderada e uma magnitude forte, como é demonstrado na Tabela 1. De acordo com Dancey e Reidy (2019), quando ocorre o relacionamento entre duas variáveis, é chamado de correlação bivariada, se as duas são associadas, pode se dizer que são correlacionadas e o significado disso é que elas covariam. Logo, quando ocorre mudança nos valores de uma variável, os valores da outra também mudam e desta forma conclui-se que elas são dependentes. Quando as variáveis não se relacionam, não existe correlação entre elas, isso significa que elas são independentes. Quando relacionam e possuem correlações negativas, as variáveis são inversamente proporcionais, em outras palavras, na medida em que a V1 aumenta, V2 diminui.

O resultado encontrado na correlação entre AMT e QVT apontou que as correlações foram negativas e a maioria ficou com as magnitudes fracas e moderadas. De Campos e Rueda (2016) esclarecem que as correlações entre as variáveis AMT e QVT devem ser todas de valor negativo, o que apontam que quanto mais o trabalhador se percebe como vítima de AMT, menos ele percebe a existência de QVT no seu ambiente laboral. As magnitudes fracas indicam que as mudanças na percepção de AMT ocasionam poucas mudanças na percepção de QVT. Assédio moral no trabalho, quando vivenciado pelo trabalhador, as consequências podem ser prejudiciais nos aspectos físicos, mental, comportamental, social, econômico e ambiental, assim dizendo, aumento de situações que envolvem assédio moral diminui a

qualidade de vida do assediado (Hagopian, Freitas, & Baptista, 2017; Antunes, 2017; Dal Pai et al., 2018; De Campos & Rueda, 2016; Silva & Raichelis, 2015). Desta forma, os estudos ratificaram os resultados encontrados nesta pesquisa, sobre a correlação entre as variáveis AMT e QVT.

A Tabela 2 menciona o nível de satisfação dos profissionais lotados nos CAPS de Goiânia em relação a sua QVT, na qual analisa a qualidade de vida no trabalho destes trabalhadores, o que demonstra que a maioria encontra-se insatisfeita (n=45, 66,2%).

Tabela 2. Nível de Qualidade de Vida no trabalho de profissionais de CAPS no município de Goiânia

Variáveis	Nível	N	%
Biológico e Físico	Muito Insatisfatório	7	10,3
	Insatisfatório	44	64,7
	Satisfatório	15	22,1
	Muito satisfatório	2	2,9
Psicológico e Comportamental	Muito insatisfatório	1	1,5
	insatisfatório	28	41,2
	Satisfatório	30	44,1
	muito satisfatório	9	13,2
Sociológico e Relacional	muito insatisfatório	4	5,9
	insatisfatório	35	51,5
	Satisfatório	23	33,8
	muito satisfatório	6	8,8
Econômica e Política	muito insatisfatório	8	11,8
	insatisfatório	40	58,8
	Satisfatório	15	22,1
	muito satisfatório	5	7,4
Ambiental e Organizacional	muito insatisfatório	12	17,6
	insatisfatório	44	64,7
	Satisfatório	9	13,2
	muito satisfatório	3	4,4
QVT Geral	muito insatisfatório	3	4,4
	insatisfatório	45	66,2
	Satisfatório	16	23,5
	muito satisfatório	4	5,9
Total		68	100,0

A QVT influencia diretamente no desempenho do trabalhador. Assim, com o profissional trabalhando mais motivado, os resultados dentro das instituições serão positivos (Oliveira, Dutra, Ferreira, Ramos, & Silva, 2018). Em relação à QVT dos trabalhadores da saúde mental lotados nos CAPS de Goiânia observou-se nos resultados expostos na Tabela 2 que a maioria se encontra insatisfeita. Compreende-se que o funcionário satisfeito, logo está motivado, ou seja, motivação está inteiramente ligada à sua satisfação com a instituição na qual trabalha. A insatisfação no ambiente de trabalho pode causar sofrimento psíquico e mesmo doenças físicas, mentais e sociais como isolamento social. Além de tudo, pode comprometer a missão institucional e prejudicar a relação dela com o usuário. Desta forma, a organização precisa ter uma boa gestão de qualidade de vida, a qual vai diminuir as dificuldades das equipes, mantendo o ambiente de trabalho mais produtivo, prazeroso e melhorando o atendimento ao usuário (Dias et al., 2018; Oliveira et al., 2018; Ribeiro & Santana, 2015).

Andrade et al. (2015) relatam que quando a instituição de saúde não proporciona atividades criativas, faltam investimentos na saúde pública como a ampliação de recursos humanos (concurso) e materiais (insumos) e não investir em programas de educação continuada por parte do poder público ocorre numa insatisfação entre os profissionais da saúde em relação ao ambiente de trabalho.

Os participantes desta pesquisa são trabalhadores da área de saúde pública; a insatisfação observada, muitas vezes, pode ser explicada pela forma com que o governo gerencia a área da saúde, pois os resultados demonstram que a maioria apresentou insatisfação nos aspectos biológicos e físicos, sociológicos e relacional, econômico e político e ambiental e organizacional. Os profissionais sofrem com situações relacionadas com a falta de organização financeira, que acarreta falta de investimento em recursos humanos, materiais, insumos, sobrecarga nas atividades, salário baixo, falta de capacitação e serviços

terceirizados, que fazem com o que o ambiente laboral se torne insalubre, ou seja, as péssimas condições de trabalho levam a uma insatisfação, com isso, diminuindo sua QVT. Além de diminuir a qualidade de vida dos trabalhadores, as condições precárias do ambiente de trabalho também levam o usuário do serviço e seus familiares à insatisfação (Forattini et al., 2014; Santos et al., 2011; Seligmann-Silva, 2011).

Ao levantar a prevalência de percepção de assédio moral em trabalhadores da saúde mental lotados nos CAPS de Goiânia, apresentaram-se os seguintes resultados: nível baixo (n=64, 94,1%) e muito alto (n=1, 1,5%) na escala assédio moral do chefe para o trabalhador; na escala assédio moral da equipe para o trabalhador predominou nível baixo (n=64, 94,1%) e na última escala, assédio moral entre colegas, também predominou o nível baixo (n=62, 91,2%), regular (n=4, 5,9%), alto (n=1, 1,5%) e não respondeu (n=1, 1,5%). O resultado pode ser apreciado na Tabela 3.

Tabela 3. Prevalência de percepção de assédio moral em trabalhadores dos CAPS

Variáveis	Nível	N	%
AMM chefe para trabalhador	baixo	64	94,1
	regular	3	4,4
	muito alto	1	1,5
AMM equipe para trabalhador	baixo	64	94,1
	regular	3	4,4
	Alto	1	1,5
AMM colegas para trabalhador	baixo	62	91,2
	regular	4	5,9
	Alto	1	1,5
	Ausência	1	1,5
Total		68	100,0

Trabalhar com o instrumento QAAMT possibilitou avaliar a origem do assédio moral, ou seja, de onde está ocorrendo o assédio moral, se horizontal (da equipe com o colega ou entre colega) ou vertical descendente (do chefe para trabalhador). O assédio moral pode se manifestar de forma vertical descendente (de gestor para trabalhador), ascendente (de

trabalhador para chefe), horizontal (da equipe para o colega ou entre colegas) e mista (ocorre em mais de uma direção) (Hirigoyen, 2009; Leymann, 1996; Soares & Oliveira, 2012). Quanto ao assédio moral do chefe para o empregado, os resultados foram os seguintes: respondeu que sofre assédio (n=1, 1,5%) e não sofre assédio pelo chefe (n=64, 94, 1%). No assédio moral da equipe para trabalhador, 64 (94,1%) não sofrem assédio e um caso (1,5%) sofre assédio. Quanto ao assédio moral de colega para o trabalhador, um caso (1,5%) apontou que sofre o assédio e 62 casos (91,2%) não sofrem. Sendo assim, notou-se que a maioria dos participantes não sofre assédio moral no ambiente de trabalho.

Com esse resultado pode-se dizer que no ambiente laboral do CAPS não foi percebido ocorrer assédio moral e, em todas as formas avaliadas, apresentaram-se, na maioria dos casos, o nível baixo. Na pesquisa de Fontes, Santana, Pelloso e Carvalho (2013), com uma amostra de 199 participantes, 23 deles (11,6%) relataram que sofreram assédio moral. Fontes e Carvalho (2012) mostram que, da sua amostra (n=230), 68 (29,65%) dos participantes assinalaram terem vivido situações de assédio moral no trabalho. O assédio moral se manifesta tanto na forma explícita quanto implícita. Portanto, a vítima não consegue ter a percepção que está sofrendo assédio. Por outro lado, tem a subjetividade que a pessoa sofre violência psicológica, mas como não tem agressão física não se considera uma vítima do assédio moral. Sendo assim, o trabalhador acredita ser uma característica de um conflito normal no ambiente de trabalho e não se reconhecer como vítima (Hagopian et al., 2017). Desta forma, pesquisas complementares de desenho misto poderiam ajudar a elucidar se isto se processa, também, com os profissionais dos CAPS do município de Goiânia.

Considerações Finais

Os resultados da atual pesquisa atenderam os objetivos propostos. Ao analisar as correlações entre as variáveis do TQWL-42 e do QAAMT, a maioria se correlacionou, sendo

que as correlações das variáveis que avaliam os aspectos da QVT foram correlações positivas diretamente proporcionais, ou seja, se altera uma variável, altera a outra na mesma proporção. Este resultado ratifica a teoria que, quando um dos aspectos que compõe a QVT sofre um impacto negativo, as demais sofrerão também na mesma proporção, assim, baixando a QVT. Essa compreensão é importante para entender que os aspectos norteadores da QVT são unidos, para que a organização, seja pública e/ou privada, elabore planos para melhorar a qualidade de vida dos profissionais.

Nas correlações entre as origens do assédio moral com os aspectos da qualidade de vida, a maioria obteve a correlação negativa. Esse resultado está de acordo com a teoria apresentada que, quando o assédio moral aumenta, a qualidade de vida do trabalhador diminui. Quanto mais o profissional vivencia situações de assédio moral, menos QVT ele terá, podendo causar, desta forma, doenças físicas, mentais, sociais e econômicas.

A análise da qualidade de vida dos trabalhadores da saúde, principalmente dos profissionais lotados nos CAPS, apresentou, na maioria dos aspectos, o nível insatisfatório. O resultado retrata a teoria apresentada, em que as péssimas condições de trabalho, tais como falta de insumos, baixos salários, isto é, a precarização do serviço público de saúde, se tornam fatores desmotivantes, levando o profissional a ficar insatisfeito.

Ao levantar a prevalência de percepção de assédio moral em trabalhadores dos CAPS o nível baixo foi identificado na maioria das origens avaliadas do assédio moral. Desta forma, percebe-se que o ambiente dos CAPS pesquisados não é um ambiente laboral que ocorre assédio moral. Mas alguns estudos, como já exposto, reiteram que é difícil avaliar a percepção devido a alguns fatores que podem interferir, como a subjetividade. Sendo assim, sugere-se que pesquisas complementares de desenho misto possam ajudar a elucidar se isto se processa, também, com os profissionais dos CAPS do município de Goiânia.

O atual estudo apresentou como limitação não avaliar a origem do assédio moral vertical ascendente, do trabalhador para o chefe, sendo que, no decorrer da pesquisa, não foram identificados instrumentos que avaliassem a origem vertical ascendente como propõem os autores Hirigoyen (2009) e Leymann (1996).

Espera-se que os resultados apresentados nesta pesquisa possam contribuir com o desenvolvimento do conhecimento científico e, principalmente, para as práticas organizacionais dos serviços públicos da saúde e também servir de alerta e compreensão por parte dos profissionais de saúde sobre assédio moral no trabalho e suas consequências negativas para a qualidade de vida dos trabalhadores.

Referências

- Andrade, C. G. de, Leão, J. D. M., Costa, I. C. P., Brito, F. M. De, Santos, K. F. O., & Costa, S. F. (2015). Assédio moral na atenção básica segundo os profissionais de enfermagem/MORAL HARASSMENT IN PRIMARY CARE ACCORDING TO NURSING PROFESSIONALS. *Trabalho, Educação e Saúde*, 13(16781007), 77-90. Recuperado em 10 março, 2020, de <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00031>
- Antunes, J. (2017). Assédio Moral No Trabalho: Revendo a Evidência. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 18(3), 669-680. Recuperado em 10 março, 2020, de <https://doi.org/10.15309/17psd180304>
- Barreto, M., & Heloani, R. (2015). Violência, saúde e trabalho: *Serviço Social & Sociedade*, 123(2317-6318), 544–561. Recuperado em 10 março, 2020, de <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.036>
- Barros, A. C. F., & Bernardo, M. H. (2017). A lógica neoliberal na saúde pública e suas repercussões para a saúde mental de trabalhadores de CAPS. *Revista de Psicologia Da*

- UNESP*, 16(1), 60-74. Recuperado em 10 março, 2020, de <https://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/845>
- Benevenuto, J. M. N., Souza, S. A. D. de, & Carvalho, Â. M. D. A. A. (2019). Qualidade de Vida no Trabalho: a percepção dos servidores públicos. *Revista ORG & DEMO*, 20(1), 45-66. Recuperado em 10 março, 2020, de <https://doi.org/10.36311/1519-0110.2019.v20n1.04.p45>
- Bernardo, M. H., Seligmann-Silva, E., Maeno, M., & Kato, M. (2011). Ainda sobre a saúde mental do trabalhador. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 36(123), 8-11. Recuperado em 10 março, 2020, de <https://doi.org/10.1590/s0303-76572011000100002>
- Cahú, G. R. P., Da Costa, S. F. G., Costa, I. C. P., De Souza Batista, P. S., & Batista, J. B. V. (2014). Situações de assédio moral vivenciadas por enfermeiros no ambiente de trabalho Moral harassment experienced by nurses in their workplace. *ACTA Paulista de Enfermagem*, 27(2), 151-156. Recuperado em 10 março, 2020, de <https://doi.org/10.1590/1982-0194201400027>
- Dal Pai, D., Sturbelle, I. C. S., Santos, C. dos, Tavares, J. P., & Lautert, L. (2018). VIOLÊNCIA FÍSICA E PSICOLÓGICA PERPETRADA NO TRABALHO EM SAÚDE PHYSICAL AND PSYCHOLOGICAL VIOLENCE IN THE WORKPLACE OF. *Texto & Contexto Enfermagem*, 27(1), 1-10.
- Dancey, C. P., & Reidy, J. (2019). Variáveis e delineamento de pesquisa. In C. P. Dancey & J. Reidy (Eds.), *Estatística sem Matemática para Psicologia* (7a ed., pp. 1-24). Porto Alegre: Penso.
- De Campos, M. I., & Rueda, F. J. M. (2016). Assédio moral: Evidências de validade de escala e relações com qualidade de vida no trabalho. *Avaliacao Psicologica*, 15(1), 21-30. Recuperado em 10 março, 2020, de <https://doi.org/10.15689/ap.2016.1501.03>
- Dias, A. C. B., Chaveiro, N., & Porto, C. C. (2018). Quality of life of the work of physical

- therapy course teachers in goiânia in the state of Goiás, Brazil. *Ciencia e Saude Coletiva*, 23(9), 3021-3030. Recuperado em 10 março, 2020, de <https://doi.org/10.1590/1413-81232018239.15672016>
- Faiman, C. J. S. (2016). A queixa de assédio moral no trabalho e a psicoterapia. *Psicologia Em Estudo*, 21(1), 127-135. Recuperado em 10 março, 2020, de <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v21i1.28311>
- Fontes, K. B., & Carvalho, M. D. de B. (2012). Variables involved in the perception of psychological harassment in the nursing work environment. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(4), 761-768. Recuperado em 10 março, 2020, de <https://doi.org/10.1590/s0104-11692012000400017>
- Fontes, K. B., Santana, R. G., Pelloso, S. M., & Carvalho, M. D. de B. (2013). Factors associated with bullying at nurses' workplaces. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(3). Recuperado em 10 março, 2020, de <https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000300015>
- Forattini, C. D., Lucena, C. A., de Araújo, T. M., Mattos, A. I. S., de Almeida, M. M. G., Santos, K. O. B., ... Souza, G. O. De. (2014). Adoecimento E Sofrimento Docente Na Perspectiva Da Precarização Do Trabalho. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 1(2), 272. Recuperado em 10 março, 2020, de <https://doi.org/10.1590/1980-5497201600030014>
- Freire, P. A. (2008). Assédio moral e saúde mental do trabalhador. *Trabalho, Educação e Saúde*, 6(2), 367-380. Recuperado em 10 março, 2020, de <https://doi.org/10.1590/s1981-77462008000200009>
- Gomes, J., Silva, A. S., & Bergamini, G. B. (2017). Saúde e qualidade de vida: influência do stress no ambiente de trabalho. *Revista Científica FAEMA*, 8(2), 207. Recuperado em 10 março, 2020, de <https://doi.org/10.31072/rcf.v8i2.547>
- Hagopian, E. M., Freitas, G. F., & Baptista, P. C. P. (2017). Assédio moral no trabalho de

- enfermagem - Asedio moral en el trabajo de Enfermería - Moral hazard in nursing work. *Cogitare Enferm*, 15(1), 1-8. Recuperado em 10 março, 2020, de <https://doi.org/10.18471/rbe.v31i1.16588>
- Hirigoyen, M. F. (2009). Mal -Estar no trabalho: redefinindo o assédio moral. In *Bertand Brasil* (6th ed.). Recuperado em 10 março, 2020, de <https://doi.org/https://doi.org/10.3917/empa.073.0024>
- Leymann, H. (1996). The content and development of mobbing at work. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5(2), 165-184. Recuperado em 10 março, 2020, de <https://doi.org/10.1080/13594329608414853>
- Mandú, M. J., Correia, J. S., & Souza, M. F. de. (2018). Qualidade de Vida no Trabalho : um Estudo Bibliométrico da Pesquisa em Português Quality of Work Life : a Bibliometric Study of Portuguese Research. *Revista Multidisciplinar e de Psicologia*, 12(19811179), 1114-1128. Recuperado em 10 março, 2020, de <https://doi.org/10.14295/online.v12i40.1174>
- MTP, M. do T. e P. (2011). Decreto nº 7602 de 07 de novembro de 2011. *Diário Oficial Da União, seção 01*(nº 214), 1-4.
- OIT, O. I. do T. (2019). Actas Provisionales 103. *Conferencia Internacional Do Trabalho: Quinto Punto Del Orden Del Día: La Violencia y El Acoso En El Mundo Del Trabajo*, 1-16. Ginebra.
- Oliveira, L. D. M., Dutra, S. M., Ferreira, M. C. O., Ramos, N. M., & Silva, J. G. (2018). Análise da satisfação da qualidade de vida no trabalho em uma marmoria do Pontal. *Brazilian Journal of Development*, 5(2525-8761), 655-669. Recuperado em 10 março, 2020, de <http://www.brjd.com.br/index.php/BRJD/article/view/140>
- Osaki, M. M., & Pustiglione, M. (2019). Proposta de metodologia para ações de qualidade de vida no trabalho em serviços de saúde. *Revista de Administração Em Saúde*, 19(74).

- Recuperado em 10 março, 2020, de <https://doi.org/10.23973/ras.74.153>
- Pasquali, L. (2017). Validade dos testes. *Revista Examen.*, 1(1): 14-48.
- Ribeiro, L. A., & Santana, L. C. (2015). Qualidade de vida no trabalho: fator decisivo no desempenho organizacional. *Revista de Iniciação Científica - RIC Cairu*, 2(2), 75–96.
Recuperado em 10 março, 2020, de <http://www.administradores.com.br/artigos/economia-e-financas/qualidade-de-vida-no-trabalho-fator-decisivo-no-desempenho-organizacional/26723/>
- Rouquayrol, M. Z., & Almeida Filho, N. de. (2006). Epidemiologia e saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 1(1), 131-131. Recuperado em 10 março, 2020, de <https://doi.org/10.1590/s0102-311x1985000100015>
- Santos, A. M. dos, Cardoso, D. A. J., Vieira, D. P. B., Araújo, F. C., Farias, H. S. de, Mota, S. P. da, ... Bahia, S. H. A. (2011). Análise dos níveis de satisfação de trabalhadores de saúde mental de um Hospital público de referência psiquiátrica em Belém (PA). *Rev. Baiana Saúde Pública*, 35(4), 813-825.
- Scheffer, G., & Silva, L. G. (2014). Saúde mental, intersetorialidade e questão social: *Serviço Social & Sociedade*, 118, 366-393.
- Seligmann-Silva, E. (2011). Mental wear in dominated work. *Brazilian Journal of Occupational Health RBSO*, 36(Mental Health), 624. Recuperado em 10 março, 2020, de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=185468&indexSearch=ID>
- Silva, D. da, Lopes, E. L., & Braga Junior, S. S. B. (2014). Pesquisa Quantitativa: Elementos, Paradigmas e Definições. *Revista de Gestão e Secretariado*, 05(01), 01-18. Recuperado em 10 março, 2020, de <https://doi.org/10.7769/gesec.v5i1.297>
- Silva, D. da, & Simon, F. O. (2005). *Análise Quantitativa Validação.Pdf* (pp. 11–27). pp. 11-

27. Recuperado em 10 março, 2020, de revista.usp.br/ceru/article/view/75338
- Silva, E. A. da, & Costa, I. I. da. (2008). Saúde mental dos trabalhadores em saúde mental: estudo exploratório com os profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial de Goiânia/Go. *Psicologia Em Revista*, 14(1), 83-106. Recuperado em 10 março, 2020, de <https://doi.org/10.5752/P.1678-9563.2008v14n1p83-106>
- Silva, O. D., & Raichelis, R. (2015). O assédio moral nas relações de trabalho do(a) assistente social: *Serviço Social & Sociedade*, 123, 582-603.
- Silva, R. S. & Paes, A. T. (2012). Teste de concordância Kappa. *Educ Contin Saúde Einstein.*, 10(4), 165-166.
- Skogstad, A., Mattusen, S. B., & Einarsen, S. (2007). ORGANIZATIONAL CHANGES: A PRECURSOR OF BULLYING AT WORK? *Ship Technology Research*, 54(4), 194-200. Recuperado em 10 março, 2020, de <https://doi.org/10.1179/str.2007.54.4.006>
- Soares, A., & Oliveira, J. A. (2012). Assédio moral no trabalho Frequência e duração A intencionalidade do assédio O gênero do assédio moral. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 37(126), 195-202.
- Soratto, J., Pires, D. E. P. de, Scherer, M. D. dos A., Witt, R. R., Ceretta, L. B., & Farias, J. M. (2020). SATISFAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL: UM ESTUDO QUALITATIVO. *Texto & Contexto Enfermagem*, 29, 1-12. Recuperado em 10 março, 2020, de <https://doi.org/doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0104>
- Tavares, M. D. O., & Limachi, I. G. T. (2017). Avaliação da Qualidade de Vida no Trabalho: Estudo de Caso em duas Escolas Particulares no Cariri Cearense. *Id on Line REVISTA DE PSICOLOGIA*, 11(38), 127-149. Recuperado em 10 março, 2020, de <https://doi.org/10.14295/idonline.v11i38.880>

Considerações Finais

O presente estudo teve como objetivo geral compreender as relações entre assédio moral e qualidade de vida em trabalhadores da Saúde Mental lotados nos CAPS do município de Goiânia sendo, ainda, um recorte do projeto de pesquisa “Qualidade de vida, sofrimento psíquico e manifestações psicossomáticas do trabalho”.

Sendo assim, a Revisão Sistemática (RS) proporcionou uma visão ampla sobre o tema, cujos estudos analisados buscaram examinar os diferentes impactos do assédio moral na qualidade de vida dos trabalhadores da saúde mental. Adicionalmente, indicou os métodos de pesquisas e instrumentos mais utilizados sobre o tema.

Os resultados apresentados pela RS podem auxiliar na elaboração de um planejamento estratégico com ações que corroboram com a melhoria da qualidade de vida dos profissionais da saúde. Como parte destas estratégias podem ser usadas palestras sobre o tema assédio moral no trabalho para esclarecer e conceituar tal temática, assim como abordar quais comportamentos podem ser caracterizados como assédio moral dentro do ambiente de saúde e criar mecanismos onde o profissional possa sentir-se seguro ao denunciar uma agressão. Também, pode-se laborar atividades preventivas e educativas envolvendo outros profissionais da saúde que possam colocar em prática as ações propostas pelo Ministério da Saúde ao tratar da saúde do trabalhador.

Particularmente, o QAAMT é um instrumento que permite avaliar a percepção sobre os comportamentos que caracterizam o assédio moral. Desta forma, auxilia a compreender esse fenômeno e também a reduzir os impactos do assédio sobre a qualidade de vida dos trabalhadores e também nas instituições. Outrossim, compreende-se pela grande importância deste instrumento ser validado para a população brasileira.

O resultado da prevalência de percepção de assédio moral nos trabalhadores dos CAPS mostrou um nível baixo na maioria das origens avaliadas do assédio moral. Desta

forma os resultados evidenciaram, neste momento, que o CAPS é um ambiente que não ocorre assédio moral e/ou que não seja tão perceptível esse fenômeno entre os profissionais que lá trabalham.

O atual estudo apresentou algumas limitações tais como, os artigos analisados mostraram uma ausência de estratégias efetivas de prevenção para o controle do assédio moral no contexto laboral da saúde; não analisou e/ou discutiu sobre a temática da desigualdade de gênero, já que no ambiente estudado (unidades de Saúde), a maioria dos profissionais é do gênero feminino; não avaliou a origem do assédio moral vertical ascendente do trabalhador para o chefe, sendo que, no decorrer da pesquisa, não foram identificados instrumentos que avaliassem a origem vertical ascendente como propõem Hirigoyen (2009) e Leymann (1996), como também não trouxe para as discussões a relação entre condições de trabalho e o assédio moral.

A partir das limitações vislumbradas propõem-se a dar seguimento aos estudos com pesquisas de revisão sistemáticas e empíricas no intuito de elucidar e preencher as lacunas que apareceram durante a investigação. Contudo, todos os objetivos propostos foram alcançados e a metodologia utilizada mostrou-se adequada.

Espera-se que os resultados apresentados nesta pesquisa possam contribuir com o desenvolvimento do conhecimento científico e, principalmente, para as práticas organizacionais dos serviços públicos da saúde e também sirva de alerta e compressão por parte dos profissionais de saúde sobre assédio moral no trabalho e suas consequências negativas para a qualidade de vida dos trabalhadores.

Referências Gerais

- Alexandre, N. M. C., & Coluci, M. Z. O. (2011). Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciência & Saúde Coletiva*, *16*(7), 3061-3068. Recuperado em 10 janeiro, 2020, de https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt&pid=S1413-81232011000800006
- Andrade, C. G. de, Leão, J. D. M., Costa, I. C. P., Brito, F. M. De, Santos, K. F. O., & Costa, S. F. (2015). Assédio moral na atenção básica segundo os profissionais de enfermagem/MORAL HARASSMENT IN PRIMARY CARE ACCORDING TO NURSING PROFESSIONALS. *Trabalho, Educação e Saúde*, *13*(16781007), 77-90. Recuperado em 10 março, 2020, de <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00031>
- Antunes, J. (2017). Assédio Moral No Trabalho: Revendo a Evidência. *Psicologia, Saúde & Doenças*, *18*(3), 669-680. Recuperado em 10 março, 2020, de <https://doi.org/10.15309/17psd180304>
- Aoki, R., & Guirardello, E. B. (2019). Bullying no ambiente de trabalho da Enfermagem: revisão integrativa. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, *40*(0).
- Barreto, M., & Heloani, R. (2015). Violência, saúde e trabalho: *Serviço Social & Sociedade*, *123*(2317-6318), 544-561. Recuperado em 10 março, 2020, de <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.036>
- Barros, A. C. F., & Bernardo, M. H. (2017). A lógica neoliberal na saúde pública e suas repercussões para a saúde mental de trabalhadores de CAPS. *Revista de Psicologia Da UNESP*, *16*(1), 60-74. Recuperado em 10 março, 2020, de <https://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/845>

- Battistelli, B. M., Amazarray, M. R., & Koller, S. H. (2011). Mobbing at work according to operators of the law. *Psicologia e Sociedade*, 23(1), 35-45. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S0102-71822011000100005>
- Benevenuto, J. M. N., Souza, S. A. D. de, & Carvalho, Â. M. D. A. A. (2019). Qualidade de Vida no Trabalho: a percepção dos servidores públicos. *Revista ORG & DEMO*, 20(1), 45-66. Recuperado em 10 março, 2020, de <https://doi.org/10.36311/1519-0110.2019.v20n1.04.p45>
- Bernardo, M. H., Seligmann-Silva, E., Maeno, M., & Kato, M. (2011). Ainda sobre a saúde mental do trabalhador. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 36(123), 8-11. Recuperado em 10 março, 2020, de <https://doi.org/10.1590/s0303-76572011000100002>
- Breakwell, G. M., Hammond, S., Fife-Schaw, C., & Smith, J. A. (2010), *Métodos de Pesquisa em Psicologia*, Porto Alegre, Editora Bookman, Artmed.
- Cahú, G. R. P., Da Costa, S. F. G., Costa, I. C. P., De Souza Batista, P. S., & Batista, J. B. V. (2014). Situações de assédio moral vivenciadas por enfermeiros no ambiente de trabalho Moral harassment experienced by nurses in their workplace. *ACTA Paulista de Enfermagem*, 27(2), 151-156. Recuperado em 10 março, 2020, de <https://doi.org/10.1590/1982-0194201400027>
- Catell, R. B. (1978). *The scientific use of factor analysis in behavioral and life sciences*. Plenum Press: New York.
- Cilliers, F. (2012). A systems psychodynamic description of organisational bullying experiences. *SA Journal of Industrial Psychology*, 38(2), 1-11. Recuperado em 10 janeiro, 2020, de <https://doi.org/10.4102/sajip.v38i2.994>
- Crawshaw, L. (2009). Workplace bullying? Mobbing? Harassment? Distraction By a Thousand Definitions. *Consulting Psychology Journal*, 61(3), 263-267. Recuperado de <https://doi.org/10.1037/a0016590>

- Crespo, Á. R., Bottega, C. G., & Perez, K. V. (2014). *Atenção à saúde mental do trabalhador: Sofrimento e transtornos psíquicos relacionados ao trabalho* (1a ed., Evangraf, ed.). Porto Alegre.
- Dal Pai, D., Sturbelle, I. C. S., Santos, C. dos, Tavares, J. P., & Lautert, L. (2018). VIOLÊNCIA FÍSICA E PSICOLÓGICA PERPETRADA NO TRABALHO EM SAÚDE PHYSICAL AND PSYCHOLOGICAL VIOLENCE IN THE WORKPLACE OF. *Texto & Contexto Enfermagem*, 27(1), 1-10.
- Dancey, C. P., & Reidy, J. (2019). Variáveis e delineamento de pesquisa. In C. P. Dancey & J. Reidy (Eds.), *Estatística sem Matemática para Psicologia* (7a ed., pp. 1-24). Porto Alegre: Penso.
- De Campos, M. I., & Rueda, F. J. M. (2016). Assédio moral: Evidências de validade de escala e relações com qualidade de vida no trabalho. *Avaliacao Psicologica*, 15(1), 21-30. Recuperado em 10 março, 2020, de <https://doi.org/10.15689/ap.2016.1501.03>
- Dejours, C., & Abdoucheli, E. (1994). Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho. *IN: Psicodinâmica Do Trabalho: Contribuição Da Escola Dejouriana à Análise Da Relação Prazer, Sofrimento e Trabalho.*, (January), 119-145. Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/268349248>
- Dias, A. C. B., Chaveiro, N., & Porto, C. C. (2018). Quality of life of the work of physical therapy course teachers in goiânia in the state of Goiás, Brazil. *Ciencia e Saude Coletiva*, 23(9), 3021-3030. Recuperado em 10 março, 2020, de <https://doi.org/10.1590/1413-81232018239.15672016>
- Dutra, F. C. M. S. e, Costa, L. C., & Sampaio, R. F. (2016). A influência do afastamento do trabalho na percepção de saúde e qualidade de vida de indivíduos adultos. *Fisioterapia e Pesquisa*, 23(1), 98-104. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/1809-2950/14900923012016>

- Einarsen, S., Hoel, H., Zapf, D., & Cooper, C. L. (2003). The concept of bullying at work. In S. Einarsen, H. Hoel, D. Zapf, & C. L. Cooper (Eds.), *Bullying and emotional abuse in the workplace* (pp. 3-30). London & New York: Taylor & Francis.
- Estes, C. J. (2013). Acordo laboral y estilos de afrontamiento en enfermeras de um hospital infantil em lá ciudad de México. Recuperado em <http://132.248.9.195/ptd2013/junio/0695002/ainda.html>
- Faiman, C. J. S. (2016). A queixa de assédio moral no trabalho e a psicoterapia. *Psicologia Em Estudo*, 21(1), 127-135. Recuperado em 10 março, 2020, de <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v21i1.28311>
- Fernandes, M. A., & Palucci Marziale, M. H. (2014). Riscos ocupacionais e adoecimento de trabalhadores em saúde mental. *ACTA Paulista de Enfermagem*, 27(6), 539-547. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/1982-0194201400088>
- Ferreira, A. P. (2015). Satisfação, sobrecarga de trabalho e estresse nos profissionais de serviço de saúde mental. *Revista Brasileira de Medicina Do Trabalho*, 13(2), 91-99.
- Ferraz, R. O. da G. (2014). *Assédio Moral no Serviço Público (violação da dignidade humana)* (1a ed.) Rio de Janeiro.
- Fife-Schaw, C. (2010). Modelos Quasi-Experimentais. In G. M. Breakwell, C. Fife-Schaw, S. Hammond, & J. A. Smith (Eds.). *Métodos de Pesquisa em Psicologia* (3a ed., pp. 504). Porto Alegre: Artmed.
- Fisekovic, M. B. K., Terzic-Supic, Z. J., Santric-Milicevic, M. M., & Trajkovic, G. Z. (2017). Encouraging employees to report verbal violence in primary health care in Serbia: A cross-sectional study. *Zdravstveno Varstvo*, 56(1), 11-17. Recuperado de <https://doi.org/10.1515/sjph-2017-0002>
- Fontes, K. B., & Carvalho, M. D. de B. (2012). Variables involved in the perception of psychological harassment in the nursing work environment. *Revista Latino-Americana*

- de Enfermagem*, 20(4), 761-768. Recuperado em 10 março, 2020, de <https://doi.org/10.1590/s0104-11692012000400017>
- Fontes, K. B., Santana, R. G., Pelloso, S. M., & Carvalho, M. D. de B. (2013). Factors associated with bullying at nurses' workplaces. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(3). Recuperado em 10 março, 2020, de <https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000300015>
- Forattini, C. D., Lucena, C. A., de Araújo, T. M., Mattos, A. I. S., de Almeida, M. M. G., Santos, K. O. B., ... Souza, G. O. De. (2014). Adoecimento E Sofrimento Docente Na Perspectiva Da Precarização Do Trabalho. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 1(2), 272. Recuperado em 10 março, 2020, de <https://doi.org/10.1590/1980-5497201600030014>
- Freire, P. A. (2008). Assédio moral e saúde mental do trabalhador. *Trabalho, Educação e Saúde*, 6(2), 367-380. Recuperado em 10 março, 2020, de <https://doi.org/10.1590/s1981-77462008000200009>
- Gomes, J., Silva, A. S., & Bergamini, G. B. (2017). Saúde e qualidade de vida: influência do stress no ambiente de trabalho. *Revista Científica FAEMA*, 8(2), 207. Recuperado em 10 março, 2020, de <https://doi.org/10.31072/rcf.v8i2.547>
- Goulart, M. S. B. (2007). As raízes italianas do movimento antimaniconial. Casa do Psicólogo São Paulo (Coleção História da Psicologia no Brasil / Coordenadora Regina Helena de Freitas Campos).
- Guimarães, J. M. X., Jorge, M. S. B., & Assis, M. M. A. (2011). (In)satisfação com o trabalho em saúde mental: Um estudo em centros de atenção psicossocial. *Ciencia e Saude Coletiva*, 16(4), 2145-2154. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000400014>
- 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. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/s0102-37722006000200008>
- Hagopian, E. M., Freitas, G. F., & Baptista, P. C. P. (2017). Assédio moral no trabalho de enfermagem - Asedio moral en el trabajo de Enfermería - Moral hazard in nursing work. *Cogitare Enferm*, 15(1), 1-8. Recuperado em 10 março, 2020, de <https://doi.org/10.18471/rbe.v31i1.16588>
- Hair Jr, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. E. (2006). *Multivariate Data Analysis* (6a ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.
- Hirigoyen, M. F. (2009). Mal -Estar no trabalho: redefinindo o assédio moral. In *Bertand Brasil* (6th ed.). Recuperado em 10 março, 2020, de <https://doi.org/https://doi.org/10.3917/empa.073.0024>
- Hogh, A., Baernholdt, M., & Clausen, T. (2018). Impact of workplace bullying on missed nursing care and quality of care in the eldercare sector. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 91(8), 963-970. Recuperado de <https://doi.org/10.1007/s00420-018-1337-0>
- Hogh, A., Hoel, H., & Carneiro, I. G. (2011). Bullying and employee turnover among healthcare workers: A three-wave prospective study. *Journal of Nursing Management*, 19(6), 742-751. Recuperado de <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2011.01264.x>
- Iglesias, M. E. L., & Vallejo, R. B. D. B. (2014). Prevalence of bullying at work and its association with self-esteem scores in a Spanish nurse sample. *Contemporary Nurse*, 42(1), 2-10. Recuperado de <https://doi.org/10.5172/conu.2012.42.1.2>
- Jorge, J. C., Marques, A. L. N., Côrtes, R. M., Ferreira, M. B. G., Haas, V. J., & Simões, A. L. de A. (2015). *Qualidade de vida e estresse de agentes comunitários de saúde de uma cidade do interior de Minas Gerais*. 4(1), 28-41. Recuperado de <https://doi.org/10.18554>
- Kristensen, R. D., Borg, V., Pejtersen, J. A. N. H., Sønderga, T., & Bjorner, J. B. U. E.

- (2010). *The second version of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire*. 38(August 2009), 8-24. Recuperado de <https://doi.org/10.1177/1403494809349858>
- Landeiro, G. M. B., Pedrozo, C. C. R., Gomes, M. J., & Oliveira, E. R. de A. (2011). Revisão sistemática dos estudos sobre qualidade de vida indexados na base de dados Scielo. *Ciencia e Saude Coletiva*, 16(10), 4257-4266. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001100031>
- Laros, J. A. (2012). O uso da análise fatorial: algumas diretrizes para pesquisadores. In: O uso da análise fatorial: algumas diretrizes para pesquisadores (1a ed., pp. 141-160) Brasília-DF: LabPAM Editora.
- Leymann, H. (1996). The content and development of mobbing at work. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5(2), 165-184. Recuperado em 10 março, 2020, de <https://doi.org/10.1080/13594329608414853>
- Lima, B. A. A. C., Bispo, A. C. K. de A., Gonçalves, H. S., & Coelho, K. da S. (2014). Reflexões sobre Assédio Moral: um Estudo à Luz da Organização Pessoense com maior Incidência em Ações Trabalhistas entre 2008 e 2012. *Revista Gestão & Tecnologia*, 14(1), 201-224. Recuperado em 10 dezembro, 2019, de <http://revistagt.fpl.edu.br/get/article/view/564>
- Loerbroks, A., Weigl, M., Li, J., Glaser, J., Degen, C., & Angerer, P. (2015). Workplace bullying and depressive symptoms: A prospective study among junior physicians in Germany. *Journal of Psychosomatic Research*, 78(2), 168-172. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.10.008>
- Martins, M. do C. F., & Ferraz, A. M. S. (2011). Propriedades psicométricas das escalas de assédio moral no trabalho – percepção e impacto. *Psico-USF Universidade São Francisco*, 16(2), 163-173. Recuperado em 10 dezembro, 2019, de https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712011000200005

- Melo, R. S. (2019). OIT aprova a Convenção 190, sobre violência e assédio no trabalho. Recuperado em 10 dezembro, 2019, de <https://www.conjur.com.br/2019-jul-12/reflexoes-trabalhistas-oit-aprovaa-convencao-190-violencia-assedio-trabalho>
- Mandú, M. J., Correia, J. S., & Souza, M. F. de. (2018). Qualidade de Vida no Trabalho : um Estudo Bibliométrico da Pesquisa em Português Quality of Work Life : a Bibliometric Study of Portuguese Research. *Revista Multidisciplinar e de Psicologia*, 12(19811179), 1114-1128. Recuperado em 10 março, 2020, de <https://doi.org/10.14295/online.v12i40.1174>
- MS, M. da S. (2019). *Lei 10.2016 06 de abril de 2001. Reforma Psiquiatrica Brasileira*. Recuperado em 12 abril, 2020, de www.sus.ms.br
- MTP, M. do T. e P. (2011). Decreto nº 7602 de 07 de novembro de 2011. *Diário Oficial Da União, seção 01*(nº 214), 1-4.
- Navarro, V. L., Maciel, R. H., Matos, T. G. R (2017). A questão do trabalho no Brasil: uma perspectiva histórica a partir do desenvolvimento industrial. In: M.C., Bernado, M.H., Sato, Leny (2017) (orgs.). *Psicologia Social do Trabalho* Coutinho, Petrópolis - RJ: Editora Vozes.
- Nunes, T. S., Tolfo, S. D. R., & Espinosa, L. M. C. (2018). Assédio Moral no Trabalho: A Compreensão dos Trabalhadores sobre a Violência. *Revista de Gestão e Secretariado*, 9(2), 205-219. Recuperado em 12 abril, 2020, de <https://doi.org/10.7769/gesec.v9i2.629>
- OIT, O. I. do T. (2019). Actas Provisionales 103. *Conferencia Internacional Do Trabalho: Quinto Punto Del Orden Del Día: La Violencia y El Acoso En El Mundo Del Trabajo*, 1-16. Ginebra.
- Oliveira, L. D. M., Dutra, S. M., Ferreira, M. C. O., Ramos, N. M., & Silva, J. G. (2018). Análise da satisfação da qualidade de vida no trabalho em uma marmoraria do Pontal. *Brazilian Journal of Development*, 5(2525-8761), 655-669. Recuperado em 10 março,

- 2020, de <http://www.brjd.com.br/index.php/BRJD/article/view/140>
- Osaki, M. M., & Pustiglione, M. (2019). Proposta de metodologia para ações de qualidade de vida no trabalho em serviços de saúde. *Revista de Administração Em Saúde, 19*(74). Recuperado em 10 março, 2020, de <https://doi.org/10.23973/ras.74.153>
- Pasquali, L. (1999). Testes referentes a constructo: teoria e modelo de construção. In: _ (org.). *Instrumentos psicológicos: Manual prático de elaboração*. Brasília: LabPAM/IBAPP.
- Pasquali, L. (2007). Validade dos testes psicológicos: será possível reencontrar o caminho? *Psicol Teor Pesq., 23*(n.esp): 99-107. Recuperado em 10 janeiro, 2020, de <https://www.scielo.br/pdf/ptp/v23nspe/18>
- Pasquali, L. (2012). *Análise fatorial para pesquisadores*. Brasília: LabPAM.
- Pasquali, L. (2017). Validade dos testes. *Revista Examen., 1*(1): 14-48.
- Pasquali, L. (2017). *Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação*. Edição digital. Petrópolis (RJ): Vozes.
- Pinto, A. S., & Nunes, A. J. (2013). Acoso laboral y estilos de afrontamiento en enfermeras de un hospital infantil en la ciudad de México. *Revista Enfermagem, 25*(1), 1-5. Recuperado de <https://doi.org/10.12957/reuerj.2017.14460>
- Pinto, A. S., & Nunes, A. J. S. (2017). Mobbing entre enfermeiros: Um estudo empírico. *Revista Enfermagem, 25*(1), 1-5. Recuperado de <https://doi.org/10.12957/reuerj.2017.14460>
- Ramos, D. K. R., de Paiva, I. K. S., & Guimarães, J. (2019). Qualitative research in the context of Brazilian Psychiatric Reform: Voices, places, skills/actions. *Ciencia e Saude Coletiva, 24*(3), 839-852. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.00512017>
- Ribeiro, L. A., & Santana, L. C. (2015). Qualidade de vida no trabalho: fator decisivo no desempenho organizacional. *Revista de Iniciação Científica - RIC Cairu, 2*(2), 75-96.

- Recuperado em 10 março, 2020, de <http://www.administradores.com.br/artigos/economia-e-financas/qualidade-de-vida-no-trabalho-fator-decisivo-no-desempenho-organizacional/26723/>
- Rosta, J., & Aasland, O. G. (2018). Perceived bullying among Norwegian doctors in 1993, 2004 and 2014-2015: A study based on cross-sectional and repeated surveys. *BMJ Open*, 8(2), 1-10. Recuperado em 12 abril, 2020, de <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018161>
- Rouquayrol, M. Z., & Almeida Filho, N. de. (2006). Epidemiologia e saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 1(1), 131-131. Recuperado em 10 março, 2020, de <https://doi.org/10.1590/s0102-311x1985000100015>
- Samsudin, E. Z., Isahak, M., Rampal, S., Rosnah, I., & Zakaria, M. I. (2019). Organisational antecedents of workplace victimisation: The role of organisational climate, culture, leadership, support, and justice in predicting junior doctors' exposure to bullying at work. *International Journal of Health Planning and Management*, (October), 1-22. Recuperado em 12 abril, 2020, de <https://doi.org/10.1002/hpm.2926>
- Santos, A. M. dos, Cardoso, D. A. J., Vieira, D. P. B., Araújo, F. C., Farias, H. S. de, Mota, S. P. da, ... Bahia, S. H. A. (2011). Análise dos níveis de satisfação de trabalhadores de saúde mental de um Hospital público de referência psiquiátrica em Belém (PA). *Rev. Baiana Saúde Pública*, 35(4), 813-825.
- Scheffer, G., & Silva, L. G. (2014). Saúde mental, intersetorialidade e questão social: *Serviço Social & Sociedade*, 118, 366-393.
- Seligmann-Silva, E. (2011). Mental wear in dominated work. *Brazilian Journal of Occupational Health RBSO*, 36(Mental Health), 624. Recuperado em 10 março, 2020, de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p>

&nextAction=lnk&exprSearch=185468&indexSearch=ID

- Silva, E. A. da, & Costa, I. I. da. (2008). Saúde mental dos trabalhadores em saúde mental: estudo exploratório com os profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial de Goiânia/Go. *Psicologia Em Revista*, 14(1), 83-106. Recuperado em 10 março, 2020, de <https://doi.org/10.5752/P.1678-9563.2008v14n1p83-106>
- Silva, D. da, Lopes, E. L., & Braga Junior, S. S. B. (2014). Pesquisa Quantitativa: Elementos, Paradigmas e Definições. *Revista de Gestão e Secretariado*, 05(01), 01-18. Recuperado em 10 março, 2020, de <https://doi.org/10.7769/gesec.v5i1.297>
- Silva, R. S. & Paes, A. T. (2012). Teste de concordância Kappa. *Educ Contin Saúde Einstein.*, 10(4), 165-166.
- Silva, D. da, & Simon, F. O. (2005). *Análise Quantitativa Validação.Pdf* (pp. 11–27). pp. 11-27. Recuperado em 10 março, 2020, de revista.usp.br/ceru/article/view/75338
- Silva, O. D., & Raichelis, R. (2015). O assédio moral nas relações de trabalho do(a) assistente social: *Serviço Social & Sociedade*, 123, 582-603.
- Skogstad, A., Mattusen, S. B., & Einarsen, S. (2007). ORGANIZATIONAL CHANGES: A PRECURSOR OF BULLYING AT WORK? *Ship Technology Research*, 54(4), 194-200. Recuperado em 10 março, 2020, de <https://doi.org/10.1179/str.2007.54.4.006>
- Soares, A., & Oliveira, J. A. (2012). Assédio moral no trabalho Frequência e duração A intencionalidade do assédio O gênero do assédio moral. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 37(126), 195-202.
- Soboll, L. A. P. (2008). *Assédio moral/organizacional: uma análise da organização do trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Soratto, J., Pires, D. E. P. de, Scherer, M. D. dos A., Witt, R. R., Ceretta, L. B., & Farias, J. M. (2020). SATISFAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL: UM ESTUDO QUALITATIVO. *Texto & Contexto*

- Enfermagem*, 29, 1-12. Recuperado em 10 março, 2020, de <https://doi.org/doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0104>
- Sousa-Uva, A., & Serranheira, F. (2013). Work and health/disease: The continuous challenge of occupational risk prevention and the recurrent forgetfulness of health promotion | Trabalho e Sa?de/(Doen?a): O desafio sistem?tico da preven??o dos riscos profissionais e o esquecimento reiterado da . *Revista Brasileira de Medicina Do Trabalho*, 11(1).
- Tavares, M. D. O., & Limachi, I. G. T. (2017). Avaliação da Qualidade de Vida no Trabalho: Estudo de Caso em duas Escolas Particulares no Cariri Cearense. *Id on Line REVISTA DE PSICOLOGIA*, 11(38), 127-149. Recuperado em 10 março, 2020, de <https://doi.org/10.14295/idonline.v11i38.880>
- Teixeira, A., Ferreira, T., & Borges, E. (2016). Bullying no trabalho: Percepção e impacto na saúde mental e vida pessoal dos enfermeiros. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 15(15), 23-29. Recuperado em 12 abril, 2020, de <https://doi.org/10.19131/rpesm.0128>
- Vilela, R. A. de G., Jackson Filho, J. M., Querol, M. A. P., Gemma, S. F. B., Takahashi, M. A. C., Gomes, M. H. P., ... de Almeida, I. M. (2018). Expansion of the object of surveillance for occupational accidents: History and challenges underwent by a reference center aiming at prevention. *Ciencia e Saude Coletiva*, 23(9), 3055-3066. Recuperado em 12 abril, 2020, de <https://doi.org/10.1590/1413-81232018239.21952016>
- Xavier, A. C. H., Barcelos, C. R. V., Lopes, J. P., Chamarelli, P. G., Ribeiro, S. de S., Lacerda, L. da S., & Palacios, M. (2008). Assédio moral no trabalho no setor saúde no Rio de Janeiro: algumas características. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 33(117), 15-22. Recuperado em 10 dezembro, 2019, de <https://doi.org/10.1590/s0303-76572008000100003>

Anexos

Anexo 1 – Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: QUALIDADE DE VIDA, SOFRIMENTO PSÍQUICO E MANIFESTAÇÕES PSICOSSOMÁTICAS DO TRABALHADOR

Pesquisador: Ivone Félix de Sousa

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 44034815.5.0000.0037

Instituição Proponente: Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC/Goiás

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.246.875

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto aprovado pelo CEP PUC Goiás com alteração de centro coparticipante.

Objetivo da Pesquisa:

Trata-se de projeto aprovado pelo CEP PUC Goiás com alteração de centro coparticipante.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Trata-se de projeto aprovado pelo CEP PUC Goiás com alteração de centro coparticipante.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de projeto aprovado pelo CEP PUC Goiás com alteração de centro coparticipante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Trata-se de projeto aprovado pelo CEP PUC Goiás com alteração de centro coparticipante.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Alteração aprovada.

Considerações Finais a critério do CEP:

A aprovação deste, conferida pelo CEP, não isenta o Pesquisador de prestar satisfação sobre sua Pesquisa em casos de alteração de amostra ou centros de coparticipação. O pesquisador

Endereço: Av. Universitária, N.º 1.069	CEP: 74.605-010
Bairro: Setor Universitário	
UF: GO	Município: GOIANIA
Telefone: (62)3946-1512	Fax: (62)3946-1070
	E-mail: cep@pucgoias.edu.br



Continuação do Parecer: 1.246.875

responsável deverá encaminhar ao CEP/PUC Goiás, via Plataforma Brasil, relatórios semestrais do andamento do protocolo aprovado, quando do encerramento, as conclusões e publicações.

O CEP PUC Goiás poderá realizar escolhas aleatórias de protocolos de pesquisa aprovados para verificar o cumprimento da Resolução CNS 466/12 e complementares.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Folha de Rosto	FOLHA DE ROSTO.jpg	26/03/2015 21:28:02		Aceito
Outros	DECLARAÇÃO que não iniciou a pesquisa e aceite da resolução 466.pdf	26/03/2015 21:53:34		Aceito
Outros	Declaração coparticipante.pdf	26/03/2015 21:53:57		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_390536.pdf	26/03/2015 22:07:52		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_390536.pdf	09/04/2015 21:36:10		Aceito
Outros	Virginia Célia de Barros Oliveira.pdf	14/04/2015 15:32:57		Aceito
Outros	Danniella Davidson Castro.pdf	14/04/2015 15:33:21		Aceito
Outros	Sebastião Benício da Costa Neto.pdf	14/04/2015 15:35:58		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_390536.pdf	14/04/2015 15:36:20		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto para encaminhar para o comitê de ética 26_05_2015.pdf	26/05/2015 14:18:36		Aceito
Outros	escala sintomas psicossomáticos.pdf	26/05/2015 14:21:36		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_390536.pdf	26/05/2015 14:23:57		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE participantes corrigido.28_05_2015.pdf.pdf	28/05/2015 07:33:48		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_390536.pdf	28/05/2015 07:34:32		Aceito

Endereço: Av. Universitária, N.º 1.069
 Bairro: Setor Universitário CEP: 74.605-010
 UF: GO Município: GOIANIA
 Telefone: (62)3946-1512 Fax: (62)3946-1070 E-mail: cep@pucgoias.edu.br



Continuação do Parecer: 1.246.875

Outros	Justificativa de alteração do campo de coleta de dados.pdf	04/08/2015 08:19:38		Aceito
Outros	HUAPA e HMI1 .pdf	04/08/2015 08:20:36		Aceito
Outros	Autorização do HGG1.pdf	04/08/2015 08:21:03		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_563306_E1.pdf	10/09/2015 16:57:36		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

GOIANIA, 28 de Setembro de 2015

Assinado por:
NELSON JORGE DA SILVA JR.
(Coordenador)

Endereço: Av. Universitária, N.º 1.069
Bairro: Setor Universitário **CEP:** 74.605-010
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3946-1512 **Fax:** (62)3946-1070 **E-mail:** cep@pucgoias.edu.br

Anexo 2 – Termo de Compromisso da EMSP/SMS



**PREFEITURA
DE GOIÂNIA**


Secretaria Municipal de Saúde
Superintendência de Administração e Gestão de Pessoas
Diretoria de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas
Escola Municipal de Saúde Pública

TERMO DE COMPROMISSO

Protocolo EMSP/SMS	22/2019
Título da pesquisa:	Qualidade de vida e assédio moral do trabalhador da saúde mental do município de Goiânia.
Objetivo geral:	Compreender as relações entre assédio moral e qualidade de vida em trabalhadores da Saúde Mental lotados nos CAPS do Município de Goiânia.
Pesquisador responsável: Aline Cristiane Monteiro de Almeida	
Orientador(a): Sebastião Benício da Costa Neto	
Período de coleta: março a agosto de 2020	
Distritos sanitários: Todos os Distritos Sanitários	
Local de coleta de dados: Todos os CAPS	
Instituição: PUC/GO	Curso: Mestrado em Psicologia
Natureza: Mestrado	

Eu, Aline Cristiane Monteiro de Almeida, como pesquisador (a) responsável pelo projeto de pesquisa acima descrito, assumo o compromisso de apresentar toda a documentação exigida pela Escola Municipal de Saúde Pública, relatórios, resultados finais da pesquisa (cópia em disco digital ou similar) dentro do prazo previsto. Comprometo-me a seguir todas as normas estabelecidas e adotadas pela Secretaria Municipal de Saúde – SMS, bem como os preceitos éticos em pesquisa, sob pena de responder legalmente.

Goiânia, 17 de fevereiro de 2020.


Aline Cristiane Monteiro de Almeida
Psicóloga
CRP 291392/3

Pesquisador responsável
(carimbo e assinatura)



Anexo 3 – Encaminhamento da Coleta de Dados



**PREFEITURA
DE GOIÂNIA**

**Secretaria Municipal de Saúde
Superintendência de Administração e Gestão de Pessoas
Diretoria de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas
Escola Municipal de Saúde Pública**

ENCAMINHAMENTO DE COLETA DE DADOS

Da: Escola Municipal de Saúde Pública	
Aos: Coordenadores dos Distritos e dos CAPS	
Assunto: Encaminhamento para coleta de dados on-line	
Protocolo: EMSP/SMS	22/2019
Título da pesquisa:	Qualidade de vida e assédio moral do trabalhador da saúde mental do município de Goiânia.
Objetivo geral:	Compreender as relações entre assédio moral e qualidade de vida em trabalhadores da Saúde Mental lotados nos CAPS do Município de Goiânia.
Pesquisador responsável: Aline Cristiane Monteiro de Almeida	
Orientador(a): Sebastião Benício da Costa Neto	
Período de coleta: março a agosto de 2020	
Distritos sanitários: Todos os Distritos Sanitários	
Local de coleta de dados: Todos os CAPS da forma online	
Instituição: PUC/GO	Curso: Mestrado em Psicologia
Natureza: Mestrado	

Senhor(a) Gestor(a),

Tendo em vista a autorização dos gestores e aprovação do projeto de pesquisa acima mencionado pelo Comitê de Ética em Pesquisa responsável, encaminhamos o (a) pesquisador (a) responsável para proceder a coleta de dados junto a esta Unidade de Saúde de Goiânia **de modo on-line**.

Informamos que é necessário o contato e agendamento prévio com o Distrito Sanitário e/ou unidades de saúde, sendo que a permanência do pesquisador na Unidade será permitida somente durante o período de coleta de dados.

Certos de contarmos com a vossa colaboração, agradecemos antecipadamente.

Goiânia, 02 de julho de 2020.


Maria Alice Coelho
Coordenadora
Decreto 1931/2019

www.goiânia.go.gov.br



Anexo 4 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Título da Pesquisa:

Qualidade de vida e assédio moral do trabalhador da saúde mental do município de Goiânia.

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário (a), do Projeto de Pesquisa sob o título **Qualidade de vida e assédio moral do trabalhador da saúde mental do município de Goiânia**. Meu nome é **Aline Cristiane Monteiro de Almeida**, sou a pesquisadora responsável, **Mestranda em Psicologia, pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás**. Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, este documento deverá ser assinado em duas vias e em todas as páginas, sendo a primeira via de guarda e confidencialidade da pesquisadora e a segunda via ficará sob sua responsabilidade para quaisquer fins. Em caso de recusa, você não será penalizado (a) de forma alguma. Em caso de dúvida **sobre a pesquisa**, você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável **Aline Cristiane Monteiro de Almeida** ou com o orientador da pesquisa, Professor Dr. **Sebastião Benício da Costa Neto**, nos telefones: **(62) 9 85110070** ou através dos e-mails alinexaminadora@gmail.com e sebastiaobenicio@gmail.com. Em caso de dúvida **sobre a ética aplicada à pesquisa**, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, localizado na Avenida Universitária, N° 1069, Setor Universitário, Goiânia – Goiás, telefone: (62) 3946-1512, funcionamento: 8h às 12h e 13h às 17h de segunda a sexta-feira. O Comitê de Ética em Pesquisa é uma instância vinculada à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), que por sua vez é subordinado ao Ministério da Saúde (MS).

1. Essa pesquisa tem como objetivo verificar se há ocorrência de assédio moral e, caso afirmativo, como ele altera a qualidade de vida de trabalhadores da Saúde Mental lotados nos CAPS do Município de Goiânia.
2. Sua participação consiste em responder três escalas que serão entregues individualmente acerca de como está a sua qualidade de vida e se está vivenciando algum comportamento de assédio moral por parte dos gestores, colegas ou subordinados que possa diminuir a sua qualidade de vida no trabalho. O tempo de duração estimado para preenchimento das perguntas será de 15 minutos.

3. Durante todo o processo, você será acompanhado pela pesquisadora que estará a sua inteira disposição para esclarecimento de dúvidas. No decorrer de todo o processo você poderá entrar em contato por telefone ou *e-mail* com a pesquisadora e com o orientador da pesquisa. Além disso, você poderá desistir a qualquer momento, resguardando o direito de retirar seu consentimento sem qualquer penalidade e mantendo o sigilo de sua participação garantido.
4. A participação no estudo implica em riscos mínimos. Os possíveis riscos poderão ser de natureza psicológica, como constrangimento na emissão de respostas, conflito pessoal e ansiedade, por se tratarem de questões subjetivas de natureza pessoal ligada à problemática institucional, ou seja, ambiente de trabalho. Quanto a esses riscos, a pesquisadora procurará eliminá-los ou atenuá-los durante as instruções, podendo suspender imediatamente a pesquisa caso perceba qualquer dano à sua saúde.
5. Mesmo que seja pouco provável, mas caso você necessite ajuda para solucionar algum conflito que tenha sofrido relacionado a este tema, será feito o encaminhamento para atendimento psicológico, sendo garantida a assistência integral.
6. Assumimos neste momento a obrigação de que seus dados pessoais serão mantidos no mais absoluto sigilo, e que, em nenhum momento, identificaremos sua pessoa, assegurando a sua privacidade e confidencialidade. Mesmo em futuras publicações de resultados, artigos e documentos acadêmicos bem como apresentações em eventos e atividades científicas, fica aqui garantido o compromisso de manter total sigilo de sua participação na pesquisa.
7. Fica garantido a você o acesso gratuito às suas informações da pesquisa, mesmo após a sua finalização.
8. A participação na pesquisa não implicará custos a você. Todas as despesas financeiras relativas à pesquisa serão garantidas pelos pesquisadores. No entanto, caso haja algum tipo de custo quanto à pesquisa garantimos ressarcimento.
9. Fica garantido ainda o direito a indenização, caso haja algum tipo de prejuízo quanto à participação na pesquisa, conforme assegura a Resolução CNS 510/16.

Eu, pesquisador responsável por este estudo, esclareço que cumprirei as informações acima. Você terá acesso, se necessário, à assistência integral e gratuita por danos diretos e indiretos, imediatos ou tardios devido à sua participação neste estudo; e que suas informações serão tratadas com confidencialidade e sigilo. Você pode sair do estudo quando quiser, sem qualquer penalização. Se tiver algum custo por participar da pesquisa, será ressarcido; e em caso de dano decorrente do estudo, terá direito a indenização, conforme decisões judiciais que possam suceder.

Eu _____, RG _____, abaixo assinado, discuti com a mestranda Aline Cristiane Monteiro de Almeida, sobre a minha decisão em participar neste estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia de assistência integral e gratuita por danos diretos e indiretos decorrentes da investigação, imediatos ou tardios quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste serviço.

Goiânia, _____, de _____, de 2020.

_____ / ____ / _____

Assinatura do participante

Data

_____ / ____ / _____

Assinatura do responsável pelo estudo

Data

Anexo 5 – Questionário Avaliação de Assédio Moral no Trabalho (QAAMT)

Abaixo você encontrará frases que especificam diferentes vivências negativas ou positivas que podem ocorrer no trabalho. Leia cada afirmativa cuidadosamente e avalie a ocorrência desta vivência em relação ao seu chefe, à equipe de trabalho e a algum colega. Na frente de cada frase, em uma escala de 1 (NUNCA) a 5 (SEMPRE) escreva o número que melhor represente a resposta escalar para cada caso “**chefe**”, “**equipe de trabalho**” e “**algum colega de trabalho**”.

Utilize a escala apresentada a seguir para dar sua opinião sobre cada uma delas.

1	2	3	4	5
Nunca	Poucas vezes	Mais ou menos	Muitas vezes	Sempre

Ex.:

Frase		Pelo meu Chefe	Por minha equipe de trabalho	Por algum(a) colega
1	Percebo que existe confiança na minha competência profissional	4	5	2

Se marquei **4** na coluna “pelo meu chefe”, isso quer dizer que Percebo **muitas vezes** que existe confiança na minha competência profissional **por parte de meu chefe**.

Se marquei **5** na coluna “por minha equipe de trabalho”, isso quer dizer que Percebo **sempre** que existe confiança na minha competência profissional **por parte da minha equipe de trabalho**.

Se marquei **2** na coluna “por algum(a) colega”, isso quer dizer que Percebo **poucas vezes** que existe confiança na minha competência profissional **por parte de algum(a) colega**.

FRASES		Pelo meu Chefe	Por minha equipe de trabalho	Por algum(a) colega
1	Percebo que existe confiança na minha competência profissional.			
2	Sou criticado em tudo que faço.			
3	Percebo barreiras impedindo a minha comunicação eficaz junto ao meu grupo de trabalho.			
4	Sinto que existe tons de ameaça na fala direcionada a mim.			
5	Ouço falar que tenho dificuldades de adaptação.			
6	Sou chamado de desequilibrado(a).			
7	Percebo comentários sobre mim que podem me prejudicar.			
8	Sinto que sou criticado.			
9	Sinto desrespeitado em relação ao meu conhecimento e a minha experiência de trabalho.			
10	Recebo recados, ao invés de falarem diretamente comigo.			
11	Existe discriminação em relação ao meu trabalho.			
12	Recebo elogios em relação ao meu trabalho.			
13	Sou acusado de cometer erros que ninguém já havia cometido.			
14	Nas reuniões sou impedido de falar.			
15	Sou xingado ou humilhado na frente de outras pessoas.			
16	Sou humilhado na individualidade.			
17	As cobranças na execução do meu trabalho são aquém da minha competência ou do meu cargo.			
18	Sou responsabilizado por erros que são de outros colegas.			
19	Percebo que sou vigiado em minha intimidade.			
20	Minhas queixas são ouvidas.			
21	Ouço indiretas em relação à forma que se consegue ascender nos cargos.			
22	Minhas ideias, quando boas, são atribuídas como sendo de outro colega.			

23	Ao pedir ajuda me negam auxílio, ou mesmo me dão soluções erradas.			
24	As atividades que me pedem são de competências superiores as da descrição do meu cargo.			
25	Sou comparado com pessoas desprezíveis.			
26	Sinto intimidada com as propostas recebidas.			
27	Sinto-me agredido emocionalmente.			
28	Sofri (sofro) agressões físicas.			
29	Recebo ameaças.			
30	Sou punido(a) sem motivos.			

Anexo 6 – Total Quality of Work Life – 42 (TQWL-42)

TQWL-42 QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO

Este questionário objetiva diagnosticar como você se sente a respeito da sua **Qualidade de vida no Trabalho**. Por favor, responda todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Nós estamos perguntando o quanto você está satisfeito(a) em relação a vários aspectos do seu **trabalho** nas **últimas duas semanas**. Escolha entre as alternativas de cada questão e coloque um círculo no número que melhor representa a sua opinião.

DADOS PESSOAIS

- 1) Idade _____ anos

- 2) Sexo:
 - Masculino Feminino

- 3) Estado Civil:
 - Solteiro(a)
 - Casado(a)/ União estável
 - Viúvo(a)
 - Separado(a)/Divorciado(a)

- 4) Escolaridade

<input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Incompleto	<input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Completo
<input type="checkbox"/> Ensino Médio Incompleto	<input type="checkbox"/> Ensino Médio Completo
<input type="checkbox"/> Ensino Superior Completo	<input type="checkbox"/> Ensino Superior Incompleto
<input type="checkbox"/> Pós-graduação incompleto	<input type="checkbox"/> Pós-graduação completo

- 5) Tempo de serviço (em meses) na empresa em que você trabalha: _____ meses

QUESTIONÁRIO

1 - Como você avalia a sua Qualidade de vida no trabalho?

Muito ruim	Ruim	Nem ruim e nem boa	Boa	Muito Boa
1	2	3	4	5

2 - Com que frequência você se sente cansado(a) durante o trabalho?

Nunca	Raramente	Às vezes	Repetidamente	Sempre
1	2	3	4	5

3 - O que você está satisfeito(a) com a disposição que você possui para trabalhar?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

4 - Você se sente capaz de realizar as suas tarefas no trabalho?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

5 - O quanto você está satisfeito(a) com sua capacidade de trabalho?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

6 - A empresa em que você trabalha disponibiliza atendimento médico, odontológico e social aos seus colaboradores?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

7 - Quão satisfeito(a) você está com a qualidade dos serviços de saúde e de assistência social disponibilizados pela empresa em que você trabalha?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

8 - Com que frequência você se sente sonolento(a) durante o trabalho?

Nunca	Raramente	Às vezes	Repetidamente	Sempre
1	2	3	4	5

9 - Quão satisfeito(a) você está com o tempo que você possui para dormir?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

B10 - Com que frequência você se sente incapaz de realizar o seu trabalho?

Nunca	Raramente	Às vezes	Repetidamente	Sempre
1	2	3	4	5

B111 - O que você está satisfeito(a) consigo mesmo(a)?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

B12 - O quão importante você considera o trabalho que você realiza?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

B13 - O quanto você está satisfeito(a) com a contribuição que seu trabalho representa para empresa como um todo e para a sociedade?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

B14 - Em que medida você consegue compreender o quão correto ou errado você realiza o seu trabalho?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

B15 - Quão satisfeito(a) você está com as informações que te fornecem sobre o seu desempenho no trabalho?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

16 - A empresa em que você trabalha te incentiva e/ou libera para fazer cursos e outras atividades relacionadas com seu trabalho?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

17 - O quanto você está satisfeito(a) com o apoio que a empresa em que você trabalha concede para o seu desenvolvimento pessoal e profissional?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

18 - Na empresa em que você trabalha, você pode expressar a sua opinião sem que isso te prejudique?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

19 - O quanto você está satisfeito(a) em relação à possibilidade de expressar suas opiniões livremente na empresa em que você trabalha?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

C20 - Com que frequência você tem desentendimentos com seus superiores ou colegas de trabalhos?

Nunca	Raramente	Às vezes	Repetidamente	Sempre
1	2	3	4	5

C21 - Quão satisfeito(a) você está com a sua equipe de trabalho?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

C22 - Em que medida você pode tomar decisões no seu trabalho, sem a necessidade de consultar o seu supervisor?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

C23 - O quanto você está satisfeito(a) com o nível de autonomia que te é concedido no seu trabalho?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

C24- Com que frequência você pratica atividades de lazer?

Nunca	Raramente	Às vezes	Repetidamente	Sempre
1	2	3	4	5

C25 - O quanto você está satisfeito(a) com o tempo que você possui para praticar atividades de lazer?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

D26 - O seu é suficiente para você satisfazer as suas necessidades?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

D27 - O quanto você está satisfeito(a) com seu salário?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

D28 - Em que medida a empresa em que você trabalha apresenta vantagens e benefícios?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

D29 - O quanto você está satisfeito(a) com as vantagens e benefícios oferecidos pela empresa em que você trabalha?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

D3.0 - Você julga o seu trabalho cansativo e exaustivo?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

D31 - O quanto você é satisfeito(a) com sua jornada de trabalho semanal?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

D32 - Com que frequência ocorrem demissões na empresa em que você trabalha?

Nunca	Raramente	Às vezes	Repetidamente	Sempre
1	2	3	4	5

D33 - O quanto você está satisfeito(a) com relação à segurança de permanecer empregado na empresa em que você trabalha?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

34 - As condições de trabalho (temperatura, luminosidade, barulho etc.) do seu cargo são adequadas?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

E1.2 - Quão satisfeito(a) você está as suas condições de trabalho?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

E36 - A empresa em que você trabalha oferece plano de carreira e/ou possibilidades de você ser promovido de cargo?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

E37 - O quanto você está satisfeito(a) com o plano de carreira e/ou a possibilidade de promoção de cargo presentes na empresa em que você trabalha?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

E3.1 - Com que frequência você julga seu trabalho monótono?

Nunca	Raramente	Às vezes	Repetidamente	Sempre
1	2	3	4	5

E3.2 - O quanto você está satisfeito(a) com a variedade de atividades que você realiza no seu cargo?

Muito	Insatisfeito	Nem satisfeito	Satisfeito	Muito
-------	--------------	----------------	------------	-------

insatisfeito		nem insatisfeito		satisfeito
1	2	3	4	5

E4.1 - Com que frequência você realiza no seu trabalho atividades completas, ou seja, do início ao fim?

Nunca	Raramente	Às vezes	Repetidamente	Sempre
1	2	3	4	5

E4.2 - O quanto você está satisfeito(a) com o trabalho que você realiza?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

F1-2 - O quanto você satisfeito(a) com sua Qualidade de vida no Trabalho?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

Anexo 7 – Questionário Sociodemográfico



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
 PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM PSICOLOGIA
 MESTRADO EM PSICOLOGIA

Título da pesquisa: Qualidade de vida e assédio moral do trabalhador da saúde mental do município de Goiânia

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

DADOS PESSOAIS:

Sexo: F M Idade: _____ anos

Estado Civil: Solteiro(a) Casado(a) União Estável
 Divorciado(a)/Separado(a) Viúvo(a)

Tem filhos: Não Sim Quantos? _____

Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto
 Ensino Fundamental Completo
 Ensino Médio Incompleto
 Ensino Médio Completo
 Ensino Superior Incompleto
 Ensino Superior Completo
 Especialização
 Mestrado Doutorado

Quantas pessoas moram com você? Sozinho(a)
 Uma a três
 Quatro a seis
 Sete a nove
 Mais de dez

Você mora com: Seus pais Esposo(a)
 Esposo(a) e filho(s) Outros _____

A casa onde você mora é: Própria Alugada Cedida
 Outra _____

Qual a sua Renda Familiar mensal, aproximadamente?

Até 1 salário mínimo (RS 1.045)
 1 a 3 salários mínimos (RS 1.045 a RS 3.135)
 3 a 6 salários mínimos (RS 3.135 a RS 6.270)
 6 a 9 salários mínimos (RS 6.270 a RS 9.405)
 9 a 12 salários mínimos (RS 9.405 a RS 12.540)
 mais de 12 salários mínimos (RS 12.540)

DADOS PROFISSIONAIS:

Quanto tempo você trabalha nesse CAPS? Até 1 ano
 1 a 3 anos
 3 a 6 anos
 6 a 9 anos
 9 a 12 anos
 mais de 12 anos

Quanto tempo você trabalha no serviço público?

- Até 1 ano
 1 a 3 anos
 3 a 6 anos
 6 a 9 anos
 9 a 12 anos
 mais de 12 anos

Qual o tipo do seu vínculo? Efetivo/ Estautário Temporário/
 Contrato Outro Qual? _____

Qual é o seu cargo? _____

Qual a sua função atual? _____

Há quanto tempo você exerce essa função? _____

Qual o período que você trabalha no CAPS? Matutino Vespertino
 Noturno Matutino e Vespertino

Qual sua carga horária diária no CAPS?

4h 6h 8h 12 h

Possui emprego em contraperíodo ao trabalho do CAPS? Não

Sim Onde? _____ Função? _____

Qual a carga horária? _____

Você já tirou Licença Médica?

Não Sim Qual motivo? _____

Quanto tempo ficou afastado(a) pela licença médica? _____

Quantas licenças médicas você tirou? _____

Qual o período entre as licenças médicas? _____

Se caso mais de uma, responda se todas foram pelo:

Mesmo motivo

Motivos diferentes

Se caso ocorreram por motivos diferentes especifique os

motivos: _____

HABITOS DE VIDA:

Qual o tempo, aproximadamente, de percurso que você gasta até o CAPS? _____

Qual meio de transporte você usa para chegar ao CAPS?

Meios próprios

Transporte público

Outros Qual? _____

Se caso você utiliza o Meio de transporte público, quantos ônibus você pega para chegar ao CAPS? 1 2 3 mais de 3

Você pratica Exercícios Físicos? Não Sim Qual? _____

Quantas vezes na semana você pratica?

1 x por semana

2x por semana

3x por semana

acima de 3x

Você pratica atividade de lazer? Não Sim Qual (s) ? _____

Fuma? Não Sim Tempo de uso, frequência e quantidade? _____

Costuma ingerir bebida alcoólica? Não Sim Qual? _____

Tempo de uso, frequência e quantidade: _____

Sobre o seu sono, você dorme quantas horas por noite? _____

É o suficiente para acordar descansado? Não Sim

Você sente sono durante o trabalho no CAPS? Não Sim

Muito obrigada por contribuir para nossa pesquisa. Bom trabalho!