

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

ISABELLE CRISTINNE PINTO COSTA

Assédio moral no trabalho e a vulnerabilidade de profissionais da saúde:
construção e validação de instrumento

JOÃO PESSOA/PB
2016

ISABELLE CRISTINNE PINTO COSTA

Assédio moral no trabalho e a vulnerabilidade de profissionais da saúde:
construção e validação de instrumento

Tese apresentada à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Enfermagem, **área de concentração:** Cuidado em Enfermagem e Saúde.

Linha de pesquisa: Fundamentos Teórico-filosóficos do Cuidar em Saúde e Enfermagem

ORIENTADORA: Prof^{fa}. Dr^a. Solange Fátima Geraldo da Costa

JOÃO PESSOA/PB
2016

C837a Costa, Isabelle Cristinne Pinto.

Assédio moral no trabalho e a vulnerabilidade de profissionais da saúde: construção e validação de instrumento / Isabelle Cristinne Pinto Costa.- João Pessoa, 2016.

186f. : il.

Orientadora: Solange Fátima Geraldo da Costa

Tese (Doutorado) - UFPB/CCS

1. Assédio moral - profissionais da saúde.
2. Comportamento social. 3. Violência. 4. Saúde do trabalhador. 5. Estudos de validação.

UFPB/BC

CDU: 34:331(043)

ISABELLE CRISTINNE PINTO COSTA

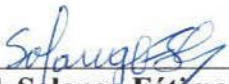
Assédio moral no trabalho e a vulnerabilidade de profissionais da saúde:

construção e validação de instrumento

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Enfermagem, área de concentração: Cuidado em Enfermagem e Saúde.

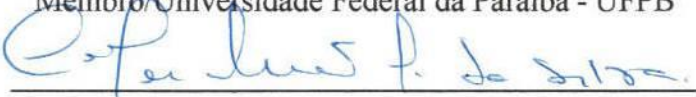
Aprovada em 09/12/16

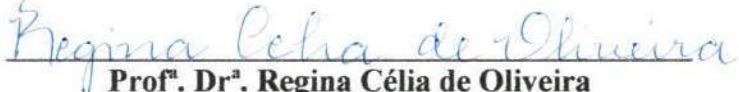
BANCA EXAMINADORA


Prof.^a. Dr.^a. Solange Fátima Geraldo da Costa
Membro/Universidade Federal da Paraíba - UFPB


Prof.^a. Dr.^a. Jaqueline Brito Vidal Batista
Membro/Universidade Federal da Paraíba - UFPB


Prof.^a. Dr.^a. Patrícia Serpa de Sousa Batista
Membro/Universidade Federal da Paraíba - UFPB


Prof.^a. Dr. Carlos Roberto Lyra da Silva
Membro/Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO


Prof.^a. Dr.^a. Regina Célia de Oliveira
Membro/Universidade de Pernambuco - UPE

Prof.^a. Dr.^a. Maria Emília Limeira Lopes
Membro/Universidade Federal da Paraíba - UFPB


Prof. Dr.^a. Fátima Maria da Silva Abrão
Membro/Universidade de Pernambuco - UPE

*À minha mãe, **Izabel Cristina Veloso Pinto**, por sempre estar ao meu lado, apoiando-me incondicionalmente. Agradeço-lhe por cuidar tão bem dos meus filhos nos momentos de minha ausência, os quais foram necessários para a concretude da Tese. Sou grata, sobretudo, por todas as vezes que tive vontade de desistir e você sempre me dando forças para continuar. Obrigada minha mãe por ter acreditado no meu potencial, demonstrando amor e carinho.*

*Aos meus filhos, **Leandro Filho e Sophia**, por serem minha fonte inspiradora e minhas maiores motivações para vencer na vida, por alegrarem a minha vida e por me ensinarem que não precisa de muito para ser feliz, basta apenas um sorriso de vocês. Amo inexplicavelmente vocês.*

*Ao meu companheiro, **Rômulo Severo Sampaio**, por todo amor, carinho e dedicação para comigo. Sou grata por todo tempo que você destinou nas traduções dos artigos, os quais subsidiaram a construção dos artigos da Tese. Agradeço-lhe por todo incentivo e colaboração para a minha carreira profissional. A sua presença tornou as minhas dificuldades mais fáceis de vencer. Amo muito você.*

Dedico este estudo

Agradecimentos especiais

A Deus, pelo dom da vida, por iluminar os meus caminhos e por me conceber a graça de vencer mais uma etapa da minha vida. Obrigada por eu poder contar com Teu Santo poder em minha vida, por ser Tua escolhida, por eu poder desfrutar Tua Santa bondade. Obrigada Senhor por Tua suprema e infinita misericórdia que me guia por caminhos retos, dando-me discernimento para entender e superar as dificuldades da vida.

À Nossa Senhora, mãe intercessora e protetora da minha vida.

Aos meus amados irmãos, Adailton Costa e Bruno Costa, pela amizade, carinho e companheirismo de sempre; por estarem sempre torcendo pelas minhas conquistas. Pelo apoio e incentivo incondicional. Obrigada!

À minha amiga e orientadora Prof.^a Dr.^a Solange Fátima Geraldo da Costa, responsável por me lapidar e me preparar para assumir desafios como educadora, possibilitando meu amadurecimento na profissão de enfermeira, docente e pesquisadora. Poucos são tão privilegiados como eu por ter tido a sorte de conviver com uma pessoa tão generosa, dedicada, eficiente, carinhosa e diligente. É exemplo de integridade e de humanidade que tento seguir diariamente. Sou grata eternamente por sua amizade.

Às minhas amigas-irmãs, Cristiani Garrido e Kamyla Félix, que acompanharam e me ajudaram a superar os percalços desta conquista. Vocês foram fundamentais para a conquista desse título. Sou grata a Deus por ter me abençoado com a amizade de vocês. Obrigada por me entenderem e me incentivarem. Vocês são especiais!

Agradecimentos

Aos Professores Doutores Carlos Roberto Lyra da Silva, Fátima Maria da Silva Abrão, Jaqueline Brito Vidal Batista, Maria Emília Limeira Lopes, Patrícia Serpa de Sousa Batista, Regina Célia de Oliveira, pela gentileza de participar da banca examinadora da Tese e por terem oferecido contribuições valiosas.

*Aos **experts** selecionados para avaliar o instrumento do estudo, por toda contribuição dada para a concretude da Tese. A participação de vocês foi fundamental para a construção desse estudo. Agradeço de coração todos os conhecimentos passados durante o processo de análise do instrumento.*

*Aos **Profissionais de Saúde** do hospital selecionado para esta pesquisa, por gentilmente ter aceitado participar do processo de coleta de dados, viabilizando o estudo.*

*Ao **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba – UFPB** pelo aprendizado adquirido e convivência saudável, durante o período do curso, capacitando-me para ser uma profissional melhor.*

*Aos **Professores do Programa de Pós-graduação em Enfermagem**, pelo apoio e pelas contribuições para o meu aprendizado.*

*À minha **Família Ciências Médicas**, minha casa de trabalho, minha escola de aprender a ser uma pessoa comprometida com o futuro da humanidade. Obrigada a cada um de vocês que acompanharam, lado a lado, estes momentos de aprendizagem. A torcida de vocês pelo meu sucesso foi importante e gratificante.*

Enfim, a cada um de vocês e a tantos outros familiares e amigos que fazem parte da minha vida e que, em momentos distintos, cada um a seu modo, direta ou indiretamente, ofereceram auxílio para construção desta pesquisa.

“Em nenhum cargo você encontrará na lista de deveres a prática do assédio moral, mas há quem pratique como sendo uma das atribuições inerentes a ele.”

(Ednete Franca)

RESUMO

COSTA, I. C. P. **Assédio moral no trabalho e a vulnerabilidade de profissionais da saúde: construção e validação de instrumento.** 2016. 186f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2016.

Introdução: O assédio moral é uma temática que vem sendo bastante discutida nas últimas décadas, incorporando-se aos estudos da área de saúde do trabalhador, sendo, portanto, objeto de crescente preocupação mundial, por parte de trabalhadores, empregadores e também da comunidade científica. **Objetivo:** Construir um instrumento para identificação da vulnerabilidade de profissionais de saúde no contexto hospitalar para a ocorrência da prática do assédio moral; e validar o instrumento proposto para a identificação da vulnerabilidade de profissionais da saúde. **Percurso Metodológico:** Pesquisa metodológica, realizada em oito etapas: especificação do domínio do construto; atividades de geração de itens e validação de face e conteúdo; decisões sobre as respostas; construção do instrumento de pesquisa; primeira amostragem; procedimentos de limpeza da escala; análise de validade e confiabilidade da escala final; desenvolvimento de normas e recomendações de uso e interpretações. O período de coleta de dados para o processo de validação de conteúdo do instrumento ocorreu entre março e abril de 2016. Para este processo, participaram 13 pesquisadores experts sobre assédio moral. No que diz respeito a validação do referido instrumento, que ocorreu no mês de outubro, a amostra foi constituída por 84 profissionais de saúde que trabalham nas unidades de terapia intensiva do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW). **Resultados:** A construção do instrumento seguiu as etapas recomendadas na literatura. Não ocorreram mudanças significativas no conteúdo dos itens pertencentes às dimensões: relação entre o trabalhador e profissionais no ambiente de trabalho; pressão no trabalho pelo chefe-imediato e profissionais; e condições de trabalho; indicando maior apropriação dos conceitos que elas representam. O instrumento composto por 42 itens obteve IVC total de 0,94. Este estudo realizou também a verificação da consistência interna do instrumento por parte dos experts em relação aos itens domínio; compreensão e clareza; pertinência conceitual; formato e apresentação. A validade de conteúdo do instrumento proposto foi realizada por 13 experts que possuem experiência em assédio moral. Os itens com Índice de Validade de Conteúdo (IVC) $\geq$ a 0,8 foram mantidos na íntegra ou sofreram revisões conforme sugestões dos experts. Pôde-se realizar, também, a verificação do nível de confiabilidade do instrumento,

por meio da coerência interna, que foi testada através do alfa de Cronbach, constatando que os itens relacionados ao domínio, à compreensão e clareza, o instrumento obteve maiores que 0,7, classificados com confiabilidade alta. Quanto à validação do instrumento, foi finalizado compondo-se de 42 itens distribuídos por três dimensões, que na análise da consistência interna ou medida de fidedignidade com a amostra (n=84) apresentou alpha de Cronbach de 0,930, sendo este valor classificado como excelente. **Conclusões:** O instrumento apresentou índice de validade de conteúdo satisfatório e pode ser utilizado para identificar a vulnerabilidade de profissionais de saúde quanto à prática de assédio moral no ambiente de trabalho. Espera-se que a validação do instrumento proposto possa subsidiar novas investigações no campo do assédio moral, sobretudo, na área de Saúde.

Palavras-chave: Comportamento Social. Violência. Saúde do Trabalhador. Estudos de Validação.

ABSTRACT

COSTA, I. C. P. **Moral harassment at workplace and the vulnerability of health professionals:** instrument construction and validation. 2016. 186f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2016.

Introduction: Moral harassment is a subject matter that has been much discussed in the last decades, incorporating itself in the studies of the worker's health area, and as so, it has being an object of growing worldwide concern by employees, employers and also of the scientific community. **Objective:** Build an instrument for the identification of the healthcare professionals' vulnerability in the hospital environment in regard to the moral harassment occurrence and practice; additionally, proceed to validate the proposed instrument aiming to be able to identify the vulnerability of healthcare professionals to moral harassment. **Methodological Approach:** Methodological research carried out in eight stages: construct domain specification; activities of item generation and validation of face and content; decisions about the responses; research instrument construction; first sampling; scale cleaning procedure; validity and reliability analysis of the final scale; standards development, use recommendations and interpretation. The data collection period for the instrument content validation process occurred between March and April 2016. For this process, 13 expert researchers on moral harassment participated. Regarding the validation of the reference instrument, which occurred in October 2016, a sample was composed of 84 healthcare professionals who work in the intensive care units of the Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW). **Results:** The instrument construction followed as recommended steps in the literature. There were no significant changes in the content of items belonging to the following dimensions: relationship between the worker and professionals in the work environment; job pressure by the boss-immediate and professional; and working conditions; thus, indicating greater appropriation of the concepts they represent. The instrument composed by 42 items obtained a total IVC of 0.94. This study also performed a verification of the internal consistency of the instrument by the experts in relation to the domain items; understanding and clarity; conceptual relevance; format and presentation. The proposed instrument had the content validity accomplished by 13 experts who have experience in moral harassment. Items with Content Validity Index (CVI) ≥ 0.8 were either completely maintained or revised as experts' suggestions. It was also possible to verify the reliability level of the

instrument through internal coherence, which was tested through Cronbach's alpha measurement, and it was noted that the items related to domain, comprehension and clarity, which the instrument obtained greater than 0.7, were classified with high reliability. As regard to the instrument validation, it was finalized comprised by 42 items distributed in 3 dimensions, which either in the analysis of internal consistency or reliability measurement (n = 84), it has presented Cronbach's alpha of 0.930, therefore, classified as excellent value.

Conclusions: The instrument presented satisfactory content validity index and can be used to identify the vulnerability of healthcare professionals to the practice of moral harassment in the workplace environment. It is hoped that the validation of the proposed instrument may support new investigations in the moral harassment field, especially, in the Healthcare area.

Keywords: Social Behavior. Violence. Worker's Health. Validation Studies.

RESUMEN

COSTA, I. C. P. **Acoso en el trabajo ya los profesionales sanitarios de la vulnerabilidad:** la construcción y herramienta de validación. 2016. 186f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2016.

Introducción: El estudio moral es una temática que se basa en la discusión de las últimas décadas, incorporando a los estudios del área de salud del trabajador, por lo tanto, objeto de creciente preocupación mundial, por parte de los trabajadores, los empleadores y también de la comunidad científica . **Objetivo:** Construir un instrumento para la identificación de la vulnerabilidad de los profesionales de la salud no contexto hospitalar para la realización de la práctica del assédio moral; Y validar el instrumento para la identificación de la vulnerabilidad de los profesionales de la salud. **Percurso Metodológico:** Investigación metodológica, realizada en las etapas siguientes: especificación do domínio do construto; Actividades de generación de artículos y validación de cara y contenido; Décisions sobre as respostas; Construcción do instrumento de pesquisa; Primeira amostragem; Procedimiento de limpieza de la escala; Análisis de validez y confiabilidad de la escala final; Desarrollo de normas y recomendaciones de uso y interpretación. El período de coleta de datos para el proceso de validación de contenido del instrumento ocurrido entre marzo y abril de 2016. Para este proceso, participaram 13 pesquisadores expertos sobre assédio moral. No hay nada que no sea un mes de octubre, una muestra fue constituida por 84 profesionales de salud que trabajan en las unidades de terapia intensiva del Hospital Universitario Lauro Wanderley (HULW). **Resultados:** La construcción del instrumento siguió como etapas recomendadas en la literatura. No existe cambio en las condiciones no relacionadas con los elementos pertencentes a las dimensiones: relación entre el trabajador y los profesionales no ambiente de trabajo; Presión no trabalho pelo chef-imediato e profesionales; E condições de trabalho; Indicando mayor apropiación de los conceptos que representan. O instrumento compuesto por 42 elementos obteve IVC total de 0,94. Este estudio también comprende una comprobación de la consistencia interna del instrumento por parte de los expertos en relación a los ámbitos dominantes; Compreensão e clareza; Pertinencia conceitual; Formato y presentación. Una validez de contenido del instrumento propuesto por la experiencia de 13 expertos que poseen experiencia en moral moral. $(IVC) \geq 0,8$ por lo que se refiere a los expertos. Pôde-se realizar, também, una comprobación del nivel de confiabilidad del

instrumento, por medio de la coerción interna, que ha sido comprobado por el de Cronbach, constatando que los elementos relacionados con el dominio, a la comprensión y la clareza, o instrumento obtuvo mayor que 0,7, clasificados con confiabilidad alta. (N = 84) presentó alpha de Cronbach de 0,930, siendo este valor clasificado como excelente. **Conclusiones:** O instrumento presentado en un índice de validez de contenido satisfactorio y puede ser utilizado para identificar una vulnerabilidad de los profesionales de la salud. Espera-se que una validación de instrumento de subsidiar nuevas investigaciones no campo do assédio moral, sobretudo, en el área de salud.

Palavras claves: Comportamiento social. Violencia. Salud del Trabajador. Estudios de Validación.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Etapas para formulação de instrumento.....	65
Figura 2- Mapa conceitual elaborado a partir do primeiro artigo da tese intitulado “Produção científica acerca de assédio moral em dissertações e teses no cenário brasileiro”	67
Quadro 1 – Definições de dimensões de vulnerabilidade à prática do assédio moral, João Pessoa-PB, 2016.....	68
Quadro 2 – Itens gerados a partir do desenvolvimento do mapa conceitual, João Pessoa, Paraíba, 2016.....	70
 Artigo 1	
Figura 1 – Distribuição dos estudos acerca do assédio moral em relação ao ano de publicação – João Pessoa, PB, Brasil – 2002 a 2012. (n = 57).....	32
Tabela 1 – Distribuição dos estudos acerca do assédio moral no trabalho em relação à instituição de Ensino Superior – João Pessoa, PB, Brasil – 2002 a 2012. (n = 57).....	33
Tabela 2 – Formação profissional e acadêmica dos autores dos trabalhos acerca do assédio moral – João Pessoa, PB, Brasil – 2002 a 2012. (n = 57).....	33
Quadro 1 – Palavras-chave dos trabalhos acerca do assédio moral – João Pessoa, PB, Brasil– 2002 a 2012. (n = 57).....	34
Figura 2 – Mapa conceitual elaborado a partir dos descritores das dissertações e teses selecionadas para o estudo – João Pessoa, PB, Brasil – 2002 a 2012. (n = 57).....	35
 Artigo 2	
Quadro 1 - Síntese dos estudos sobre o desenvolvimento de novos instrumentos para avaliação do assédio moral no trabalho.....	48
Quadro 2 - Estudos sobre a adaptação de instrumentos validados de assédio moral para uma nova língua.....	49
Quadro 3 - Avaliação da confiabilidade de instrumentos validados acerca do assédio moral.....	50

Artigo 3

Figura 1 – Mapa conceitual elaborado a partir das escalas validadas para avaliação do assédio moral no trabalho selecionadas para o estudo. João Pessoa, PB, Brasil, 2004 a 2014. (n = 21)..... 85

Tabela 1 – Consistência interna ou medida de fidedignidade dos itens do instrumento, João Pessoa, PB, Brasil, 2016..... 88

Quadro 2 – Concordância dos experts em relação aos critérios dos itens, a partir da aplicação dos testes de IVC, João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2016..... 89

Quadro 3 – Versão final do instrumento, após as sugestões dos experts, João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2016..... 91

Artigo 4

Tabela 1 – Dimensões e consistência interna da escala de identificação da vulnerabilidade de profissionais de saúde no contexto hospitalar para a ocorrência da prática do assédio moral. João Pessoa, Paraíba, 2016..... 107

SUMÁRIO

1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO.....	18
2 ASSÉDIO MORAL: REVENDO A LITERATURA.....	26
2.1 Artigo 01: Produção científica acerca de assédio moral em dissertações e teses no cenário brasileiro.....	27
2.2 Artigo 02: Instrumentos de avaliação acerca de assédio moral no ambiente de trabalho: uma revisão integrativa.....	44
3 CAMINHO METODOLÓGICO.....	63
3.1 Tipo de estudo.....	64
3.2 Etapas operacionais do estudo: passos da elaboração do instrumento para avaliação da vulnerabilidade ao assédio moral.....	64
3.2.1 Especificação do domínio do construto.....	65
3.2.2 Atividades de geração de itens e validação de face e conteúdo.....	68
3.2.3 Decisões sobre as respostas.....	73
3.2.4 Construção do instrumento de pesquisa.....	74
3.2.5 Primeira atividade de amostragem.....	75
3.2.6 Procedimentos de limpeza da escala.....	76
3.2.7 Análise de validade e de confiabilidade da escala fina.....	77
3.2.8 Desenvolvimento de normas e recomendações.....	77
3.3 Posicionamento ético do pesquisador.....	77
4 RESULTADO E DISCUSSÃO.....	79
4.1 Artigo 03: Assédio moral e a vulnerabilidade de profissionais da saúde: construção e validação de conteúdo.....	80
4.2 Artigo 04: Assédio moral e a vulnerabilidade de profissionais da saúde: validação de instrumento.....	100
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	117
REFERÊNCIAS.....	122
APÊNDICES.....	126
Apêndice A – Carta Convite aos juízes da pesquisa.....	127
Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – experts.....	128
Apêndice C – Escala de identificação da vulnerabilidade de profissionais da saúde no contexto hospitalar para a ocorrência da prática do assédio moral – EIVAM – CH.....	129
Apêndice D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – profissionais de saúde.....	137
Apêndice E - Escala de identificação da vulnerabilidade de profissionais da saúde no contexto hospitalar para a ocorrência da prática do assédio moral – EIVAM – CH.....	138
ANEXOS.....	141
Anexo A – Normas da Revista da Escola de Enfermagem.....	142
Anexo B – Normas da Revista Eletrônica de Enfermagem.....	153
Anexo C – Parecer consubstanciado do CEP.....	165

Anexo D – Normas da Revista Texto & Contexto Enfermagem.....	168
Anexo E – Normas da Revista Brasileira de Enfermagem.....	180

“...quando o homem prefere a morte à perda da dignidade, se percebe muito bem como saúde, trabalho, emoções, ética e significado social se configuram num mesmo ato, revelando a patogenicidade da humilhação.” (MARGARIDA BARRETO)

1 Contextualização do objeto de estudo

O assédio moral é uma temática que vem sendo bastante discutida nas últimas décadas, incorporando-se aos estudos da área de saúde do trabalhador. Pesquisa⁽¹⁾ destaca que esse tipo de violência no trabalho foi uma questão menosprezada durante muito tempo, porém, nos últimos anos, passou a ser uma preocupação prioritária, tanto em países industrializados, como em desenvolvimento. Outro estudo⁽²⁾ ressalta que esta prática milenar só começou a ser visibilizada recentemente, à medida que a emergência das noções de direitos humanos e cidadania permitiram perceber sua recorrência no mundo do trabalho.

Porquanto, observa-se que o assédio moral no trabalho vem sendo objeto de crescente preocupação mundial, por parte de trabalhadores, empregadores e também da comunidade científica. O estudo desse fenômeno é notável no âmbito da saúde, principalmente em áreas como psicologia, enfermagem e medicina do trabalho, devido aos danos físicos e psíquicos causados por esse tipo de violência⁽³⁾.

Destaca-se, dessa forma, que tal temática tem se expandido nos últimos 20 anos, influenciando consideravelmente no meio ambiente laboral, devido às consequências causadas ao trabalhador assediado, implicando em custos consideráveis, tanto para os indivíduos em termos de saúde, como em relação a seu emprego e para a organização.

Cumprе assinalar que há diversos termos relacionados ao assédio moral, que, às vezes, são usados como sinônimos ou eufemismos, gerando certa confusão: abuso verbal, *bullying*, assédio psicológico, *mobbing*, violência no ambiente de trabalho, violência horizontal, entre outros. Embora cada um deles tenha um significado próprio, todos estão associados a relações interpessoais hostis, nas quais imperam sentimentos de humilhação, intimidação e inferiorização de um indivíduo⁽⁴⁾.

O assédio moral é entendido como sendo uma violência psicológica, sutil, dissimulada, intencional, de caráter repetitivo e prolongada, com vistas a humilhar e excluir socialmente uma pessoa no contexto da atividade laboral, provocando-lhe estresse psicossocial e prejuízos à sociedade e à organização⁽⁵⁾.

Estudo⁽⁶⁾ acrescenta para a referida definição, a ocorrência de atos negativos por parte das chefias ou colegas e a posição de vulnerabilidade do trabalhador, que não pode defender-se, o que implica a existência de um desequilíbrio típico das relações de poder.

Trabalho desenvolvido⁽⁷⁾ adverte que para caracterizar uma situação de assédio moral, deve-se levar em consideração a repercussão da conduta abusiva na saúde da vítima, a periodicidade e duração do ato faltoso e a intencionalidade dos agressores. Sob esse prisma,

conforme aponta o estudo⁽⁸⁾, um caso esporádico de humilhação não constitui assédio moral e, sim, a continuidade do ato em si, com a finalidade de rebaixar, humilhar, transgredir e fazer o outro desistir do trabalho.

No que tange as condutas abusivas, os pesquisadores⁽³⁾ afirmam que estas se referem àquelas que atentam contra a dignidade humana e podem levar os que não as suportam a adoecerem ou a tomarem decisões não esperadas quanto à vida profissional, como pedir demissão ou mudar de cargo/setor.

Vale salientar que ainda não há um consenso sobre a definição do que seja assédio moral e tampouco seus limites. Tais definições variam em função da frequência com que os atos deveriam ocorrer (pelo menos uma vez por semana), da duração da situação de assédio (de poucos meses até pelo menos um ano), dos tipos de atos que seriam aceitos como ofensivos e até mesmo se o assédio sexual estaria ou não contido nos atos de assédio moral⁽⁹⁾.

É oportuno destacar que a prática do assédio moral afeta a integridade física e/ou psicológica de um indivíduo, o que pode ocasionar depressões, angústias, insegurança, insônia, falta de iniciativa, estresse, dores, disfunções no aparelho respiratório, podendo chegar a arriscar, de forma fatal, a vida da vítima⁽¹⁰⁾.

O assédio moral ocorre nas relações sociais entre o assediador e o assediado, apresentando-se nas seguintes formas: a forma descendente, na qual o subordinado é agredido por um superior, sendo entendida como a mais grave e frequente; o assédio horizontal é aquele no qual a agressão é efetivada por um colega de trabalho de mesmo nível hierárquico; já a forma ascendente se configura quando um superior é assediado por um ou vários subordinados⁽¹¹⁾. Além destes, outros trabalhos acrescentam o assédio moral misto, o qual é composto pela presença do assediador vertical, horizontal e a vítima^(12,13).

Porquanto, qualquer que seja a forma do assédio (descendente, mista, horizontal ou ascendente), é importante observar que o processo é ardiloso e bloqueia psiquicamente a perda da capacidade de defesa da vítima, o que imprime consequências em sua autoestima. A perda do autoconceito e a predominância do sentimento de inutilidade minimizam sua dignidade e autorrespeito⁽¹⁴⁾.

Ressalte-se que o assédio moral no local de trabalho ocorre caracteristicamente em contextos institucionais fechados, onde se encontram situações hierárquicas assimétricas, nas quais os procedimentos não são de domínio público ou são tratados de maneira reservada⁽¹⁵⁾. Dentre tais instituições, destaca-se o ambiente hospitalar, que segundo o estudo⁽¹⁶⁾, sob alguns

aspectos, favorece este tipo de violência entre os profissionais, visto que se trata de uma estrutura rígida, com supervalorização da hierarquia.

A pesquisa⁽¹⁷⁾ assegura também que a violência no trabalho é um problema observado em hospitais, no qual os trabalhadores da equipe de saúde ora são autores, ora são vítimas de atos de violência ocupacional, e onde se reproduzem e perpetuam situações de agressividade e humilhação.

Porquanto, observa-se que os profissionais da saúde tornam-se mais vulneráveis a situações de assédio moral no ambiente laboral, uma vez que estão sujeitos a múltiplas exigências emocionais, cognitivas e físicas, geradoras de efeitos negativos⁽¹⁶⁾.

A vulnerabilidade é um termo repetidamente utilizado na literatura geral, aplicado no sentido de desastre e perigo. Derivada do Latin, do verbo vulnerare, quer dizer “provocar um dano, uma injúria”⁽¹⁸⁾. Em termos de consistência, a vulnerabilidade pode ser compreendida como condição humana persistente (enquanto somos limitados e mortais), e como situação dada (nas quais limites e feridas se verificam concretamente)⁽¹⁹⁾.

É importante mencionar que a vulnerabilidade refere-se à suscetibilidade de um indivíduo que o expõe ao adoecimento, considerando aspectos denominados dimensões de vulnerabilidade individual, que compreende os aspectos biológicos, cognitivos e atitudes dos indivíduos; da vulnerabilidade social, incluindo fatores sociais, culturais e econômicos; e da vulnerabilidade programática, que faz menção aos recursos que são necessários para proteção e qualidade de vida dos indivíduos⁽²⁰⁾. Sob esse prisma, pesquisadores manifestam sua preocupação e alertam que devem ser tomadas medidas que salvaguardem a integridade física e psicológica dos profissionais de saúde⁽¹⁶⁾.

Diante de tais evidências da ocorrência do assédio moral no ambiente laboral do hospital e da vulnerabilidade dos profissionais da saúde perante tal fenômeno, observa-se que se torna de extrema importância o cuidado do ambiente de trabalho desses profissionais⁽²¹⁾. Para isso, torna-se necessário conhecer os fatores que promovem a vulnerabilidade para essa violência, uma vez que esses profissionais podem atuar como agentes de prevenção e promoção na saúde de sua equipe.

Entender e detectar a manifestação do assédio moral não é tarefa fácil, uma vez que sua violência se traduz muito mais em palavras (ou a ausência delas), gestos e olhares, do que em atos físicos, confundindo até mesmo a própria vítima⁽²²⁾. No que tange à avaliação da vulnerabilidade do indivíduo em sofrer o assédio moral, constata-se que não foram

identificados na literatura internacional e nacional instrumentos específicos para tal julgamento. Nesse sentido, é de extrema importância o emprego de instrumentos válidos e fidedignos para a mensuração do fenômeno.

O estudo⁽²²⁾, por meio da realização de uma revisão de literatura, averiguou uma carência de instrumentos para a avaliação do assédio moral. Tal problema, na visão da pesquisa⁽²³⁾, está atrelado à dificuldade em determinar a violência ocorrida no local de trabalho, dificultando ainda mais a abordagem do fenômeno.

Pesquisadores⁽²⁴⁾ chamam a atenção para o fato de que a maior parte dos estudos desenvolvidos, de natureza quantitativa, emprega medidas que não se ajustam aos critérios de construção de instrumentos psicométricos, tornando-os extremamente frágeis. Além do mais, estudos⁽²⁵⁾ observaram que a maioria das pesquisas quantitativas restringe-se aos do tipo epidemiológico, sobretudo no Brasil.

No que concerne à literatura internacional, pesquisadores⁽²²⁾ ressaltam que até o referido período, apenas foram detectados quatro instrumentos para medida do assédio moral no trabalho, são eles: *Leymann Inventory of Psychological Terror* – LIPT; *Cuestionario Individual sobre Psicoterror, Negación, Estigmatización y Rechazo en Organizaciones Sociales* – CISNEROS; *Negative Acts Questionnary* – NAQ; *Cuestionario de Hostigamiento Psicológico en el Trabajo* – CHPT.

Em relação ao LIPT, elaborado por Leymann⁽²⁶⁾, este foi construído a partir da identificação clínica e epidemiológica de 45 condutas características do processo de assédio moral e publicado em alemão. Possuía originalmente quatro fatores (Limite da comunicação; Limite do contato social; Desprestígio da pessoa ante os colegas; Descrédito das capacidades profissionais e laborais), que reuniam 45 itens. Pesquisadores⁽²²⁾ destacam que este é o instrumento de medida de assédio moral no trabalho mais utilizado nos estudos publicados, e que se baseia unicamente na percepção subjetiva do respondente para identificar o assédio.

Tal instrumento foi revalidado em 1995 por Niedl. O mesmo realizou uma análise fatorial por meio da qual reteve sete fatores e 45 itens, foram eles: ataques à integridade pessoal; isolamento; crítica direta e indireta; sanções através de certas tarefas; ataque à vida privada; assédio sexual e ameaças⁽²⁷⁾.

É oportuno assinalar que o LIPT ainda carece de confirmação da validade fatorial e alguns de seus fatores permanecem com índices medíocres de fidedignidade aferida pelo alfa de Cronbach. Diante de tais problemáticas, leva-se a acreditar que surgiram outros

pesquisadores com vistas a tentarem obter uma medida psicometricamente mais adequada do assédio moral no trabalho⁽²²⁾.

Quanto ao *Cuestionario Individual sobre Psicoterror, Negación, Estigmatización y Rechazo en Organizaciones Sociales* – CISNEROS, este instrumento foi construído e validado por Fidalgo e Piñuel⁽²⁸⁾, tomando por base o LIPT. O mesmo é apresentado por uma lista de 45 atividades relacionadas com o assédio moral, que solicita dos respondentes que digam se foram submetidos a qualquer das ações apresentadas, além da atribuição de uma valoração de um a cinco, sendo que um significa que nunca acontece e cinco que acontece todos os dias.

Pesquisadores⁽²⁸⁾ assinalam que o objetivo do instrumento supracitado era investigar o estado e as consequências da violência no trabalho. Investigaram suas dimensões por meio da análise multidimensional, que revelou que os itens se reuniam em duas dimensões, denominadas âmbito da conduta de assédio e tipo de conduta de assédio. Estudo⁽²⁸⁾ acrescenta que o informe Cisneros mede também o nível de estresse pós-traumático das vítimas e a sua intenção de sair da empresa.

Em relação ao *Negative Acts Questionary* – NAQ, este instrumento foi desenvolvido por Einarsen, Raknes, Matthiesen e Hellesøy, 1994, e Einarsen e Raknes, 1997, com vistas a medir a exposição percebida ao assédio e à vitimização no trabalho. Validado fatorialmente, o NAQ ficou constituído por 20 itens distribuídos em dois fatores: assédio moral pessoal e assédio moral relacionado ao trabalho. Os índices de fidedignidade, calculados pelo alfa de Cronbach, foram, respectivamente, de 0,87 e 0,81. Tais dados refletem um instrumento de boas características psicométricas^(30,31).

O *Cuestionario de Hostigamiento Psicológico en el Trabajo* – CHPT foi construído mais recentemente, em 2008, por Fornés, Martínez-Abascal e García de la Banda⁽³²⁾. O mesmo avalia o assédio moral no trabalho e apresenta 35 itens, sendo distribuídos em cinco fatores, a saber: humilhação e rejeição pessoal (alfa de Cronbach=0,92); desprestígio profissional (alfa de Cronbach=0,89); rejeição profissional e violação da intimidade (alfa de Cronbach=0,84); isolamento profissional (alfa de Cronbach=0,83); e degradação profissional (alfa de Cronbach=0,80).

No Brasil em 2008, pesquisadores⁽³³⁾ examinaram a validade do Questionário de Atos Negativos (que denominaram QuAN) partindo do NAQ, desenvolvido por Einarsen e Raknes (1997). Tal iniciativa tem o mérito de submeter um instrumento de medida de assédio moral à

validação no Brasil, além de alertar para a necessidade da disponibilização de instrumentos de medida válidos e confiáveis para a mensuração do fenômeno.

Merece destaque outro estudo realizado por pesquisadores brasileiros⁽²²⁾, com o objetivo de adaptar e validar o *Cuestionario de Hostigamiento Psicológico en el Trabajo*⁽³⁴⁾. Através dessa pesquisa, derivaram-se duas escalas válidas e fidedignas: uma designada a medir a percepção da frequência de ocorrência do assédio moral, nomeada Escala de Percepção do Assédio Moral no Trabalho (EP-AMT); e outra para avaliar o grau de humilhação que o indivíduo sente perante as situações vivenciadas, denominada de Escala de Impacto Afetivo do Assédio Moral no Trabalho (EIA-AMT). No que tange à investigação de dados sociodemográficos (idade, sexo, escolaridade e cargo), esta foi realizada de modo a caracterizar os participantes e constava ao final do questionário.

Cumprе assinalar que a distinção proposta e confirmada entre percepção e sentimento (impacto afetivo), sugerida pelos pesquisadores⁽²²⁾, na conceituação de assédio moral no Brasil é nova, e ainda não possui força nos estudos estrangeiros. Ressalte-se ainda, que o objetivo da construção dessas novas escalas foi o de oferecer ferramentas válidas e confiáveis que abreviem o tempo de diagnóstico e que indiquem a presença de assédio e o quanto ele atinge emocionalmente o trabalhador.

A pesquisa⁽³⁵⁾ chama atenção para a necessidade de desenvolvimento de estudos brasileiros que busquem a construção e validação de escalas voltados para a prática do assédio moral. Haja vista que os métodos quantitativos para a identificação do assédio moral no trabalho por meio de questionários ou escalas apreendem mais facilmente a ocorrência deste fenômeno do que quando as tem que descrever verbalmente ou por escrito.

Nesse contexto, pesquisadores⁽²²⁾ ressaltam para a necessidade do desenvolvimento de um instrumento de medida do assédio moral que parta de uma conceituação do fenômeno que abranja as várias dimensões consideradas até então, para que possa contribuir com o estudo das relações entre o fenômeno medido e outras variáveis, como, por exemplo, a questão da vulnerabilidade à prática do assédio moral.

Dessa forma, este estudo justifica-se pela necessidade de um instrumento válido e fidedigno para avaliação do assédio moral no contexto brasileiro, haja vista que seus resultados poderão contribuir para o estudo deste fenômeno, que urge ser discutido.

Cumprе assinalar, que o interesse em realizar este estudo também está atrelado à minha produção científica, por meio da qual tive a oportunidade de ampliar o meu

conhecimento acerca do assédio moral, passando a produzir diversos trabalhos acerca dessa temática como autora e coautora. Dentre estes artigos, destacam-se: Produção científica em periódicos online acerca da prática do assédio moral: uma revisão integrativa, publicado em 2011 na Revista Gaúcha de Enfermagem; Assédio moral no âmbito da enfermagem: revisão integrativa da literatura, publicado no ano de 2014 na Cogitare Enfermagem; Situações de assédio moral vivenciadas por enfermeiros no ambiente de trabalho, publicado em 2014 na Acta Paulista de Enfermagem (Online); Produção científica acerca de assédio moral em dissertações e teses no cenário brasileiro, publicado em 2014 na Revista Escola de Enfermagem da USP; Assédio moral: estudo com enfermeiros da estratégia saúde da família, publicado em 2015 na Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental (online).

Diante dessas considerações, o presente estudo teve como eixo norteador o seguinte questionamento: Como identificar e avaliar a vulnerabilidade de profissionais da saúde, no contexto hospitalar, para a prática do assédio moral?

A necessidade de respostas para esse questionamento despertou-me para o interesse de realizar esta tese, com a finalidade de: construir um instrumento para identificação da vulnerabilidade de profissionais de saúde no contexto hospitalar para a ocorrência da prática do assédio moral; e validar o instrumento proposto para a identificação da vulnerabilidade de profissionais da saúde.

"A maior dificuldade é saber quando acontece de fato e quando não é algo que decorre do trabalho. É a sutileza que torna o assédio moral ainda mais perverso. Pois o trabalhador não é assediado de forma clara, na frente de outros, mas muitas vezes na forma de brincadeiras cheias de sarcasmo". (Paulo Eduardo Vieira de Oliveira, juiz do trabalho em São Paulo e professor da Universidade de São Paulo).

2 Assédio moral: revendo a literatura

É importante ressaltar que a revisão da literatura encontra-se contemplada em dois artigos. O primeiro foi oriundo de uma pesquisa bibliométrica com vistas a analisar a produção científica acerca de assédio moral em dissertações e teses no Brasil, apresentado a seguir e elaborado de acordo com as normas da Revista da Escola de Enfermagem (Anexo A). E o segundo, foi desenvolvido a partir de uma revisão integrativa da literatura com o escopo de caracterizar publicações *online* sobre instrumentos válidos de avaliação do assédio moral na literatura nacional e internacional, apresentado a seguir e elaborado de acordo com as normas da Revista Eletrônica de Enfermagem (Anexo B).

2.1 Artigo 01: Produção científica acerca de assédio moral em dissertações e teses no cenário brasileiro

Produção científica acerca de assédio moral em dissertações e teses no cenário brasileiro¹

SCIENTIFIC PRODUCTION ON MOBBING IN DISSERTATIONS AND THESES IN
THE BRAZILIAN SCENARIO
PRODUCCIÓN CIENTÍFICA SOBRE EL ACOSO MORAL EN DISERTACIONES Y
TESIS EN EL ESCENARIO BRASILEÑO

RESUMO

Este estudo teve por objetivo analisar a produção científica acerca de assédio moral em dissertações e teses no Brasil, com ênfase em: ano de publicação; instituição de ensino; área do conhecimento; formação profissional e acadêmica dos autores; e palavras-chave empregadas. Trata-se de estudo bibliométrico, com abordagem quantitativa e amostra composta por 57 trabalhos, sendo 5 teses e 52 dissertações, publicados no período de 2002 a 2012. Os dados evidenciaram que 2012 foi o ano com maior quantidade de publicações. A região que se sobressaiu foi o Sudeste. A instituição com maior quantidade de publicações foi a Universidade Federal de Santa Catarina. Houve predominância das dissertações de mestrado e a maioria das publicações foi produzida por pesquisadores voltados à perspectiva multiprofissional. Desta forma, propõe-se ampliar a visão acerca do assédio moral, de forma a disseminar a produção científica, promover o avanço do debate e o levantamento das questões pertinentes.

DESCRIPTORES:

Trabalho; Violência no Trabalho; Enfermagem do Trabalho; Ética em Enfermagem

ABSTRACT

This study aimed to analyze of scientific production on mobbing in dissertations and theses in Brazil, with an emphasis on: publication year; educational institution; knowledge area; authors' professional and academic background; and keywords used. This is a bibliometric study, with a quantitative approach and a sample consisting of 57 papers, 5 out of them are

¹Artigo publicado na Revista REEUSP – Costa ICP, Costa SFG, Andrade CG, Oliveira Regina Célia de, Abrão Fátima Maria da Silva, Silva Carlos Roberto Lyra da. Costa, ICP; Produção científica acerca de assédio moral em dissertações e teses no cenário brasileiro. Rev Esc Enferm USP, 49(2):267-276, 2015.

theses and 52 are dissertations, published within the period from 2002 to 2012. Data have shown that 2012 was the year with the highest amount of publications. The region standing out was the Southeast. The institution with the highest number of publications was the Federal University of Santa Catarina. There was a predominance of MS dissertations and most publications were produced by researchers focused on the multiprofessional perspective. Hereby, we propose to expand mobbing overview and enlarge the scientific production as well as encourage the debate through raising relevant issues in this research field.

DESCRIPTORS

Work; Workplace violence; Occupational health nursing; Ethics, nursing

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo de analizar la producción científica sobre el acoso moral en disertaciones y tesis en Brasil, con énfasis en: año de publicación; institución de enseñanza; área del conocimiento; formación profesional y académica de los autores; y palabras clave utilizadas. Esto es un estudio bibliométrico, con un enfoque cuantitativo y una muestra que consta de 57 artículos, 5 de ellos son tesis y 52 disertaciones, publicados en el período de 2002 a 2012. Los datos han demostrado que 2012 fue el año con mayor cantidad de publicaciones. La región que se destacó fue el Sudeste. La institución con mayor cantidad de publicaciones fue la Universidad Federal de Santa Catarina (UFSC). Hubo un predominio de disertaciones de maestría y la mayoría de las publicaciones fue producida por investigadores dedicados a la perspectiva multiprofesional. Por lo tanto, se propone ampliar la vision acerca del acoso moral, difundir la producción científica, avanzar el debate y plantear cuestiones pertinentes.

DESCRIPTORES

Trabajo; Violencia laboral; Enfermería del trabajo; Ética en enfermería

INTRODUÇÃO

O assédio moral no trabalho é um fenômeno tão antigo quanto o próprio trabalho, contudo, somente no final do século passado ele foi identificado e caracterizado como fenômeno destruidor das relações laborais, do ambiente organizacional e, muitas vezes, do próprio trabalhador⁽¹⁾.

Tal prática é compreendida como uma violência psicológica sutil, dissimulada, intencional, de caráter repetitivo e prolongado, com a intenção de humilhar e excluir socialmente uma pessoa no contexto da atividade laboral, provocando estresse psicossocial e prejuízos à sociedade e à organização⁽²⁾.

É oportuno assinalar que, dentre os diversos países que investigam o tema, pode-se dizer que os termos *mobbing*, *bullying*, assédio moral, assédio psicológico e terror psicológico no trabalho têm sido utilizados como sinônimos para definir um tipo de violência pessoal,

moral e psicológica, vertical (ascendente ou descendente) ou horizontal no ambiente de trabalho⁽³⁾.

Com esse enfoque, um estudo⁽⁴⁾ ressalta que o assédio moral ocorre nas relações sociais entre o assediador e o assediado, apresentando-se nas seguintes formas: a forma descendente, na qual o subordinado é agredido por um superior, sendo entendida como a mais grave e frequente; o assédio horizontal é aquele no qual a agressão é efetivada por um colega de trabalho de mesmo nível hierárquico; já a forma ascendente se configura quando um superior é assediado por um ou vários subordinados. Outros estudos⁽⁵⁻⁶⁾ acrescentam o assédio moral misto, o qual é composto pela presença do assediador vertical, horizontal e a vítima.

Por conseguinte, observa-se que a perseguição psicológica que constitui o assédio moral coloca o trabalhador em uma posição vulnerável e, mesmo que ocorra de forma sutil e indireta, quando prolongada, causa sérios danos à saúde da vítima. Assim, esse fenômeno, no trabalho, pode provocar diversas manifestações psicossociais e fisiológicas. Dentre as psicossociais, destacam-se: depressão⁽⁷⁾, sentimento de cansaço, recordações frequentes dos comportamentos de assédio moral vivenciados, comprometimento na vida fora do trabalho, tristeza extrema ao recordar os comportamentos⁽⁸⁾, ansiedade, solidão e medo⁽⁹⁾. Dentre as manifestações fisiológicas, preponderam: dores de cabeça e queixas gastrintestinais, distúrbio no padrão do sono, dor no peito, palpitações, aumento ou falta de apetite⁽¹⁰⁾.

Assinala-se, ainda, que as consequências negativas do assédio moral não se limitam apenas às vítimas de assédio moral. Elas repercutem em prejuízos econômicos às empresas, gerados pelo absenteísmo, afastamentos, substituições e custos com processos judiciais. Ressalta-se que, em função do assédio moral, muitas vítimas têm sua saúde debilitada a ponto de ser impedidas de exercer suas funções laborais, provocando seu afastamento e, nos casos mais graves, sua aposentadoria precoce, sobrecarregando o sistema previdenciário⁽¹¹⁾.

Assim, avaliando que o assédio moral vem se tornando uma temática emergente no ambiente de trabalho no cenário brasileiro, que carece de maior disseminação do conhecimento produzido nos programas de pós-graduação, considerou-se oportuno explorar o conhecimento disponível relativo a ela. Este estudo de natureza bibliométrica tem como fio condutor a seguinte questão norteadora: Qual a produção científica acerca de assédio moral em dissertações e teses no Brasil? Para tanto, o estudo apresenta como objetivo: analisar a produção científica acerca de assédio moral em dissertações e teses no Brasil, com ênfase em:

ano de publicação, instituição de ensino, área do conhecimento, formação profissional e acadêmica dos autores e palavras-chave empregadas.

Diante do exposto, considera-se relevante a realização deste estudo, visto que proporcionará maior visibilidade à produção científica proveniente de dissertações e teses sobre a temática “assédio moral” em nosso país sob a perspectiva multiprofissional.

MÉTODO

Trata-se de estudo bibliométrico com abordagem quantitativa. A bibliometria é empregada para quantificar os processos de comunicação escrita e os indicadores bibliométricos são empregados para medir a produção científica⁽¹²⁻¹³⁾.

Tal metodologia possibilita analisar e avaliar as fontes difusoras dos trabalhos, a evolução cronológica da produção científica, a produtividade de autores e instituições, a propagação das publicações científicas, o crescimento de qualquer campo da ciência e o impacto das publicações diante da comunidade científica internacional^(12,14).

Para a seleção das dissertações e teses que versavam acerca do fenômeno do assédio moral foram eleitas as seguintes bibliotecas digitais: Portal Domínio Público, Universidade de São Paulo (USP), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e o Portal de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes).

A busca das dissertações e teses nas referidas bases de dados foi realizada utilizando a terminologia em saúde disponível dentre os Medical Subject Headings (MeSH). Trata-se de um conjunto de termos denominados *descritores* e organizados em uma estrutura hierárquica que possibilita a pesquisa em vários níveis de especificidade.

Em seguida, foram consultados os termos disponíveis dentre os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), que servem como linguagem padrão para a indexação de estudos e periódicos científicos nas áreas da saúde.

A coleta de dados ocorreu no período de dezembro de 2013 a março de 2014. Foram identificados os descritores “violência” ou “violence”; “trabalho” ou “work”; e “saúde do trabalhador” ou “occupational health”. A utilização desses descritores foi condicionada à sua apresentação no título do estudo, a fim de refinar as buscas e focar a temática selecionada. Desse modo, foi possível identificar 65 trabalhos (teses/dissertações).

Para selecionar a amostra, foram adotados os seguintes critérios de inclusão: publicação na modalidade dissertação ou tese, com texto completo, que abordasse violência,

trabalho e/ou saúde do trabalhador em seu título, no período de 2002 a 2012. Houve a exclusão de 5 estudos que não apresentaram em seu título os respectivos descritores e de 2 estudos repetidos no Portal de Teses e Dissertações da Capes e na Biblioteca Digital da UFRJ. Portanto, a amostra do estudo foi composta por 57 trabalhos, sendo 5 teses e 52 dissertações, que foram organizados e arquivados em pastas e denominados de acordo com a biblioteca digital em que foram localizados.

É oportuno destacar que foi realizada uma busca nos currículos lattes dos pesquisadores dos trabalhos selecionados para a amostra, com vistas a identificar as produções oriundas das teses e dissertações. Porquanto, identificaram-se apenas 20 trabalhos publicados sob a forma de artigos, livros e/ou trabalhos apresentados em congressos.

Para viabilizar a análise dos estudos selecionados, foi utilizado um formulário de coleta de dados, com itens pertinentes ao estudo, tais como: instituição de ensino, formação profissional e acadêmica dos autores, modalidade de pesquisa, nível da pesquisa (dissertação/tese), referência à Resolução n. 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), ou à Resolução n. 466/12, grupo participante do estudo, ano de defesa e descritores utilizados.

No tocante aos descritores, foi utilizada a metodologia do mapa conceitual para organizar os termos, buscando relações entre os conceitos ligados por eles.

A abordagem dos mapas conceituais está embasada em uma teoria construtivista. Ela é uma ferramenta avaliativa, que possibilita a organização do conhecimento promovendo experiências que suscitem reflexão, busca de compreensão e processamento da informação, facilitando, assim, a aprendizagem⁽¹⁵⁾.

Buscou-se identificar alguma afinidade entre as palavras-chave relacionadas nas dissertações e teses pesquisadas a partir de uma que foi considerada a principal, isto é, *assédio moral*, não só por sua incidência entre as pesquisas, mas, também, por ser o tema deste estudo e por ter um conceito claro. Encontrando identidade por afinidade temática conceitual, as palavras-chave foram agrupadas a partir da principal, segundo uma organização sistemática em classes temáticas, mas não de forma hierárquica.

Dessa forma, os dados deste estudo foram analisados utilizando os recursos da estatística descritiva, com distribuição de frequência em números absolutos e porcentagem, dispostos em quadros e tabelas.

RESULTADOS

A amostra desta pesquisa foi constituída por 57 trabalhos que versavam acerca do fenômeno do assédio moral, sendo 5 teses e 52 dissertações. Na Figura 1 observa-se que o maior número de publicações ocorreu em 2012, com 19 trabalhos (33,34%), seguido por 2009, com 13 (22,80%), e 2007, com 5 (8,77%).

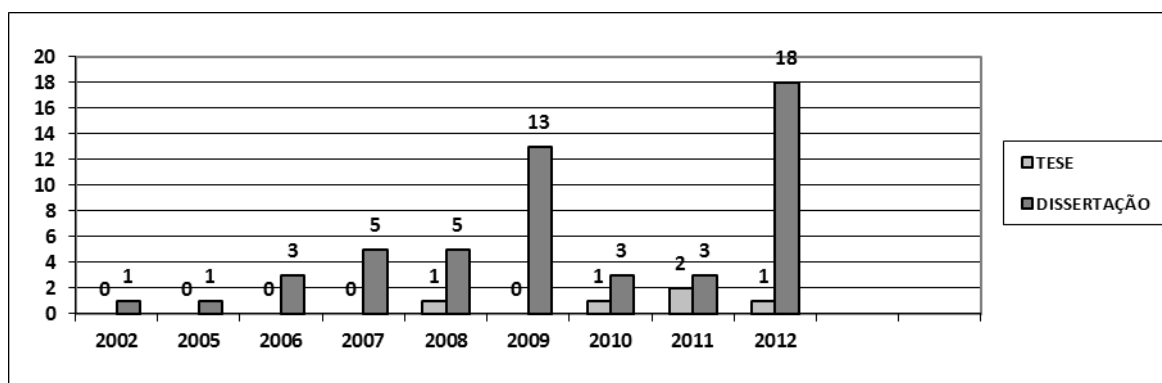


Figura 1 – Distribuição dos estudos acerca do assédio moral em relação ao ano de publicação – João Pessoa, PB, Brasil – 2002 a 2012. (n = 57)

Quanto à região dos programas de pós-graduação nos quais os estudos foram desenvolvidos, pôde-se verificar que aquela que mais se destacou foi o Sudeste, com 30 pesquisas (52,60%), seguida pelo Sul, com 18 (31,60%), e o Nordeste, com 9 (15,80%). Cabe assinalar que no Norte e no Centro-Oeste não foi identificado nenhum trabalho sobre a temática investigada.

No tocante à instituição de Ensino Superior à qual os pesquisadores estavam vinculados, o maior número de estudos produzidos concentrou-se na UFSC, com 8 trabalhos (14,00%), seguida pela USP, com 6 (10,52%), e a UFRJ, com 5 (8,80%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição dos estudos acerca do assédio moral no trabalho em relação à instituição de Ensino Superior – João Pessoa, PB, Brasil – 2002 a 2012. (n = 57)

INSTITUIÇÃO	N	%
NORDESTE		
Universidade Federal da Paraíba	02	3,50
Universidade Federal do Ceará	01	1,75
Universidade de Fortaleza	02	3,50
Universidade Federal do Piauí	01	1,75
Universidade Federal da Bahia	01	1,75
Universidade Estadual do Ceará	01	1,75
Universidade Federal de Pernambuco	01	1,75
SUL		
Centro Universitário de Maringá	01	1,75
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul	02	3,50
Universidade de Caxias do Sul	01	1,75

Universidade do Vale do Rio dos Sinos	02	3,50
Universidade Estadual de Maringá	02	3,50
Universidade Estadual de Ponta Grossa	01	1,75
Universidade Federal de Santa Catarina	08	14,03
Universidade Federal do Rio Grande do Sul	01	1,75
SUDESTE		
Centro Universitário do Triângulo	01	1,75
Centro Universitário Eurípedes de Marília	01	1,75
Centro Universitário São Camilo	01	1,75
Faculdade Novos Horizontes	01	1,75
Fundação Getúlio Vargas	01	1,75
Fundação Mineira de Educação e Cultura	01	1,75
Fundação Oswaldo Cruz	01	1,75
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo	02	3,50
Universidade de São Paulo	06	10,52
Universidade do Estado do Rio de Janeiro	01	1,75
Universidade Federal de Minas Gerais	01	1,75
Universidade Federal de São Carlos	01	1,75
Universidade Federal de Uberlândia	01	1,75
Universidade Federal do Rio de Janeiro	05	8,95
Universidade Federal do Triângulo Mineiro	02	3,50
Universidade Federal Fluminense	01	1,75
Universidade Metropolitana de Santos	01	1,75
Universidade Presbiteriana Mackenzie	01	1,75
Universidade Veiga de Almeida	01	1,75
TOTAL	57	100,00

Quanto à formação profissional e acadêmica, foram identificados pesquisadores de diversas áreas do conhecimento (Tabela 2).

Tabela 2 – Formação profissional e acadêmica dos autores dos trabalhos acerca do assédio moral – João Pessoa, PB, Brasil – 2002 a 2012. (n = 57)

Formação profissional	n	%	Formação acadêmica	N	%
Direito	18	31,60	Mestre	50	87,71
Psicologia	16	28,07			
Enfermagem	08	14,03			
Administração	07	12,30			
Pedagogia	02	3,50	Doutor	07	12,29
Serviço Social	02	3,50			
Comunicação Social	01	1,75			
Fisioterapia	01	1,75			
Medicina	01	1,75			
Gestão de Turismo	01	1,75	Total	57	100
Total	57	100			

No que diz respeito às palavras-chave mais evidenciadas, ressalta-se que o descritor “assédio moral” foi mencionado em 42 trabalhos (74,00%). Observa-se, também, a utilização do descritor “violência” em 8 estudos (14,00%) e “trabalho” em 6 (11,11%) (Tabela 3).

Quadro 1 – Palavras-chave dos trabalhos acerca do assédio moral – João Pessoa, PB, Brasil– 2002 a 2012. (n = 57)

Palavra-chave	Incidência	Palavra-chave	Incidência
Assédio moral	42	Violência organizacional	01
Assédio moral organizacional	02	Saúde do trabalhador	07
Assédio moral no trabalho	05	Aspectos morais e éticos	01
Assédio moral coletivo	01	Síndrome de <i>burnout</i>	02
Assédio moral em servidores	01	Enfermagem	04
Qualificação do conceito assédio moral	01	Profissionais de enfermagem	01
Trabalho	06	<i>Bullying</i>	03
Qualidade de vida no trabalho	01	Sociedade contemporânea	01
Condições no trabalho	01	Ensino Fundamental	01
Ambiente de trabalho	03	Escola pública	01
Violência no trabalho	01	Direitos humanos	01
Meio ambiente do trabalho	01	Direitos fundamentais	01
Satisfação do trabalho	01	Adolescentes trabalhadores	01
Relações de trabalho	03	Dignidade	02
Transformações no mundo do trabalho	01	Dignidade da pessoa humana	01
Organização do trabalho	02	Dignidade humana	02
Sofrimento no trabalho	01	Dignidade do trabalhador	01
Gestão do trabalho	01	Reparação	01
Trabalho bancário	01	Psicanálise	01
Violência	08	Organização	01
Violência psicológica	04	Sociologia clínica	01
Mal-estar	01	Bioética	01
Poder Judiciário Federal	01	Ambiente virtual	01
Saúde da família	01	Queixa individual	01
Fenômeno organizacional	01	Denúncia pública	01
Relações de emprego	01	Danos morais e existenciais	01
Organização sindical bancária	01	Responsabilidade do empregador	01
Autoconceito profissional	01	Bancários	01
Saúde mental	01	Agressor	01
Vítima	01	Produtividade	01
Estudante universitário	01	Subordinação	01
Comportamento organizacional	01	Professor universitário	01
Ambiente educacional	01	Aspectos sociais e culturais	01
Docentes	01	Cultura organizacional	01
Discentes	01	Políticas públicas	01
Prática pedagógica	01	Análise de relato verbal	01
Trabalhador	01	Relações de poder	01
Comportamentos negativos	01	<i>Mobbing</i>	02
Gestão de pessoas	01	Comportamento social	02
Comportamentos hostis	01	Estresse psicológico	01
Riscos ocupacionais	01	Estudantes de medicina	01
Riscos psicossociais	01	Alunos-trabalhadores	01
Autoconceito	01	Profissionais de saúde	01

Da análise dos descritores emergiu o mapa conceitual apresentado na Figura 2.

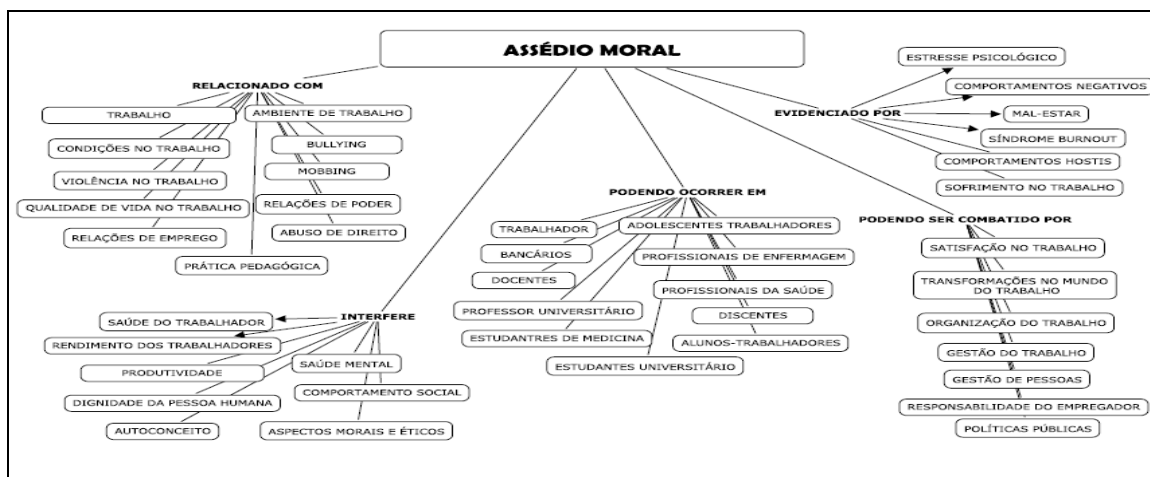


Figura 2 – Mapa conceitual elaborado a partir dos descritores das dissertações e teses selecionadas para o estudo – João Pessoa, PB, Brasil – 2002 a 2012. (n = 57)

DISCUSSÃO

No Brasil, a reflexão acerca do assédio moral ganhou maior destaque após a publicação de dissertação de mestrado em Psicologia Social intitulada “Uma jornada de humilhações”, de Margarida Barreto, defendida em 2000. Esta realizou a primeira pesquisa no Sindicato dos Trabalhadores das Indústrias Químicas, Plásticas, Farmacêuticas e Similares de São Paulo⁽³⁾. A partir daí, as discussões sobre o tema passaram a ser mais recorrentes em jornais, revistas, na televisão e na internet.

Os dados obtidos a partir da análise do ano de publicação das dissertações/teses assinalaram que os estudos sobre o assédio moral nos programas de pós-graduação do Brasil têm se intensificado, porém, ainda, de forma lenta e tímida.

Um estudo⁽¹⁶⁾ destaca que, no período de 1996 a 2003, as publicações direcionaram-se à temática do assédio sexual quase com exclusividade, partindo para uma ampliação do escopo desse fenômeno a partir de 2004. Por outro lado, não foi identificado nenhum trabalho na literatura nacional acerca dessa temática no período de 2003 a 2004.

Todavia, sendo o assédio moral, em suas mais diversas manifestações, um tema que tem emergido com cada vez maior frequência na mídia e em discussões no plano legal ou empresarial, é necessário o questionamento referente aos motivos de uma presença ainda tão incipiente desse fenômeno nos estudos acadêmicos.

Destacam-se, também, os grandes desafios conceituais que gravitam em torno da temática do assédio moral, contribuindo, dessa forma, para o entendimento de um número tão pouco expressivo de pesquisas sobre esse fenômeno.

É oportuno assinalar que, dentre os 57 estudos analisados nesta pesquisa, apenas 20 resultaram em trabalhos publicados sob a forma de artigos, livros e/ou trabalhos apresentados em congressos. Tais produções oriundas de dissertações e teses são de suma importância, visto que possibilitarão a divulgação dos resultados de pesquisa para o público em geral.

Em relação aos artigos provenientes das teses e dissertações, observou-se a divulgação de 12 artigos publicados em renomadas revistas nacionais e internacionais; dentre eles, destacam-se: “Situações de assédio moral vivenciadas por enfermeiros no ambiente de trabalho” (*Acta Paulista de Enfermagem*); “Assédio moral no trabalho e suas representações na mídia jornalística” (*Revista de Saúde Pública*); “Violencia psicológica y asedio moral vertical ascendiente en dos escuelas públicas de Porto Alegre, Brasil” (*Salud de los Trabajadores*); “Harassment at work? Empowerment and autonomy as coping strategies of young workers” (*Work*); e “Psychological violence in the management of health workers: a study from the Brazilian context” (*International Journal of Advances in Management and Economics*).

No que tange aos livros, verificou-se a publicação de 5 títulos, destacando-se: “Características do assédio moral”; “Assédio moral: uma análise da teoria do abuso de direito aplicada ao poder do empregador”; e “Relações de poder e trabalho no mundo contemporâneo”.

No que diz respeito à divulgação em congressos, foram identificados 3 trabalhos: “A visão de enfermeiros gestores sobre o assédio moral: uma questão bioética” (VIII Congresso Brasileiro de Bioética); “O papel da cultura organizacional milícia de bravos na ocorrência do assédio moral: um estudo na polícia militar da Bahia” (I Encontro de Gestão de Pessoas e Relações de Trabalho da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração); e “Relação entre assédio moral e síndrome de *burnout* em professores universitários: uma revisão teórica” (III Congresso Brasileiro Psicologia: Ciência e Profissão).

Esses dados refletem uma preocupação com a produção científica, pois os pesquisadores necessitam compreender a magnitude da divulgação dos resultados das pesquisas. Nesse contexto, é de extrema valia a implementação de estratégias para a divulgação dos trabalhos oriundos de teses e dissertações. Faz-se necessário, portanto, modernizar o processo de formação; incentivar os jovens criativos, envolvendo-os em atividades de pesquisa e extensão; e estimular os discentes a integrar os grupos de pesquisa das universidades com um objetivo comum, visando a atender às demandas da sociedade. Aos

pesquisadores cabe a responsabilidade de submeter seus manuscritos aos periódicos científicos.

Quanto à distribuição regional dos programas de pós-graduação que abordaram o assédio moral em dissertações e teses, destaca-se o Sudeste, com as seguintes universidades: UFSC, USP e UFRJ. Segundo um estudo⁽³⁾, o predomínio dessa região pode ser decorrente do fato da maioria dos cursos de pós-graduação estar localizada nessa região do país. Tal evidência pode estar relacionada, também, com o fato dos estudos acerca dessa temática, no cenário brasileiro, terem tido início no Sudeste, com a dissertação de mestrado de Margarida Barreto⁽³⁾.

Em relação à área do conhecimento das publicações e à formação dos autores, observa-se que a maioria provém das Ciências Humanas e das Ciências da Saúde, onde se destacam a Psicologia, o Direito e a Enfermagem. Esses achados também foram reportados em estudo⁽¹¹⁾ cujo foco foi caracterizar a produção científica sobre os cenários do assédio moral em periódicos *on-line* das Ciências da Saúde, Ciências Sociais e Ciências Humanas, no período de 2002 a 2010.

No que tange aos descritores, observa-se que os empregados nas dissertações e teses com maior frequência foram: “assédio moral”, “violência” e “trabalho”. É oportuno destacar que o termo “assédio moral” não se encontra incluído no DeCS ou no MeSH. Por isso, este estudo sugere sua inclusão, com vistas a facilitar o trabalho de pesquisa relativo a essa temática, tão relevante nos dias atuais.

Constatou-se grande variabilidade e espectro dos descritores ao consultar a base DeCS; eles vão desde processos de trabalho, organização do trabalho, transformações no mundo do trabalho e gestão do trabalho até violência psicológica, mal-estar e comportamentos hostis, o que demonstra tratar-se de um conhecimento em construção.

Na organização dos descritores emergiu o mapa conceitual apresentado na Figura 2, o qual foi desenvolvido a partir da similitude do sentido dos termos ou da relação morfológica entre as palavras. A ideia desse mapa foi organizar e reunir todas as palavras-chaves coletadas nas dissertações e teses. Ressalta-se que o mapa conceitual é considerado uma representação gráfica que estimula a organização de conceitos e a união entre teoria e prática. Por meio do mapa conceitual foram identificados conceitos-chave de um fenômeno específico, que são unidos para mostrar suas conexões e proporcionar informações sobre o conteúdo, a estrutura e as inter-relações de conhecimento no fenômeno identificado⁽¹⁵⁾.

Sob esse prisma, a partir do mapa conceitual construído nesse estudo, pode-se apontar alguns aspectos importantes, como: fatores relacionados ao desenvolvimento do assédio moral; trabalhadores vulneráveis a sofrer tais práticas; sinais e sintomas desencadeados; interferência dessas práticas na vida do assediado; e formas de combater o fenômeno.

Quanto aos fatores relacionados ao assédio moral, os estudos apontaram os seguintes descritores: trabalho; ambiente de trabalho; condições de trabalho; violência no trabalho; qualidade de vida no trabalho; relações de emprego; *bullying*; *mobbing*; relações de poder; abuso de direito; e prática pedagógica.

Esses descritores assinalam que a ocorrência de assédio moral é favorecida em instituições caracterizadas por procedimentos rígidos nas relações hierárquicas.

Porquanto, o assédio moral é caracterizado pela degradação deliberada das condições de trabalho, visto que, quando surte efeito, é capaz de instaurar um pacto de tolerância e silêncio coletivos quanto à gradativa desestabilização e fragilização da vítima⁽¹⁷⁾.

Um estudo⁽¹⁸⁾ destaca que o assédio ocorre com maior frequência em instituições caracterizadas por hierarquia rígida; destaca-se, ainda, que o assédio moral é mais evidente no setor privado, onde dura menos tempo e, geralmente, termina com a saída da vítima da empresa. Em contrapartida, no setor público, ele pode durar anos, uma vez que as pessoas são protegidas pela organização, o que contribui para que as situações de assédio não sejam averiguadas de modo adequado.

Além disso, ressalta-se que as práticas de assédio moral não buscam acarretar a demissão do funcionário nesse cenário, pois se trata de uma organização pública. A finalidade primordial é denegrir sua imagem, causar seu sofrimento no ambiente de trabalho ou favorecer sua transferência para outro setor, o que pode provocar insatisfação e ansiedade⁽¹⁹⁾.

Em relação aos indivíduos vulneráveis a sofrer tal prática, as dissertações e teses inseridas no estudo destacaram as seguintes palavras-chave: trabalhador; bancários; adolescentes trabalhadores; profissionais da saúde; profissionais de enfermagem; docentes; professor universitário; discentes; alunos-trabalhadores; estudantes universitários; e estudantes de medicina.

Tais achados remetem ao entendimento de que todos os profissionais podem ser vítimas de distúrbios decorrentes de condições adversas no trabalho. Na análise de diversos artigos acerca desse fenômeno, uma pesquisa⁽²⁰⁾ identificou uma pluralidade de setores de atividade: bancos, vigilância privada, serviço público administrativo e serviço público-privado

no setor de transportes, o que ajuda a quebrar o mito de que o assédio moral é um problema específico de determinadas atividades e/ou profissões ou de atividades precarizadas.

É oportuno salientar que as instituições de ensino são consideradas cenários práticos do assédio moral. Esse ambiente é marcado por disputas por cargos, publicações e pesquisas financiadas, sendo um ambiente propício às situações de assédio moral⁽²¹⁾.

Uma pesquisa⁽¹⁸⁾ desenvolvida com o objetivo de identificar a ocorrência dessa prática entre os docentes de uma instituição universitária pública, a maioria dos sujeitos de estudo afirmou ser um problema comum na universidade e que ocorre, majoritariamente, entre colegas (assédio moral horizontal) e entre chefe/superior e subordinado (assédio moral descendente).

Além dos docentes e discentes serem considerados uma população vulnerável a sofrer a prática do assédio moral, destacam-se, também, os profissionais de saúde. Uma pesquisa⁽²²⁾ enfatiza a necessidade desses profissionais estarem atentos às possíveis situações de assédio moral, pois suas atividades são consideradas, sobretudo, estressantes.

Estudos apontam os profissionais de enfermagem como uma das categorias mais vulneráveis às situações de assédio moral da área da saúde, em virtude das condições opressivas de trabalho, da disputa por poder e do relacionamento conflituoso entre os membros da equipe, podendo acarretar consequências negativas para a saúde do profissional^(2,23).

O âmbito hospitalar, sob alguns aspectos, favorece esse tipo de violência entre enfermeiros, uma vez que se trata de uma estrutura rígida, com supervalorização da hierarquia; ademais, a categoria dos profissionais de enfermagem está sujeita a múltiplas exigências emocionais, cognitivas e físicas geradoras de efeitos negativos⁽²⁴⁾.

Uma pesquisa⁽²⁵⁾ confirma a presença do assédio moral no ambiente laboral da enfermagem, porém, assinala que muitos desses profissionais têm aceitado e reproduzido esse tipo de violência como parte da cultura organizacional, o que os têm conduzido ao adoecimento e consequente prejuízo em suas funções.

Sob esse prisma, acredita-se na necessidade de conscientização dos profissionais acerca do assédio moral, principalmente da presença e dos prejuízos advindos desse fenômeno, assim como da importância de adotar estratégias eficazes para enfrentá-lo.

No que tange aos prejuízos provenientes dessa prática, os estudos analisados nesta pesquisa empregaram as seguintes unidades temáticas: estresse psicológico; comportamentos negativos; mal-estar; síndrome de *burnout*; comportamentos hostis; sofrimento no trabalho.

Em pesquisa⁽²⁾ desenvolvida para analisar o conceito de assédio moral, sob a perspectiva evolucionista, como expresso na literatura das ciências da saúde, jurídicas, sociais e humanas, observou-se que as consequências advindas desse fenômeno são divididas em três categorias: distúrbios psicossomáticos; problemas empresariais; e problemas sociais.

Em relação aos distúrbios psicossomáticos, estes se referem aos danos ocasionados à saúde mental e física das vítimas do fenômeno. Entre eles, destacam-se: depressão, estresse, baixa autoestima, síndrome de *burnout*, insônia, fadiga, problemas gástricos (em especial, gastrite e úlcera), distúrbios cardiovasculares (como taquicardia e hipertensão arterial), dor, e, em casos extremos, o suicídio⁽²⁶⁻²⁸⁾.

Destaca-se, portanto, que os transtornos acarretados pelo assédio moral, muitas vezes, incapacitam o trabalhador a desempenhar suas atividades e diminuem seu desempenho no trabalho, aumentando o absenteísmo e, conseqüentemente, diminuindo a produtividade e o lucro da empresa⁽²⁷⁾.

É nesse sentido que as teses e dissertações investigadas empregaram diversos descritores para reportar que o assédio moral interfere na saúde e no rendimento do trabalhador, na produtividade, na saúde mental e na dignidade da pessoa humana, no comportamento social, no autoconceito e nos aspectos morais e éticos.

Por conseguinte, observa-se que o assédio moral é considerado uma síndrome psicossocial multidimensional, uma vez que apresenta vários sintomas físicos e psíquicos que afetam o indivíduo, o grupo de trabalho e a organização e produz disfunções em nível individual e coletivo, atingindo todos os níveis hierárquicos, com repercussões negativas para a imagem da empresa⁽²⁹⁾.

Diante dessas ponderações, destaca-se que os efeitos do assédio moral na vida dos seres humanos são devastadores, sobretudo no que concerne ao desenvolvimento das doenças psíquico-emocionais. Cada vez mais se mostra fundamental preservar a saúde dos trabalhadores e um dos caminhos para tanto é a adoção de medidas preventivas.

Os trabalhos analisados empregaram as seguintes palavras-chave para relatar como o assédio moral pode ser combatido: denúncia pública; transformações no mundo do trabalho;

organização do trabalho; gestão do trabalho; gestão de pessoas; responsabilidade do empregador; e políticas públicas.

Estudo⁽²²⁾ aponta como medidas de prevenção: a criação de ambientes saudáveis e relações de confiança e equidade entre as pessoas; a implantação de um código de ética e/ou de condutas nas instituições; e programas de treinamento para a prevenção de comportamentos violentos no trabalho.

Outra pesquisa⁽³⁰⁾ ressalta a necessidade de campanhas educativas, com pôsteres e palestras, podendo ser benéficas por trazer à luz um problema que, muitas vezes, é encarado como tabu. Contudo, destaca que o maior apoio que uma instituição pode dar a seus membros é incluir em seu regimento interno medidas administrativas contra o assediador, também se preocupando em fornecer um ambiente no qual as vítimas possam, confidencial e espontaneamente, relatar os episódios de assédio.

Portanto, não bastam medidas individuais. As instituições podem e devem empenhar-se na criação de medidas de prevenção, contenção e intervenção nesse tipo de violência, sob a perspectiva da construção de um ambiente de cuidado mais ético, humanizado e, conseqüentemente, saudável⁽²⁵⁾.

CONCLUSÃO

Os estudos acerca do assédio moral em programas de pós-graduação no cenário brasileiro são recentes. Isso denota a preocupação de pesquisadores acerca desse fenômeno, buscando conferir maior visibilidade a essa temática no meio acadêmico.

Os indicadores bibliométricos investigados ressaltam que as dissertações e teses que abordam o assédio moral mostram-se incipientes no período selecionado para esta pesquisa, com predominância de dissertações de mestrado. Quanto às áreas do conhecimento, pôde-se verificar que a maior quantidade de publicações foi produzida por pesquisadores com formação em Psicologia, Direito e Enfermagem. O Sudeste foi indicado como a região que mais se destacou em relação às publicações sobre o tema e a instituição de Ensino Superior com a maior produção científica foi a UFSC.

O indicador bibliométrico acerca dos descritores destaca que há evidências de que a temática encontra-se em amplo desenvolvimento, uma vez que o número de eixos temáticos provenientes desses demonstra a variedade de sua abrangência.

Assim, propõe-se, com este trabalho, ampliar a visão acerca do assédio moral, de forma a disseminar a produção científica, promover o avanço do debate e o levantamento das questões pertinentes. Por outro lado, ele apresenta algumas limitações, tais como a pequena quantidade de teses e dissertações sobre a temática no cenário nacional, o que dificulta a generalização dos indicadores bibliométricos investigados.

REFERÊNCIAS

1. Hirigoyen MF. Mal-estar no trabalho: redefinindo o assédio moral. 3. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2006.
2. Cahú GRP, Leite AIT, Nóbrega MML, Fernandes MGM, Costa KNFM, Costa SFG. Bullying: concept analysis from Rodgers' evolutionary perspective. *Acta Paul Enferm.* 2012;25(4):555-9.
3. Barreto MMS. Violência, saúde e trabalho: uma jornada de humilhações. São Paulo: Educ; 2003.
4. Pedrosa VG, Limongi AC, Martins FAS, Hrdlicka H, Jorge SM, Cornetta VK. Aspectos conceituais de assédio moral: um estudo exploratório. *Rev Adm Saúde.* 2006;8(33):139-47.
5. Silva JLO. Assédio moral no ambiente de trabalho. Rio de Janeiro: Jurídica; 2005.
6. Vieira ACG. Assédio moral no ambiente de trabalho: uma violação silenciosa à dignidade humana no âmbito das relações de emprego. Belo Horizonte: Ed. PUC; 2007.
7. Hutchinson M, Vickers M, Wilkes L, Jackson D. The worse you behave, the more you seem, to be rewarded: bullying in nursing as organizational corruption. *Employee Responsibilities and Rights Journal.* 2009;21(3):213-29.
8. Yildirim A, Yildirim D. Mobbing in the workplace by peers and managers: mobbing experienced by nurses working in health care facilities in Turkey and its effect on nurses. *J Clin Nurs.* 2007;16(8):1444-53.
9. Oliveira SEM, Mizuguchi SE, Tanji S. Nursing (São Paulo). 2007;10(113):454-9.
10. Yildirim D, Yildirim A, Timucin A. Mobbing behaviors encountered by nurse teaching staff. *Nurs Ethics.* 2007; 14(4): 447-63.
11. Cahú GPR, Rosenstock KIV, Costa SFG, LEITE AIT, Costa ICP, Claudino HG. Produção científica em periódicos online acerca da prática do assédio moral: uma revisão integrativa. *Rev Gaúcha Enferm.* 2011; 32(3):611-9.
12. Gentil RC, Guia BP, Sanna MC. Organização de serviços de capelania hospitalar: um estudo bibliométrico. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2011;15(1):162-70.
13. Marziale MHP. Indicadores de la producción científica iberoamericana. *Rev Latino-Am Enferm.* 2011;19(4):1-2.
14. Araújo CA. Bibliometria: evolução histórica e questões atuais. *Em questão.* 2006; 12(1):11-32.
15. Souza NA, Boruchovitch E. Mapas conceituais: estratégia de ensino/aprendizagem e ferramenta avaliativa. *Educ Rev.* 2010;26(3):195-217.
16. Rodrigues M. Estudos sobre assédio moral no Brasil: uma análise sobre caminhos percorridos [Internet]. 2010 [cited 2014 Apr 1]. Available from: <http://www.ead.fea.usp.br/semead/13semead/resultado/trabalhosPDF/327.pdf>
17. Barbosa R, Labronici LM, Sarquis LMM, Mantovani MF. Psychological violence in nurses' professional practice. *Rev Esc Enferm USP.* 2011; 45(1):25-31.
18. Caran VCS, Secco IAO, Barbosa DA, Robazzi MLCC. Moral harassment among professors in a public university in Brazil. *Acta Paul Enferm.* 2010; 23(6):737-44.

19. Einarsen S, Hoel H, Notelaers G. (2009). Measuring exposure to mobbing and harassment at work: Validity, factor structure and psychometric properties of the Negative Acts Questionnaire-Revised. *Work & Stress*, 2009, 23(1), 24-44.
20. Soares A, Oliveira JA. Assédio moral no trabalho. *Rev Bras Saúde Ocup.* 2012;37(126): 195-202.
21. Campos IC, Serafim Ada C, Custódio KV, Silva L, Cruz RM. Moral harassment of public schools teachers. *Work*, 2012, 41 Suppl 1: 2001-7.
22. Bobroff MCC, Martins JT. Assédio moral, ética e sofrimento no trabalho. *Rev Bioét.* 2013; 21(2):251-8.
23. Klijn TP, Suazo SV, Moreno MB. Violencia percibida por trabajadores de atención primaria de salud. *Cienc Enferm.* 2004; 10(2):53-65.
24. Hernández PJA, Martín NPC, Marrero AG, Porbén SA, Romero JSH, Fernández CP. Validación de un instrumento para el diagnóstico del *mobbing*, cuestionario de Heinz Leymann (LIPT) modificado. *Rev Cub Salud Trab.* 2008; 9(1):34-48.
25. Fontes KB, Pelloso SM, Carvalho MDB. Tendência dos estudos sobre assédio moral e trabalhadores de enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm.* 2011; 32(4):815-22.
26. Caniato AM, Lima EC. Assédio moral nas organizações de trabalho: perversão e sofrimento. *Cad Psicol Soc Trab.* 2008;11(2):177-92.
27. Yaman E. Perception of faculty members exposed to mobbing about the organizational culture and climate. *Educational Sciences: Theory & Practice.* 2010;10(1):5675-8.
28. Battistelli BM, Amazarray MR, Koller SH. O assédio moral no trabalho na visão de operadores do direito. *Psicol Soc.* 2011;23(1):35-45.
29. Guimarães LA, Rimoli AO. Workplace mobbing: a multidimensional psychosocial syndrome. *Psicol Teor Pesqui.* 2006;22(2):183-92.
30. Marques RC, Martins-Filho ED, Paula GS, Santos RR. Assédio moral nas residências médica e não médica de um hospital de ensino. *Rev Bras Educ Méd.* 2012;36(3):401-6.

2.2 Artigo 02: Instrumentos validados sobre assédio moral no ambiente de trabalho: revisão integrativa

INSTRUMENTOS VALIDADOS SOBRE ASSÉDIO MORAL NO AMBIENTE DE TRABALHO: REVISÃO INTEGRATIVA² BULLYING VALIDATED INSTRUMENTS WORKPLACE RELATED: A INTEGRATIVE REVIEW INSTRUMENTOS VALIDADOS DEL ACOSO EN EL TRABAJO: REVISION INTEGRADORA

RESUMO

O assédio moral é um tipo de violência pessoal, moral e psicológica capaz de prejudicar as relações entre os trabalhadores. Este estudo teve como objetivo caracterizar publicações *online* sobre instrumentos validados para avaliação do assédio moral presentes na literatura nacional e internacional. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, cuja amostra foi composta por 24 artigos publicados entre 2004 a 2015, disponibilizados na BVS, PUBMED, NCBI, MEDLINE, LILACS e Google Acadêmico. As publicações estão distribuídas em 17 periódicos, com o maior número de publicações nos anos de 2006, 2008, 2010 e 2014. Observaram-se aspectos significativos sobre a precisão e eficiência dos instrumentos analisados destacando-se: a utilidade para avaliação de danos psicológicos causados pelo assédio moral e diagnóstico de processos judiciais; a identificação de situações de conflito, violência e assédio moral no trabalho; a consistência interna e a praticidade de instrumentos com menor quantidade de perguntas, não obstante apresentem algumas limitações.

Palavras-chave: Comportamento Social; Violência; Saúde do Trabalhador; Estudos de Validação.

² Artigo submetido na Revista Eletrônica de Enfermagem.

INTRODUÇÃO

O assédio moral no trabalho não se constitui em uma situação nova nas relações laborais; contudo, nos últimos anos, atingiu dimensões globais, alcançando diversos contextos de trabalho e categorias profissionais.¹ Compreende-se por assédio moral no trabalho como sendo uma violência psicológica, sutil, dissimulada, intencional, de caráter repetitivo e prolongado, com a intenção de humilhar e excluir socialmente uma pessoa no âmbito da atividade laboral, podendo desencadear estresse psicossocial e danos à sociedade e à organização.² Expressa-se, todavia, em atitudes violentas e sem ética que provocam repercussões negativas na identidade da pessoa assediada, maculando sua noção de dignidade e infringindo seus direitos fundamentais.³

O estudo desse fenômeno é notável no âmbito da saúde, principalmente em áreas como psicologia, enfermagem e medicina do trabalho devido aos danos físicos e psíquicos causados por esse tipo de violência.² É oportuno assinalar que dentre os países que investigam o tema, pode-se dizer que os termos *mobbing*, *bullying*, assédio moral, assédio psicológico ou terror psicológico no trabalho têm sido utilizados como sinônimos para definir um tipo de violência pessoal, moral e psicológica, vertical (ascendente ou descendente) ou horizontal, nas relações entre os trabalhadores⁴, podendo ocorrer também nas relações com clientes.⁵

Para caracterizar o assédio, deve-se considerar a repercussão da conduta abusiva na saúde da vítima, a periodicidade e duração do ato faltoso e a intencionalidade dos agressores.⁶ Deste modo, compreender e detectar a manifestação do assédio moral não é uma tarefa fácil, uma vez que sua violência se traduz muito mais em palavras (ou a ausência delas), gestos e olhares, do que em atos físicos, confundindo até mesmo a própria vítima.⁷ Neste sentido, é de extrema importância o emprego de instrumentos válidos e fidedignos para a mensuração do fenômeno.

Estudo aponta para uma carência nacional e internacional de instrumentos voltados para a mensuração do assédio moral.⁷ Corroborando com essa premissa, pesquisa⁸ aponta a dificuldade em determinar a violência ocorrida no local de trabalho, dificultando ainda mais a abordagem do fenômeno. Destaca-se ainda que a maioria dos estudos quantitativos utiliza medidas que não se ajustam aos critérios de construção de instrumentos psicométricos⁹, o que os torna bastante frágeis. Particularmente no Brasil, a maioria dos estudos quantitativos restringe-se aos do tipo epidemiológico.^{4,10}

Nesse contexto, com o escopo de disseminar os estudos publicados em periódicos nacionais e internacionais que abordam no âmbito do trabalho instrumentos válidos para a mensuração do assédio moral e visando estimular a construção e validação de novos instrumentos para tal avaliação, o presente estudo teve como objetivo caracterizar artigos disponibilizados em periódicos *online* que abordem instrumentos válidos de avaliação sobre assédio moral na literatura nacional e internacional.

MÉTODO

A revisão integrativa da literatura tem sido empregada como recurso metodológico que utiliza estratégia sistematizada para reunir e sintetizar resultados de estudos sobre um tema específico com

a finalidade de aprofundar e fortalecer o conhecimento científico de determinadas áreas e subsidiar a tomada de decisões dos profissionais.¹¹ Esse método consiste em seis etapas, são elas: estabelecer a hipótese ou a pergunta da revisão; selecionar a amostra a ser estudada; categorizar os estudos; analisar as publicações incluídas na pesquisa; interpretar os resultados e apresentar a revisão ou a síntese do conhecimento.^{11,12}

Neste estudo, a questão norteadora foi: Quais as características de artigos disponibilizados em periódicos *online* que abordam instrumentos de avaliação acerca de assédio moral no ambiente de trabalho, na literatura nacional e internacional?

Para compor o *corpus* da pesquisa, buscaram-se artigos disponibilizados em periódicos *online*. Para tanto, foram acessadas a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e a *National Library of Medicine* (PUBMED), desenvolvidas e mantidas pelo *National Center for Biotechnology Information* (NCBI), incluindo os campos da Biomedicina e da Saúde. Através destas, foram consultadas importantes Bases de Dados, como MEDLINE e Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Assim sendo, visando subsidiar a ampliação dessa busca, foi realizada uma pesquisa no *Google Acadêmico*. A busca de artigos nas bases de dados foi realizada utilizando-se a terminologia em saúde consultada nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS/Bireme) e no *Medical Subject Headings* (MeSH/PubMed), respectivamente, que identificou os descritores "*bullying*", "*bullying and* estudos de validação" ou "*bullying and validation studies*", "assédio moral *and* validação" ou "*workplace bullying and validation*" e "assédio moral *and* escala".

No que concerne à seleção da amostra, foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: artigos que abordassem instrumentos de avaliação de assédio moral, indexados nas bases de dados selecionadas para o estudo e publicados no período de 2004 a 2015, nos idiomas inglês, português, espanhol e japonês. Mediante essa apresentação, o *corpus* da revisão integrativa foi composto por 24 artigos, que foram organizados e arquivados em pastas, bem como denominados conforme a base de dados em que foram localizados.

Para viabilizar a coleta dos artigos que integraram a revisão de literatura, foi utilizado um formulário de coleta de dados, adaptado de instrumento validado¹³, com itens que contemplaram os objetivos do estudo, tais como informações sobre o título do periódico, título do artigo, autores, formação do autor principal, país de origem do estudo, ano de publicação e idioma; dados sobre objetivos, delineamento e características metodológicas do estudo; resultados alcançados e conclusões. A coleta das publicações ocorreu no mês de setembro de 2015.

Salienta-se que o processo de análise envolveu a tradução do vernáculo, a leitura, a releitura e o preenchimento do instrumento a partir das informações contidas nas publicações elencadas. Em seguida, os dados foram analisados, tendo como base seus conteúdos, além da relação dos mesmos com o objeto de interesse, utilizando-se os recursos da estatística descritiva, com distribuição de frequência em números absolutos e porcentagem.

RESULTADOS

No que concerne ao ano de publicação dos artigos estudados, averiguou-se que, no período de 2004 a 2015, destacam-se os anos de 2006, 2008, 2010 e 2014 com o maior número de publicações e o quantitativo de três artigos divulgados para cada ano. Nos anos 2007, 2009, 2011, 2012 e 2015, houve duas publicações em cada ano. Quanto aos anos de 2004 e 2013, observou-se uma publicação em cada ano. No ano de 2005, não foi identificada nenhuma publicação.

Quanto à caracterização dos 24 artigos que compuseram a amostra, suas publicações estão distribuídas em 17 periódicos. Dentre esses periódicos, destacam-se: *Journal of Occupational Health; Liberabit – Revista de Psicología; e International Journal of Environmental Research and Public Health*, por terem o maior número de publicações acerca da temática (dois artigos cada).

Cumprir assinalar que foi verificado o Fator de Impacto (FI) dos periódicos que contemplaram os estudos da amostra. A avaliação da qualidade de um periódico é realizada por meio do FI, sendo este baseado na quantidade de citações que a revista recebe.¹⁴

Nesse contexto, observou-se que o periódico que apresentou maior FI foi o *Journal of Medical Internet Research*, com a valoração de 4,7. Tal periódico foi criado em 1999, destacando-se como uma das principais revistas de informática voltada para a área da saúde no âmbito internacional, contemplando os serviços e a política de saúde, centrados em tecnologias emergentes na área da saúde, medicina e investigação biomédica.

No que diz respeito à formação acadêmica do autor principal dos artigos analisados, oito são psicólogos, cinco são enfermeiros, dois são médicos, dois são administradores e um é sociólogo. O número de autores não está igual ao número de publicações devido ao fato de que alguns autores principais publicaram mais de um artigo.

Os estudos despontaram que, dentre os países onde as investigações foram realizadas, destacam-se a Espanha, com oito pesquisas, o Japão, com cinco, a França, com três, e o Brasil, com duas. Em países como Austrália, Bolívia, China, Chile, México e Portugal, apenas uma pesquisa sobre a temática foi encontrada em cada país, no período entre 2004 e 2015.

A caracterização do delineamento metodológico desses estudos identificou que todos empregaram uma abordagem quantitativa, pressupondo a quantificação do assédio moral e solução a fim de classificar e analisar de forma estatística o conjunto de dados obtidos.¹⁵

Quanto aos objetivos dos estudos revisados, foram identificados vários tipos de escalas para medir o assédio moral no trabalho. Os resultados desses estudos foram agrupados em três categorias temáticas: Estudos sobre o desenvolvimento de novos instrumentos para a avaliação do assédio moral no trabalho (**Quadro 1**); Estudos sobre a adaptação de instrumentos validados de assédio moral para uma nova língua (**Quadro 2**); e Pesquisas sobre a avaliação da confiabilidade de instrumentos validados acerca do assédio moral (**Quadro 3**), as quais serão apresentadas a seguir.

Quadro 1 - Síntese dos estudos sobre o desenvolvimento de novos instrumentos para avaliação do assédio moral no trabalho.

Autores / ano de publicação	Estudos sobre o desenvolvimento de novos instrumentos para avaliação do assédio moral no trabalho	
	Instrumento	Desfecho
Fornés, Martinez-Abascal, Banda (2008)	<i>Cuestionario de Hostigamiento Psicológico en el Trabajo</i> - (HPT)	Detecta comportamentos de intimidação e assédio, a fim de evitar os primeiros passos de assédio moral no local de trabalho.
Hutchinson M, Jackson D, Vickers M, Wilkes L. (2008)	Inventário de assédio para ambientes de trabalho de enfermagem	Auxilia os enfermeiros expostos ao assédio moral a rotular e compreender melhor as suas experiências.
Jiménez BM, et al. (2008)	<i>Cuestionario de Acoso Psicológico en el Trabajo</i> (CAPT)	Apresenta propriedades psicométricas satisfatórias, sendo considerado confiável para avaliar o assédio moral.
Escartín, Rodríguez-Carballeira, Gómez-Benito, et al. (2010)	<i>Escala de Abuso Psicológico en el Lugar de Trabajo</i> (EAPA-T)	Confiabilidade aceitável e correlações significativas entre a EAPA-T e variáveis de saúde e organizacionais. Discussão das implicações práticas.
Martins MCF, Ferraz AMS (2011)	Escala de Percepção do Assédio Moral no Trabalho (EP-AMT); Escala de Impacto Afetivo do Assédio Moral no Trabalho (EIA-AMT)	Ferramentas que abreviam o tempo de diagnóstico, indicam a presença de assédio e o quanto ele atinge emocionalmente o trabalhador.
Younju, Mihyoung (2014)	Development and Validity of Workplace Bullying in Nursing-Type Inventory (WPBN-TI)	Adequado para determinar tipos de assédio moral em ambiente de trabalho de enfermagem.
Takaki, Taniguchi, Fuji (2014)	Senso de Escala de Contribuição (SCS)	Instrumento útil para medir o sentimento de contribuição, associado à saúde mental. Para estudos em ciência organizacional, psicologia e medicina do trabalho.
Fabián Javier Marín Rueda, Makilim Nunes Baptista (2015)	Escala Laboral de Assédio Moral (ELAM)	Instrumento composto pelos fatores condições de trabalho, humilhação e preconceito. Apresenta adequadas propriedades psicométricas.

Fonte: Elaborado pelos autores, João Pessoa, 2016.

Quadro 2 - Estudos sobre a adaptação de instrumentos validados de assédio moral para uma nova língua.

Autores / ano de publicação	Artigos sobre a adaptação de instrumentos validados de assédio moral para uma nova língua	
	Instrumento	Desfecho
Niedhammer I; David; Degioanni (2006)	<i>Leymann Inventory of Psychological Terrorization</i> (LIPT) - versão Francesa	Apresenta qualidades satisfatórias, em termos de validade fatorial, validade convergente e validade preditiva.
Jiménez et al. (2007)	<i>Negative Acts Questionnaire</i> (NAQ) – versão em Espanhol	Foi encontrada significância da correlação entre dimensões do NAQ e distintas escalas de saúde, e de estresse percebido, o que demonstra validade de construto.
Verdasca AT (2007)	<i>Negative Acts Questionnaire Revised</i> (NAQ-R) – versão em Português	Oferece boas características psicométricas, não só em termos de consistência interna, mas também em termos de validade externa.
López-Cabarcos; Vázquez-Rodríguez; Montes-Piñeiro (2009)	<i>Cuestionario Individual sobre Psicoterror, Negación, Estigmatización y Rechazo en Organizaciones Sociales</i> (CISNEROS) – língua galega	Apresenta boas propriedades psicométricas. É considerado um instrumento adequado para a detecção de diferentes formas de assédio moral.
Takaki; Tsutsumi; Fujii (2010)	<i>Negative Acts Questionnaire</i> (NAQ) – versão em Japonês	Proporciona níveis aceitáveis de confiança de consistência interna e construto- validade.
Tsuno K et al. (2010)	<i>Negative Acts Questionnaire Revised</i> (NAQ-R) – versão em Japonês	O presente estudo mostrou níveis aceitáveis de confiabilidade e validade.
Berr XD et al, (2015)	Inventario de Violencia y Acoso Psicológico en el Trabajo — Ivapt-Pando Versão Chilena	Apresenta propriedades significativas para identificar e mediar o assédio moral no ambiente de trabalho.

Fonte: Elaborado pelos autores, João Pessoa, 2016.

Quadro 3 - Avaliação da confiabilidade de instrumentos validados acerca do assédio moral.

Autores / ano de publicação	Estudos sobre a avaliação da confiabilidade de instrumentos validados acerca do assédio moral
-----------------------------	---

	Instrumento	Desfecho
Fidalgo AM, Piñuel I (2004)	Confiabilidade e validade da escala de CISNEROS	Os resultados mostram que a escala de CISNEROS é um instrumento de avaliação confiável, com adequada amostragem dos conteúdos e alta consistência interna.
Moreno, Beltrán, Serrano (2006)	Validade e confiabilidade do IVAPT-PANDO	Os resultados destacam consistência interna de quatro fatores, com validade relevante e de alta confiabilidade.
Niedhammer I, David S, Degioanni S (2006)	Aplicação da versão Francesa – LIPT	Verifica as 45 formas de assédio moral por superiores hierárquicos, colegas de trabalho, ou subordinados, dentro dos 12 meses anteriores, bem como a frequência e duração do assédio.
Báguena MJ et al. (2011)	Aplicação da Escala de Assédio no Trabalho (WHS)	Avalia a frequência da exposição dos trabalhadores às atividades de assédio moral nos últimos seis meses.
Iglesias MEL, Vallejo RBB (2012)	Aplicação do NAQ	Esta escala detecta diversos tipos de assédio moral, por meio da exposição de comportamentos negativos típicos do assédio.
Moreno MP et al (2012)	Aplicação do IVAPT-PANDO	Os resultados demonstram consistência interna com validade relevante e de alta confiabilidade.
Takaki J, Taniguchi T e Hirokawa K (2013)	Aplicação do NAQ-R	O teste de adaptação computadorizada (CAT) é importante para medir a exposição ao <i>bullying</i> . Dessa maneira, utilizou-se o NAQ-R com base em CAT para medir a vitimização de assédio.
Ma SC et al. (2014)	NAQ-R baseada no CAT	Com a aplicação do NAQ-R baseada no CAT para enfermeiras, houve praticidade sem comprometer a precisão da mensuração.

Fonte: Elaborado pelos autores, João Pessoa, 2016.

DISCUSSÃO

Dos estudos que buscaram desenvolver novos instrumentos para avaliação do assédio moral no trabalho (**Quadro 1**), observou-se o desenvolvimento de sete novas escalas para essa finalidade de avaliação, são elas: HPT; Inventário de Assédio Para Ambientes de Trabalho de Enfermagem; EAPA-T; WPBN-TI; EPAMT; EIA-AMT; SCS.

O *Cuestionario de Hostigamiento Psicológico en el Trabajo* (HPT) – Questionário de Perseguição Psicológica no Trabalho - é um instrumento original de medida desenvolvido com vistas a avaliar as condutas estritamente relacionadas à perseguição psicológica, não sendo, portanto,

empregado para identificação de maus tratos físicos e assédio sexual. Tal instrumento foi construído em torno de três núcleos racionais que agrupam comportamentos distintos em relação à humilhação e desprestígio profissional de um trabalhador.¹⁶

Estudiosos afirmam que o HPT é o instrumento mais breve que permitirá identificar a presença, o tipo e a frequência dos comportamentos hostis; reconhecer potenciais testemunhas dos atos que tragam objetividade para a ocorrência do fenômeno, reforçando a ajuda possível em defesa da vítima; conhecer a percepção pessoal da vítima em relação a estes comportamentos; e dispor de um instrumento validado que ajude os pesquisadores na detecção de um dos mais graves riscos ocupacionais nos tempos atuais - o assédio moral.¹⁶ Desta forma, além da avaliação quantificável do fenômeno, o HPT também possibilita a realização da avaliação de percepção subjetiva da vítima de assédio ao responder um questionário.

No que tange ao Inventário de Assédio Moral para Ambientes de Trabalho de Enfermagem, este foi desenvolvido no intuito de auxiliar os enfermeiros expostos ao assédio moral no trabalho em rotular e compreender melhor as suas experiências. Para tanto, buscou-se realizar uma análise psicométrica visando avaliar os atos de assédio moral comuns no local de trabalho de enfermagem.¹⁷ Os procedimentos utilizados na elaboração do instrumento demonstraram que a construção e o conteúdo apresentam uma validade. Além disso, observou-se que o inventário possui consistência interna e foi avaliado como altamente confiável.¹⁷ Prevê-se, portanto, que tal instrumento será ainda maior empregado por enfermeiros pesquisadores, gestores de recursos humanos e outros profissionais com um interesse em desenvolver intervenções para abordar o assédio moral na área da Enfermagem.

Quanto ao *Cuestionario de Acoso Psicológico en el Trabajo* (CAPT), este tem por objetivo avaliar diferentes aspectos do assédio moral no trabalho, bem como sua percepção; além de avaliar o assédio moral em função dos critérios de Leymann e realizar sua averiguação de acordo com comportamentos específicos. Ele é composto por duas partes, sendo a primeira destinada aos dados demográficos e do trabalho e a segunda reservada para as questões do assédio moral.

Nessa primeira parte, encontram-se variáveis básicas, como idade e gênero, e outras variáveis relacionadas ao trabalho, tais como anos de experiência profissional, experiência no setor, a experiência na mesma posição, situação de trabalho, setor de trabalho, tipo de contrato, jornada de trabalho, entre outras. Já na segunda parte, destacam-se questões referentes ao fenômeno do assédio moral, sendo estas realizadas por meio de entrevistas, com vistas a identificar a frequência e as formas mais comuns do assédio, realizando, desta forma, uma análise subjetiva do fenômeno. Os resultados apontam que o referido questionário apresenta propriedades psicométricas satisfatórias, sendo considerado uma medida válida e confiável, podendo ser empregado em estudos posteriores.¹⁸

Em relação à *Escala de Abuso Psicológico en el Lugar de Trabajo* (EAPA-T), este é um novo instrumento de assédio moral no trabalho, que inclui quatro subcategorias de intimidação, mas que é relativamente curto ao mesmo tempo. Além disso, o instrumento foi desenvolvido no contexto

Espanhol e foi baseado em uma amostra de vítimas de assédio moral, selecionadas de acordo com vários critérios.¹⁹ Salienta-se que esta pesquisa também encontrou um equilíbrio entre a qualidade das propriedades psicométricas e o alcance do instrumento, criando uma medida que combine uma confiabilidade suficiente, poupando tempo e esforço simultaneamente.

A dimensionalidade, a consistência interna e a relação com outras escalas desse novo instrumento foram avaliadas. Resultados indicaram que o EAPA-T, com quatro fatores e um fator modelo de segunda ordem, forneceu a melhor reação entre os dados. Sendo assim, um total de 12 itens foi igualmente distribuído por quatro categorias: contexto direcionado (controle e manipulação do contexto de trabalho); emoção direcionada (abuso emocional); cognição direcionada (descrédito profissional); e comportamento direcionado (desvalorização do papel de trabalho).¹⁹ Portanto, essa escala será de extrema importância para avaliação de assédio moral no trabalho, podendo habilitar pesquisadores a direcionar intervenções para detectar e reduzir de forma mais eficiente o assédio moral no trabalho.

A Escala de Percepção do Assédio Moral no Trabalho (EP-AMT) e a Escala de Impacto Afetivo do Assédio Moral no Trabalho (EIA-AMT) são consideradas os primeiros instrumentos válidos e fidedignos desenvolvidos no cenário nacional, até o presente momento, para atender à necessidade de detectar a frequência da percepção do assédio moral, vertical e descendente, no trabalho, bem como o impacto afetivo desses atos hostis percebidos nos trabalhadores.⁹ Tais instrumentos foram desenvolvidos tomando-se por base o HPT.¹⁶

Também são considerados ferramentas válidas e confiáveis que reduzem o tempo de diagnóstico, indicam a presença de assédio e o impacto emocional que o mesmo provoca ao trabalhador. É oportuno destacar que os pesquisadores chamam a atenção para a necessidade de desenvolvimento de estudos que visem à padronização de ambas as escalas. Além disso, é necessário avançar nos estudos de validação com o objetivo de testar as estruturas fatoriais identificadas com técnicas mais exigentes, como a análise fatorial confirmatória.⁹

No que tange à investigação acerca do assédio moral no contexto da Enfermagem, além do Inventário de assédio para ambientes de trabalho de enfermagem, existe a escala WPBN-TI, desenvolvida com o propósito de determinar tipos de assédio moral em ambiente de trabalho de enfermagem. Essa escala é constituída por 16 itens, com três fatores distintos: intimidação verbal e não verbal; assédio moral no trabalho; e as ameaças externas. A mesma apresenta alta validade e confiabilidade.²⁰

Quanto ao Senso de Escala Contribuição (SCS), é caracterizado por ser um questionário de sete itens, sendo considerada uma medida psicométrica satisfatória de senso de contribuição nos locais de trabalho. Ele fornece um instrumento novo e útil para medir um sentimento de contribuição, que é associada, independentemente, com a saúde mental em trabalhadores para estudos em ciência organizacional, psicologia da saúde ocupacional e medicina do trabalho.²¹ A validade de critério do SCS foi apoiada por sua associação significativa, inversa com sofrimento psíquico e distúrbios do sono

em modelos de regressão logística, independente da demografia e de vários fatores psicossociais no trabalho em ambos os sexos.²¹

A Escala Laboral de Assédio Moral (ELAM) foi construída visando à percepção da ocorrência de situações constrangedoras no trabalho, as quais podem remeter ao assédio moral. Ela é composta por três fatores: condições de trabalho, humilhação e preconceito. Destaca-se que a sua versão final foi composta por 40 itens que foram adaptados e organizados em uma escala de respostas de quatro pontos (nunca, poucas vezes, muitas vezes e sempre), pontuados de um a quatro, respectivamente.²²

Diante desse cenário de escalas existentes para a avaliação do assédio moral, foi possível observar várias diferenças existentes entre elas, o que torna difícil chegar a um consenso de qual o melhor instrumento a ser aplicado para identificação do assédio moral no trabalho. Acredita-se que, ao eleger um instrumento para a realização da avaliação do assédio moral no trabalho, deve-se sempre levar em consideração o grau de validade e de confiabilidade do mesmo com o propósito de alcançar resultados fidedignos.

Quanto aos artigos sobre a adaptação de instrumentos validados para uma nova língua (**Quadro 2**), serão apresentados, a seguir, importantes instrumentos de assédio moral com validação comprovada.

Na análise dos estudos que integraram o grupo daqueles que buscaram adaptar os instrumentos validados de assédio moral para uma nova língua, destacam-se as seguintes escalas adaptadas: LIPT - versão francesa; NAQ – versão em espanhol; NAQ-R – versão em português; CISNEROS – língua galega; NAQ-R – versão em japonês; NAQ – versão em japonês; e IVAPT-PANDO – versão chilena.

Em relação ao estudo²³ que buscou adaptar o LIPT para a versão francesa, o mesmo se destacou como sendo a primeira pesquisa a elaborar e validar uma versão francesa do LIPT de Leymann. Esse passo foi crucial para estabelecer estudos futuros de alta qualidade e permitir comparações de nível internacional. O estudo da validade fatorial mostrou uma coerência satisfatória na interpretação dos fatores obtidos. Além disso, tal pesquisa chama a atenção para a necessidade de desenvolver estudos futuros, empregando o uso de tal questionário validado para melhor entender e prevenir esse fator de risco ocupacional.

Estudo²⁴ desenvolvido com o cerne de validar uma versão em espanhol reduzida do *Negative Acts Questionnaire* (NAQ) observou que a versão espanhola de 14 itens apresenta uma consistência interna alta, propriedades psicométricas satisfatórias, sendo considerada uma válida e confiável medida para avaliar o assédio moral no trabalho. Contudo, algumas limitações desse estudo e do questionário devem ser destacadas: a redução de 22 itens para 14 itens, embora fundamentada em um consenso de *experts*, não adotou um critério estatístico empírico. Por outro lado, mesmo que a redução do instrumento seja capaz de facilitar a sua aplicabilidade, talvez nem todos os comportamentos de assédio moral sejam contemplados.

Outra escala que sofreu adaptação de língua observada nesta revisão integrativa diz respeito à validação da versão galiciana da escala de mensuração de assédio moral – CISNEROS. Estudo²⁵ desenvolvido com este objetivo apontou que a versão de tal escala para a língua galega apresentou boas propriedades psicométricas, permitindo avaliar o assédio moral, além de ser considerado um instrumento adequado para a detecção de diferentes formas dessa violência psicológica no local de trabalho.

Nesse norte, estudos^{26,27} buscaram realizar a adaptação do NAQ para a versão em japonês. Pesquisa realizada com trabalhadores de fábricas no Japão realizou a tradução do NAQ para a versão japonesa empregando a *back-translation*. Foi efetuada uma validação cruzada, dividindo a amostra de forma randômica em subamostras. Por meio da análise exploratória de fator, submeteu-se o primeiro subgrupo, obtendo-se três modelos fatores. Já o segundo subgrupo, por meio da análise confirmatória de fator, verificou-se que todos os índices alcançaram níveis aceitáveis predeterminados de correlação.²⁶

Corroborando com essa perspectiva, pesquisa realizada com trabalhadores japoneses e desenvolvida com o mesmo propósito confirmou a confiabilidade da consistência interna e validade do construto dessa nova versão constituída por 22 itens do NAQ-R. Para tanto, essa versão pode ser uma medida útil de investigação da prevalência, dos fatores associados e do impacto na saúde de assédio moral do trabalho no Japão, contribuindo para identificação, controle e prevenção do assédio moral no âmbito laboral.²⁷

Foi averiguada a validação e adaptação do instrumento “*Inventario de Violencia y Acoso Psicologico en el Trabajo - (IVAPT–Pando)*” para os trabalhadores do Chile. Tal instrumento tem por finalidade discriminar e medir a violência no local de trabalho. Nesta pesquisa, buscou-se também realizar uma adaptação semântica do instrumento e a incorporação de novos itens projetados para medir a violência por parte de atores externos à organização.²⁸ A referida pesquisa identificou uma consistência interna e confiabilidade do instrumento, sendo estas estatisticamente significativas. Este apresenta uma capacidade para identificar a presença e a intensidade da violência psicológica e do assédio moral no ambiente de trabalho.

Na presente revisão integrativa da literatura também foram destacados alguns apontamentos acerca de pesquisas que avaliaram a confiabilidade dos instrumentos validados no contexto do assédio moral (**Quadro 3**). Os mesmos serão elencados a seguir.

Os estudos que buscaram avaliar a confiabilidade de instrumentos validados acerca do assédio moral destacaram a aplicação das seguintes escalas: CISNEROS; IVAPT-PANDO; LIPT; WHS; NAQ; NAQ-R e NAQ-R baseada no CAT.

No que diz respeito à escala de CISNEROS, pesquisa²⁹ evidencia que a mesma constitui uma ferramenta válida e confiável para avaliação de assédio moral mediante resultados estatísticos relevantes e adequados ao padrão teórico. Essa escala pode ser útil para avaliação de danos psicológicos causados pelo assédio e diagnóstico de processos judiciais. Estudos recentes,

desenvolvidos no ambiente escolar^{30,31}, apontam que o questionário da escala de CISNEROS é utilizado para avaliação de perseguição, monitoramento do *status* e das taxas de violência entre os estudantes, sinalizando casos de *bullying*.

O IVAPT-PANDO, Inventário de Violência e *Bullying* no Trabalho, mede a frequência e a intensidade da violência psicológica, bem como a presença de assédio moral. É composto por 22 itens, com dupla escala de Likert, indicando se a pessoa sofre violência no trabalho e se a violência pode ser descrita como assédio moral (*mobbing*).³² Neste contexto, estudo³³ ressalta a consistência interna de quatro fatores com validade relevante e alta confiabilidade.

Estudo semelhante, desenvolvido na Bolívia e Equador³⁴, aponta resultados positivos sobre a acurácia desse inventário, possibilitando uma melhor avaliação de comportamento violento de uma ou mais pessoas. Uma pesquisa espanhola realizada com profissionais de saúde da área hospitalar³⁵ demonstrou uma adaptação do IVAPT-PANDO a partir da aplicação do questionário "Inventário de Violência e assédio moral no trabalho IVAPT-ER". A mesma sugere uma importante ferramenta para identificação de situações de conflito, violência e assédio moral no trabalho.

A versão Francesa – LIPT destaca qualidades satisfatórias do instrumento em termos de validade fatorial, convergente e preditiva, constituindo um avanço de estudos desta natureza no âmbito internacional. Assim sendo, a utilização de instrumentos validados, além de permitir comparações entre estudos, parece auxiliar na prevenção de riscos ocupacionais, expressos por situações de violência.²³

Sobre a aplicação da Escala de Assédio no Trabalho (WHS), esta tem a finalidade de verificar a frequência da exposição de trabalhadores, nos últimos seis meses, ao assédio moral.³⁶ Estudo³⁷ constatou o aumento da prevalência de casos de *bullying* em enfermeiras espanholas, ressaltando a acurácia do referido questionário na mensuração dessa problemática no contexto organizacional.

Com relação ao *Negative Acts Questionnaire-Revised* (NAQ-R), uma pesquisa japonesa²⁴ registrou a presença da prática de assédio moral no trabalho congruente às repercussões de dor nos profissionais investigados. Tal causalidade denota a implementação de medidas para prevenir a dor e o assédio moral no âmbito ocupacional através de orientações adequadas contra o assédio moral, adoção de legislação específica e melhoria do apoio social no local de trabalho. Com base nessa perspectiva, estudo chinês³⁸ reforçou a importância do teste de adaptação computadorizada (CAT) para avaliar a exposição de *bullying*. Utilizou-se o NAQ-R com base em CAT no intuito de medir a vitimização de assédio moral no trabalho, sem comprometer a sua precisão de medição. À menor quantidade de perguntas confere uma maior praticidade e eficiência na aplicação desse instrumento, todavia ainda existem limitações quanto à sua disponibilidade *online*, dificultando o acesso nas instituições.

O *bullying* ou assédio no local de trabalho é um fenômeno em ascensão mundial, que pode ser caracterizado pelo abuso psicológico, torturador e silencioso, realizado por um ou mais indivíduos,

cujo principal objetivo é atingir o assediado. Esse tipo de abordagem provoca graves repercussões na vida do trabalhador e no ambiente laboral, podendo afetar a produtividade e até levar ao suicídio.³⁹

CONCLUSÃO

Os resultados apontados nos estudos constantes na literatura nacional e internacional, e que compuseram a amostra, foram agrupados em três categorias temáticas que evidenciam a importância do desenvolvimento de novos instrumentos, da adaptação de instrumentos validados para uma nova língua e da avaliação da confiabilidade de instrumentos validados acerca do assédio moral no trabalho.

No tocante ao desenvolvimento de novos instrumentos, os estudos elencados nessa categoria verificaram a existência de diferenças entre as variadas escalas para a avaliação de assédio moral, o que constitui um fator complicador quando se busca um consenso sobre a escolha de um instrumento que seja, ao mesmo tempo, válido e confiável a fim de se alcançar resultados fidedignos.

Sobre a importância atribuída à adaptação de instrumentos validados para uma nova língua, os estudos mostraram que tal adaptação permite a criação de estudos futuros de elevada qualidade que possibilitem comparações de nível internacional. No entanto, ressaltaram também algumas limitações nos instrumentos analisados, como a redução dos itens de avaliação, por não terem adotado critério estatístico empírico, não obstante tenham recebido o consenso de *experts*.

Dentre os instrumentos examinados, o NAQ, desenvolvido para medir a intimidação no local de trabalho, foi considerado um dos mais amplamente empregados nos estudos publicados, tendo sido a adaptação deste para outras línguas considerada de suma importância. Outro instrumento, a escala CISNEROS, em sua versão para a língua galega, destacou-se por apresentar boas propriedades psicométricas que permitem a avaliação do assédio moral e por ser adequada para assinalar diferentes formas desse tipo de violência psicológica no ambiente laboral. Além disso, a adaptação de instrumentos validados para uma nova língua possibilita a confirmação da confiabilidade da consistência interna e validade do construto, como também permite a investigação da prevalência, dos fatores associados e do impacto na saúde de assédio moral do trabalho.

A confiabilidade de instrumentos validados acerca do assédio moral foi outro ponto abordado nos estudos desta revisão. Tais estudos apontaram aspectos significativos sobre a precisão e eficiência dos instrumentos analisados. Dentre estes aspectos, destacaram-se: a utilidade para avaliação de danos psicológicos causados pelo assédio moral e diagnóstico de processos judiciais; a consistência interna de quatro fatores, com validade relevante e alta confiabilidade; a identificação de situações de conflito, violência e assédio moral no trabalho; a comparação entre estudos que parece auxiliar na prevenção de riscos ocupacionais, expressos por situações de violência; a exatidão do instrumento para mensurar a prevalência de casos, a exemplo do *bullying* no contexto hospitalar; a praticidade e eficiência de instrumentos com menor quantidade de perguntas, embora apresentem limitações quanto à sua disponibilidade *online*, o que dificulta o acesso deles nas instituições.

Conclui-se que os instrumentos validados de avaliação sobre o assédio moral, examinados nos artigos que compuseram a amostra desta revisão, apresentam contribuições significativas para mensuração e diagnóstico desse tipo de violência psicológica no ambiente de trabalho, não obstante apresentem também algumas limitações.

REFERÊNCIAS

- 1 Battistelli BM, Amazarray MR, Koller SH. O assédio moral no trabalho na visão de operadores do direito. *Psicologia & Sociedade* [internet]. 2011 [acesso em 2015 set 05]; 23(1):35-45. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822011000100005&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S0102-71822011000100005.
- 2 Cahú GRP, Leite AIT, Nóbrega MML, Fernandes M das GM, Costa KN de FM, Costa SFG. Assédio moral: análise de conceito na perspectiva evolucionista de Rodgers. *Acta paul. enferm.* [Internet]. 2012 [acesso em 2015 set 05];25(4): 555-559. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000400012&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000400012>.
- 3 Bobroff MCC, Martins JT. Assédio moral, ética e sofrimento no trabalho. *Rev. bioét. Londrina*.2013;21(2):251-8.
- 4 Barreto MMS. Assédio moral: a violência sutil - análise epidemiológica e psicossocial no trabalho no Brasil.[Tese]. São Paulo (SP):Doutorado em Psicologia Social/Pontifícia Universidade Católica de São Paulo:2005.
- 5 Leal DF, Rauber JJ. A concepção de ética dos profissionais da enfermagem. *REME rev. min. enferm.* [Internet]. 2012 [acesso em 2015 set 05]; 16(4): 554-563. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/561>
- 6 Freitas ME, Heloani R, Barreto M. Assédio moral no trabalho. São Paulo (SP): Cengage Learning; 2008.
- 7 Martins MCF, Ferraz AMS. Propriedades psicométricas das escalas de assédio moral no trabalho: percepção e impacto. *Psico-USF*.2011[periódico da internet].2008 [acesso em: 2015 set 05];16(2):163-73. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-82712011000200005&script=sci_arttext
- 8 Dilek Y, Aytolan Y. Development and psychometric evaluation of workplace psychologically violent behaviours instrument. *Journal of Clinical Nursing*. 2008; 17(10):1361-1370. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18416783>
- 9 Soares LQ, Ferreira MC. Pesquisa participante como opção metodológica para a investigação de práticas de assédio moral no trabalho. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho* [internet].2006[acesso 2015 set 05];6(2):85-109. Disponível em: <http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/rpot>

- 10 Palácios M. Violência no trabalho no setor de saúde: um estudo epidemiológico. In Soboll LAP. Soboll (Organizador.). Violência psicológica e assédio moral no trabalho: pesquisas brasileiras. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2008.p.247-270.
- 11 Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein [Internet]. 2010[acesso 2015 set 05];8(1):102-6. Disponível em: http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1134-Einsteinv8n1_p102-106_port.pdf.
- 12 Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e na Enfermagem. Rev. Texto e Contexto Enferm. Florianópolis.2008; 17(4): 758-64.
- 13 Ursi ES, Galvão CM. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. Rev Latino-am Enfermagem [Internet]. 2006 [acesso 2015 set 05];14(1):124-31. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/v14n1a17.pdf>
- 14 Teixeira RKC, Botelho NM, Petroianu A. Referências de periódicos médicos brasileiros em publicações nacionais. Rev. Assoc. Med. Bras. São Paulo.2013;59(6): 571–575.
- 15 Creswell JW, organizador. Projeto de Pesquisa: Métodos qualitativo, quantitativo e misto. Porto Alegre. Editora: Artmed. 2ª Edição. 2007.
- 16 Fornés J, Martínez-Abascal MA, Banda GG. Análisis factorial del Cuestionario de Hostigamiento Psicológico en el Trabajo en profesionales de Enfermería. International Journal of Clinical and health psychology.2008;8(1):267-283
- 17 Hutchinson M, Jackson D, Vickers M, Wilkes L. The development and validation of a bullying inventory for the nursing workplace: Marie Hutchinson, Lesley Wilkes, Margaret Vickers and Debra Jackson describe an Australian study of bullying that provides a putative model for further testing in nursing and other contexts. Nurse Researcher.2008; 15(2):19
- 18 Jiménez BM, Muñoz AR, Morante ME, Garrosa E, Carvajal RR, Gracia LD. Evaluación del acoso psicológico en el trabajo: desarrollo y estudio exploratorio de una escala de medida. Univ. psychol.Colombia.2008, 7(2): 335-345. Disponível em: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/335/247>
- 19 Carballeira AR, Solanelles JE, Vinacua BV, García CP, Peña JM. Categorization and hierarchy of workplace bullying strategies: A Delphi survey. The Spanish Journal of Psychology.Barcelona.2010;13(1):297-308.
- 20 Lee Y, Lee M, Development and Validity of Workplace Bullying in Nursing-Type Inventory (WPBN-TI). Journal of Korean Academy of Nursing. Korean. 2014 ;44(2):209-218. Disponível em: <http://synapse.koreamed.org/DOIX.php?id=10.4040/jkan.2014.44.2.209>
- 21 Takaki J, Taniguchi T, Fuji Y, Reliability, Validity, and Significance of Assessment of Sense of Contribution in the Workplace. Int J Environ Res Public Health. 2014; 11(2): 1594–1604. Disponível em: <http://www.mdpi.com/1660-4601/11/2/1594/htm>

- 22 Rueda FJM, Baptista MN, Cardoso HF. Construção e estudos psicométricos iniciais da Escala Laboral de Assédio Moral (ELAM). Aval. psicol. [periódico na Internet]. 2015 Abr [citado 2015 Nov 27];14(1):33-40. Disponível em:
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712015000100005&lng=pt.
- 23 Niedhammer I, David S, Degioanni S, et al. La version française du questionnaire de Leymann sur la violence psychologique au travail : le « Leymann Inventory of Psychological Terror » (LIPT). Rev Epidemiol Sante Publique.2006;54:245-262.
- 24 Jimenéz BM, Muñoz AR, Gamarra MM, Herrero MG. Assessing Workplace Bullying: Spanish validation of a Reduced version of the negative acts questionnaire. The Spanish Journal of Psychology. 2007;10(2):449-457.
- 25 López-Cabarcos MA, Vázquez-Rodríguez P, Montes-Piñero C. Validación de la Escala CISNEROS de Medida de Mobbing al Gallego. Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones. 2009;25(3): 231-243. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=231316497004>
- 26 Takaki J, Tsutsumi A, Fujii Y, Taniguchi T, Hirokawa K, Hibino Y et al. Assessment of Workplace Bullying and Harassment: Reliability and Validity of a Japanese Version of the Negative Acts Questionnaire. J Occup Health.Japão. [periódico na internet].2010. [acesso em 2015 set 10]52:74-81. Disponível em: http://joh.sanei.or.jp/pdf/E52/E52_1_10.pdf
- 27 Tsuno K, Kawakami N, Inoue A, Abe K. Measuring Workplace Bullying: reliability and validity of the Japanese version of the negative acts questionnaire. Journal of Occupational Health. 2010; 52(4): 216-226.
- 28 Ximena DB, Amalia MC, Juan PTC, Cristián VP, Daniela CS. Validación del Inventario de Violencia y Acoso Psicológico en el Trabajo —Ivapt-Pando— en Tres Ámbitos Laborales. Chilenos. Ciencia & Trabajo online [periódico na internet].2015 [acesso em 2015 set 10]:17 (52): 7-14. Disponível em: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-24492015000100003
- 29 Fidalgo AM, Piñuel I. La escala cisneros como herramienta de valoración del mobbing. Psicothema. 2004;16 (4): 615-624. Disponível em: <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3041>
- 30 Cassiani-Miranda CA., Gómez-Alhach J, Cubides-Munévar AM., Hernández-Carrillo M. Prevalencia de bullying y factores relacionados en estudiantes de bachillerato de una institución educativa de Cali, Colombia, 2011. Rev. salud pública [serial on the Internet]. 2014 Feb [cited 2015 Nov 27] ; 16(1): 14-26. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642014000100002
- 31 Hernández CM, Gutiérrez MMI. Factores de riesgo asociados a la intimidación escolar en instituciones educativas públicas de cuatro municipios del departamento del Valle del Cauca. Año 2009. rev.colomb.psiquiatr. [serial on the Internet]. 2013 Sep [cited 2015 Nov 27] ; 42(3): 238-247. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502013000300002&lng=en.

- 32 Moreno MP, Beltrán CA, Álvarez DMO. Análisis factorial confirmatorio del inventario de violencia y acoso psicológico en el trabajo (ivapt-pando) para bolivia y ecuador. Liberabit, 2012;18(1):27-36.
- 33 Moreno MP, Beltrán CA, Serrano LP, Chavés SAF, Estrada JGS. validez y confiabilidad del inventario de violencia y acoso psicológico en el trabajo (ivapt-pando).Enseñanza e Investigación en Psicología. México [periódico na internet] 2006 [acesso em 2015 set 15];11(2):319-332. Disponível em:
[http://www.researchgate.net/publication/26483548_Validez_y_confiabilidad_del_inventario_de_violencia_y_acoso_psicologico_en_el_trabajo_\(ivapt-pando\)](http://www.researchgate.net/publication/26483548_Validez_y_confiabilidad_del_inventario_de_violencia_y_acoso_psicologico_en_el_trabajo_(ivapt-pando))
- 34 Moreno MP, Beltrán CA, Álvarez DMO. Análisis factorial confirmatorio del inventario de violencia y acoso psicológico en el trabajo (ivapt-pando) para Bolivia y Ecuador. Liberabit, Lima [periódico na internet].2012 [acesso em 2015 set 15]; 18(1):27-36. Disponível em:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1729-48272012000100004&script=sci_arttext
- 35 Barón FL, García MAC, Abelló LA, Leyva AM. Conflicto, violencia y acoso psicológico en un grupo de profesionales de enfermería hospitalaria de Catalunya. Aspectos cualitativos y resultados del inventario de violencia y acoso psicológico en el trabajo (IVAPT-E-R). Revista Cubana de Salud y Trabajo. [internet] 2010 [citato 2015 set15];11(3):33-40. Disponível em:
http://www.bvs.sld.cu/revistas/rst/vol11_3_10/rst05310.htm
- 36 Báguena MJ, Beleña MA, Toldos MP, Martínez D. Psychological Harassment in the Workplace: Methods of Evaluation and Prevalence. The Open Criminology Journal. 2011; (Suppl 2-M7):102-108. Disponível em: <http://benthamopen.com/contents/pdf/TOCRIJ/TOCRIJ-4-102.pdf>
- 37 Iglesias MEL, Vallejo,RBB. Conflit resolution styles in the nursing profession. Contemporary Nurses. 2012; 43(1):73-80.
- 38 Ma Shu-Ching, Chien, Tsair-Wei, Wang ,Li Yu-Chi, Yui Mei-Shu. Applying Computerized Adaptive Testing to the Negative Acts Questionnaire-Revised: Rasch Analysis of Workplace Bullying. J. Med Internet Res online [periódico na internet]. 2014[acesso 2015 set 15]: 16(2):50. Disponível em:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3958675/>
- 39 Fernández SME, Nava IJ. El mobbing o acoso moral en el trabajo y su tratamiento en Venezuela. Revista de Derecho,Universidad del norte.2010;33:62-95. Disponível em:
https://www.unifr.ch/ddp1/derechopenal/obrasportales/op_20110307_01.pdf

3.1 TIPO DE ESTUDO

Esse estudo é considerado do tipo metodológico que, segundo as autoras⁽³⁶⁾, de uma pesquisa que se refere às investigações dos métodos de obtenção, organização e análise dos dados, discorrendo acerca da elaboração, validação e avaliação dos instrumentos e técnicas de pesquisa, apresentando como objetivo a construção de um instrumento que seja confiável, preciso e utilizável para que possa ser aplicado por outros pesquisadores.

É importante assinalar que este tipo de estudo é classificado como uma pesquisa não experimental e tem como escopo a identificação de um construto indiscutível com vistas a torná-lo discutível e prático a partir de instrumentos ou protocolos de observação aplicáveis na prática⁽³⁷⁾.

3.2 Etapas operacionais do estudo: passos da elaboração do instrumento para avaliação da vulnerabilidade ao assédio moral

O caminho metodológico para a elaboração do instrumento de avaliação da vulnerabilidade de profissionais de saúde à prática do assédio moral teve como base as etapas propostas por Costa⁽³⁸⁾ (p. 177), que descreve a construção de escalas em dez passos, a saber: “1 – especificação do domínio do construto; 2 – atividades de geração de itens e validação de face e conteúdo; 3 – decisões sobre as respostas; 4 – construção do instrumento de pesquisa; 5 – primeira amostragem; 6 – primeiros procedimentos de limpeza da escala; 7 – atividades de campo adicionais; 8 – procedimentos adicionais de limpeza da escala; 9 – análise de validade e confiabilidade da escala final; 10 – desenvolvimento de normas e recomendações de uso e interpretações”.

É oportuno destacar que no presente estudo ocorreu uma adaptação dessas etapas, empregando-se as etapas dispostas na Figura 1.

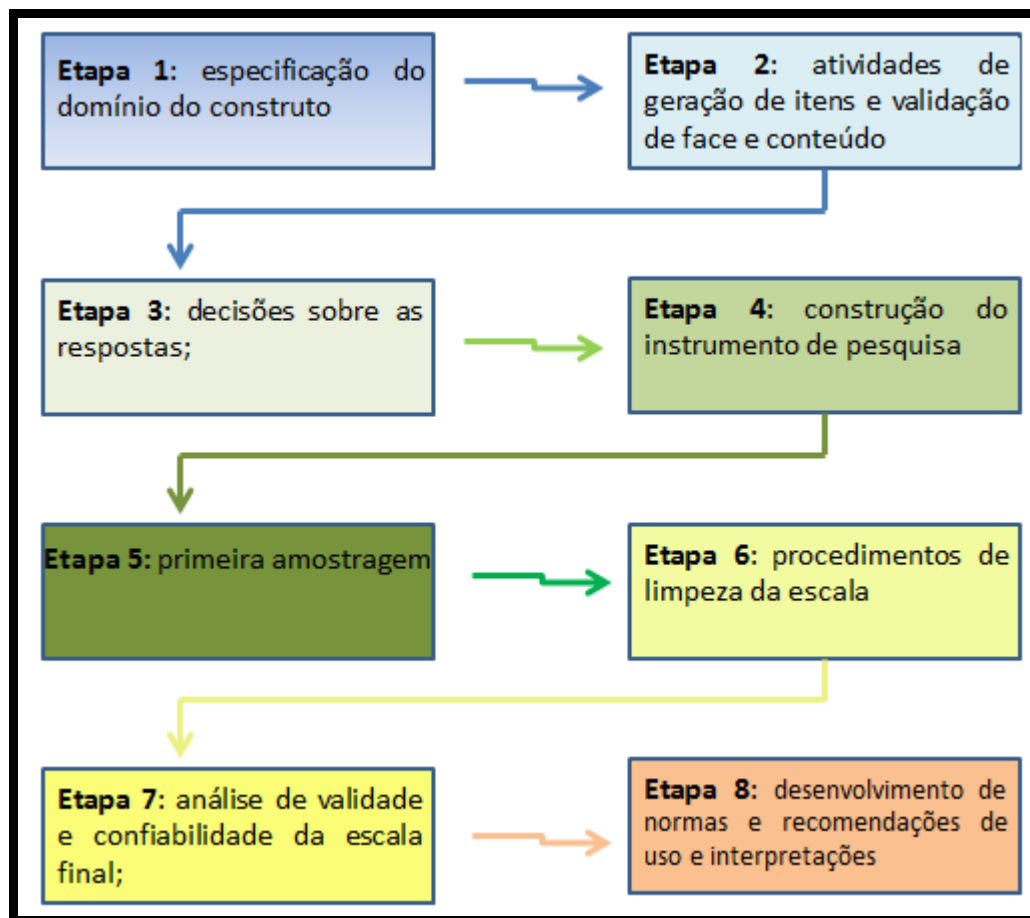


Figura 1 – Etapas para formulação de instrumento.

Fonte: (COSTA, 2011) – etapas adaptadas para o estudo proposto.

3.2.1 Especificação do domínio do construto

Conforme o autor⁽³⁸⁾, a identificação do construto é o primeiro momento do esforço de construção de uma escala, consistindo, portanto, em uma atividade de pesquisa na literatura, com vistas a definir adequadamente o construto a ser mensurado. Tal construto corresponde a uma característica de um determinado objeto que pode ser mensurada, o qual apresenta características ou conceitos que viabilizam quantificações ou classificações, sendo bem delimitado em relação a outras características do objeto.

Sob esse prisma, no presente estudo adotou-se como construto a questão da vulnerabilidade. É oportuno assinalar que na avaliação da definição teórica do construto, a partir da literatura acerca da vulnerabilidade para a prática do assédio moral é restrita, foi eleito o conceito de vulnerabilidade proposto por Ayres et al.⁽²⁰⁾. Esta se refere à suscetibilidade de um indivíduo que o expõe ao adoecimento, considerando aspectos denominados dimensões de vulnerabilidade individual, que compreende os aspectos

biológicos, cognitivos e atitudes dos indivíduos; da vulnerabilidade social, incluindo fatores sociais, culturais e econômicos; e da vulnerabilidade programática, que faz menção aos recursos que são necessários para proteção e qualidade de vida dos indivíduos.

Para tanto, foram realizados dois estudos de revisão para subsidiar a fundamentação teórica do estudo proposto. Destaca-se, que a partir dos referidos trabalhos não foram encontrados estudos que contemplassem a construção e validação de escalas para identificação da vulnerabilidade de profissionais da saúde para a prática do assédio moral, mostrando, dessa forma, a importância e a necessidade de desenvolvimento de tal instrumento proposto neste estudo.

Nessa fase, realizou-se também a análise da dimensionalidade da vulnerabilidade por meio de uma exaustiva revisão integrativa. É importante ressaltar que este tipo de revisão tem sido empregado como recurso metodológico, que utiliza estratégia sistematizada para reunir e sintetizar resultados de estudos sobre um tema específico, com a finalidade de aprofundar e fortalecer o conhecimento científico de determinadas áreas e subsidiar a tomada de decisões dos profissionais⁽³⁹⁾.

Cumprasse assinalar, que a pesquisa de revisão integrativa acerca da temática foi realizada a partir de instrumentos acerca do assédio moral, validados no cenário nacional e internacional, com vistas a identificar os indicadores empíricos, os quais foram empregados para a mensuração do construto em questão.

Logo, utilizaram-se como critérios de inclusão dos indicadores, aquelas variáveis relacionadas com a questão da vulnerabilidade para a prática do assédio moral; e como critérios de exclusão, as variáveis que não estavam relacionadas com a questão da vulnerabilidade.

Ressalta-se, que da revisão integrativa da literatura, originou-se o artigo intitulado “Instrumentos validados sobre assédio moral no ambiente de trabalho: revisão integrativa”. Por meio deste, pôde-se extrair os indicadores empíricos através da utilização da metodologia do mapa conceitual, com vistas a organizar os termos, buscando relações entre os conceitos ligados por eles.

A abordagem dos mapas conceituais está embasada em uma teoria construtivista. Esta é uma ferramenta avaliativa, que possibilita a organização do conhecimento promovendo experiências que suscitem reflexão, busca de compreensão e processamento da informação, facilitando, assim, a aprendizagem⁽⁴⁰⁾.

Dessa maneira, buscou-se identificar alguma afinidade entre os indicadores empíricos relacionados nas escalas pesquisadas a partir do construto, isto é, vulnerabilidade, por ser o tema deste estudo e por ter um conceito claro. Encontrando identidade por afinidade temática conceitual, os indicadores empíricos foram agrupados a partir do construto no mapa conceitual apresentado na Figura 1, segundo uma organização sistemática em classes temáticas, mas não de forma hierárquica.

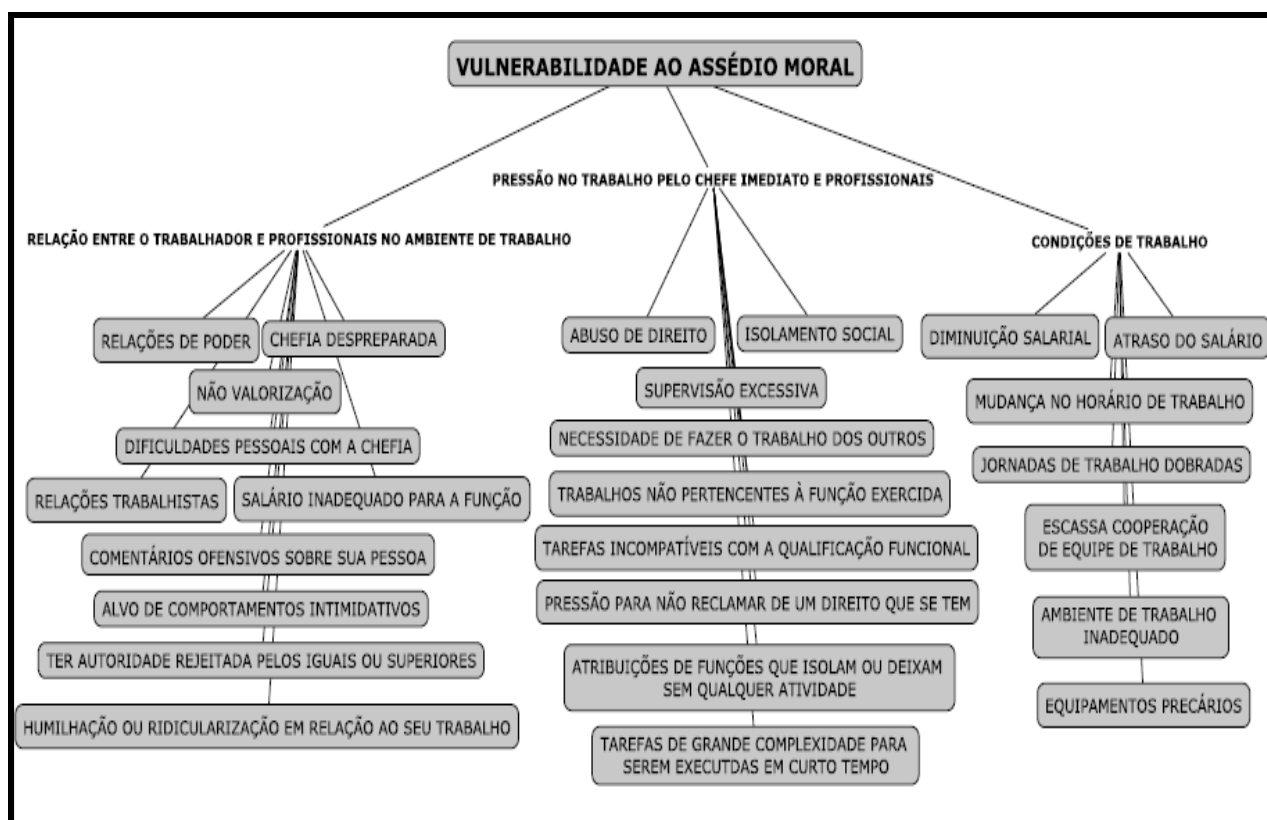


Figura 2- Mapa conceitual elaborado a partir do primeiro artigo da tese intitulado “Produção científica acerca de assédio moral em dissertações e teses no cenário brasileiro”.

Fonte: (COSTA et al., 2015)

A seguir, ficou definido que a avaliação da vulnerabilidade seria inicialmente definida em três dimensões, quais sejam: Relação entre o trabalhador e profissionais no ambiente de trabalho; Pressão no trabalho pelo chefe imediato e profissionais; e condições de trabalho. As definições de cada uma destas dimensões foram também baseadas na revisão da literatura, tendo-se ao final adotado o conjunto de definições que está apresentado no Quadro 1.

DIMENSÕES DA VULNERABILIDADE	CONCEITO DAS DIMENSÕES
Relação entre o trabalhador e profissionais no ambiente de trabalho	Refere-se à forma como o empregado é tratado por seu colega e/ou chefe, consistindo na prática de atos, gestos, palavras e comportamentos vexatórios, humilhantes, degradantes e constrangedores, de forma sistemática e prolongada.
Pressão no trabalho pelo chefe imediato e profissionais	Refere-se ao conjunto de todas as exigências depositadas sobre uma determinada pessoa, podendo ser física e/ou psicológica.
Condições de trabalho	Referem-se ao local e ambiente em que se desenvolvem, convivência e permanência dos trabalhadores, enquanto no exercício de suas atividades laborais.

Quadro 1 – Definições de dimensões de vulnerabilidade à prática do assédio moral, João Pessoa-PB, 2016.

Ressalte-se que foi empregado o procedimento padrão de geração de itens, de modo a gerar itens com relação refletiva com as diferentes dimensões. Tais dimensões são de primeira ordem em relação ao construto, e obviamente do tipo formativo em relação à vulnerabilidade.

3.2.2 Atividades de geração de itens e validação de face e conteúdo

Esta fase refere-se à identificação de indicadores que possam ser empregados para mensurar o construto. O estudo⁽³⁸⁾ destaca que as indicações provenientes da etapa anterior – indicadores empíricos – já dão as sinalizações de como se deve proceder, e, de posse dessas indicações, segue-se para análise dos condicionantes centrais, do esforço de geração de itens, para então desenvolver os itens e, em seguida, desenvolver as atividades de validação de translação.

Porquanto, nesta fase foi realizada a geração efetiva dos itens, por meio da avaliação da literatura, consistindo em analisar as pesquisas nos quais o construto e os indicadores empíricos sob análise foram avaliados, buscando indicações de como foi feita a mensuração.

É oportuno ressaltar que a revisão integrativa realizada para o desenvolvimento da escala proposta neste estudo, indicou que todos os itens verificados já haviam sido, em alguma medida, testados em estudos empíricos, de modo que a geração de itens se tornou facilitada.

Desse modo, para a geração de tais itens o estudo tomou por base os seguintes instrumentos validados: *Leymann Inventory of Psychological Terror* – LIPT; *Cuestionario Individual sobre Psicoterror, Negación, Estigmatización y Rechazo en Organizaciones Sociales* – CISNEROS; *Negative Acts Questionary* – NAQ; *Cuestionario de Hostigamiento Psicológico en el Trabajo* – CHPT; Escala de Vulnerabilidade ao Estresse no Trabalho

(EVENT); Escala de Percepção do Assédio Moral no Trabalho (EP-AMT); e Escala de Impacto Afetivo do Assédio Moral no Trabalho (EIA-AMT).

Logo, após a avaliação de todos os condicionamentos da especificação do construto, foram gerados itens somente a partir dos estudos preexistentes. Ressalta-se que na seleção desses itens, teve-se o cuidado para que todos mantivessem uma condição de receptores de influência de variação do construto ou dimensão, com vistas a viabilizar a operacionalização. Sendo assim, ocorreu a adaptação de todos estes itens para o formato de afirmação.

Vale destacar que os itens foram gerados a partir da extração de indicadores empíricos através do mapa conceitual (Figura 1), com vistas a organizar os termos, buscando relações entre os conceitos ligados por eles. Sendo assim, a primeira formatação de itens foram gerados, conforme o exposto no quadro (Quadro 2) abaixo:

ITENS GERADOS A PARTIR DO MAPA CONCEITUAL	
Foi submetido a uma situação constrangedora pelo chefe imediato no ambiente de trabalho.	
Apresentou dificuldades pessoais com a chefia.	
Foi alvo do uso excessivo, injusto, inadequado ou impróprio do poder pela chefia.	
Foi alvo de supervisão excessiva de seu trabalho por outro profissional.	
Foi exposto a um ambiente de trabalho inadequado.	
Foi submetido a um ambiente de trabalho com equipamentos insuficientes e precários.	
Foi exposto pelo chefe imediato a uma carga de trabalho excessiva.	
Foi pressionado para não reclamar de um direito garantido que você tem como trabalhador pelo chefe imediato.	
Foi convidado a realizar tarefas incompatíveis com a sua qualificação funcional pela chefia.	
Apresentou dificuldades pessoais com outro profissional da área da saúde.	
Teve autoridade rejeitada pelo chefe imediato.	
Foi humilhado e ridicularizado em relação ao seu trabalho pelo chefe imediato.	
Foi submetido a uma situação constrangedora pelo colega de profissão no ambiente de trabalho.	
Foi ignorado e/ou excluído do ambiente e do convívio social pela chefia.	
Foi alvo de supervisão excessiva de seu trabalho pelo chefe imediato.	
Foi imposto pelo chefe imediato a mudar o horário de seu trabalho.	
Foi submetido a salário inadequado para sua função.	
Foi solicitado pelo chefe imediato a executar tarefas de grande complexidade para serem executadas em curto tempo.	
Foi pressionado para não reclamar de um direito garantido que você tem como trabalhador por outro profissional	
Foi desvalorizado pelo chefe imediato no ambiente de trabalho.	
Foi submetido a uma situação constrangedora por outro profissional no ambiente de trabalho.	
Foi exposto a uma chefia autoritária.	
Foi alvo de comportamentos intimidativos pelo colega de profissão.	
Foi ignorado e/ou excluído do ambiente e do convívio social pelo colega de profissão.	
Foi alvo de supervisão excessiva de seu trabalho pelo colega de trabalho.	
Foi alvo de exclusão pelo chefe imediato no ambiente de trabalho, ficando sem qualquer atividade.	
Foi exposto a uma diminuição salarial sem justificativa.	
Foi submetido a um atraso de salário sem justificativa.	
Foi convidado a realizar tarefas incompatíveis com a sua qualificação funcional por outro profissional.	
Foi ignorado e/ou excluído do ambiente e do convívio social por outro profissional.	
Foi desvalorizado pelo colega de profissão no ambiente de trabalho.	
Apresentou dificuldades pessoais com o colega de profissão.	
Foi submetido a comentários ofensivos por outro profissional contra você.	

ITENS GERADOS A PARTIR DO MAPA CONCEITUAL (continuação)
Foi convidado a realizar tarefas incompatíveis com a sua qualificação funcional pelo colega de profissão.
Foi desvalorizado por outro profissional no ambiente de trabalho.
Foi solicitado a realizar tarefas de outros colegas de trabalho.
Foi submetido a comentários ofensivos pela chefia contra você.
Foi pressionado para não reclamar de um direito garantido que você tem como trabalhador pelo colega de trabalho.
Foi solicitado a executar atribuições que o isolam do ambiente de trabalho por outro profissional.
Foi alvo de comportamentos intimidativos pelo chefe imediato.
Foi submetido a comentários ofensivos pelo colega de profissão contra você.
Foi alvo de comportamentos intimidativos por outro profissional.
Foi solicitado a executar atribuições que o isolam do ambiente de trabalho pelo colega de trabalho.
Foi humilhado e ridicularizado em relação ao seu trabalho por outro profissional.
Teve autoridade rejeitada por outro profissional.
Foi solicitado a executar atribuições que o isolam do ambiente de trabalho pelo chefe imediato.
Teve autoridade rejeitada pelo colega de profissão.
Foi humilhado e ridicularizado em relação ao seu trabalho pelo colega de trabalho.

Quadro 2 – Itens gerados a partir do desenvolvimento do mapa conceitual, João Pessoa, Paraíba, 2016.

Em seguida, os itens foram submetidos a um processo de validação. Pesquisadores⁽⁴¹⁾ destacam que a validade avalia se o instrumento mede exatamente o que se propõe medir, avaliando, portanto, a capacidade de um instrumento medir com precisão o fenômeno a ser estudado.

O estudo⁽³⁶⁾ assinala que a validação é o processo de examinar com precisão uma determinada predição ou inferência realizada com base em escores de um teste, indo além da demonstração de um instrumento de medida, mas envolvendo todo um processo de investigação.

No que tange à verificação da validade, destaca-se a avaliação de conteúdo, que se caracteriza como passo inicial no desenvolvimento de novas medidas, uma vez que representa o início de mecanismos para associar conceitos abstratos com indicadores observáveis e mensuráveis⁽⁴²⁾.

É o exame sistemático do conteúdo do instrumento com o escopo de verificar se os itens representam fielmente os seus objetivos, representando de fato o constructo que será medido. Considera-se, também, o grau em que determinado instrumento inclui todas as dimensões do construto que se pretende medir. Esta análise não é feita estatisticamente, ela baseia-se na literatura, na opinião de sujeitos da população alvo e no julgamento de especialistas na área do conceito^(43,44).

É oportuno assinalar que para alguns autores, a validade de conteúdo compreende exclusivamente a avaliação por um grupo de *experts*^(45,46). No entanto, pesquisadores têm apresentado que a validade de conteúdo é um processo de julgamento sendo desenvolvido em

duas partes distintas, a saber: a primeira envolveria o desenvolvimento do instrumento e, posteriormente, a avaliação desse através da análise de especialista ⁽³⁶⁾.

No que diz respeito a avaliação de um grupo de *experts*, Hoskins⁽⁴⁷⁾ afirma que estes devem possuir conhecimento acerca do fenômeno a ser estudado para poderem avaliar a representatividade ou relevância de conteúdo dos itens submetidos.

Quanto ao número e qualificação dos *experts*, pesquisadores⁽⁴⁸⁾ destacam que a literatura apresenta controvérsias em relação a esse aspecto. De acordo com Lynn⁽⁴⁹⁾, recomenda-se um mínimo de cinco e um máximo de dez pessoas participando desse processo. Enquanto que para o estudo⁽⁵⁰⁾, sugere de seis a vinte estudiosos sobre o tema, sendo composto por um mínimo de três indivíduos em cada grupo de profissionais selecionados para participar. Por conseguinte, é de suma importância levar em conta as características do instrumento, a formação, a qualificação e a disponibilidade dos profissionais necessários⁽⁴⁹⁾.

Nesse sentido, os *experts* foram selecionados a partir de uma busca avançada por assunto na Plataforma Lattes, que agrega currículo de pesquisadores, utilizando a palavra-chave “assédio moral”. É importante mencionar que o Currículo Lattes se tornou um padrão nacional no registro da vida pregressa e atual dos estudantes e pesquisadores do país, e é atualmente adotado pela maioria das instituições de fomento, universidades e institutos de pesquisa do País. Por sua riqueza de informações e sua crescente confiabilidade e abrangência, se tornou elemento indispensável e compulsório à análise de mérito e competência dos pleitos de financiamentos na área de ciência e tecnologia.

Dessa forma, a população do estudo foi composta por 120 participantes. Para tanto, foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: que o pesquisador tivesse o título de Doutor e/ou Mestre; e que este apresentasse em seu currículo produção acerca da temática de assédio moral. No que diz respeito aos critérios de exclusão, foram excluídos aqueles que não possuíam a titulação referida e que não apresentaram produção científica na área. Assim, a amostra foi composta por 30 *experts*. É oportuno assinalar, que destes, 17 pesquisadores não aceitaram participar do estudo. Porquanto, a amostra totalizou em 13 participantes.

Após a seleção dos *experts*, o processo de validação de conteúdo por estes foi iniciado, no período entre março e abril de 2016, por uma carta convite (Apêndice A) através do contato por meio eletrônico, que continha toda explicação necessária para que o pesquisador compreendesse o porquê de ter sido selecionado como *expert* e a relevância dos conceitos envolvidos e do instrumento como um todo. Além disso, foi apresentado o objetivo do estudo,

a descrição do instrumento e a sua pontuação e interpretação, bem como uma explicação acerca da forma de resposta.

É oportuno destacar que anteriormente à validação de conteúdo pelos *experts*, o projeto de pesquisa deste estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa - CEP, situado na Universidade Federal da Paraíba – UFPB, com CAAE de número 42938515.6.0000.5183, emitido pelo referido comitê (Anexo C).

Por conseguinte, após esse primeiro contato por meio da carta convite, foi disponibilizado aos *experts*, por meio de seu endereço eletrônico, o instrumento desenvolvido no estudo para o processo de validação de conteúdo e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B), considerando a privacidade dos participantes e a fidedignidade dos dados coletados.

Cumprasse assinalar que os *experts* avaliaram os itens no instrumento (Apêndice C), sendo solicitado que analisasse as afirmações, observando os seguintes aspectos: clareza dos dados; facilidade de leitura; compreensão dos itens; formato do instrumento e apresentação; abrangência e representatividade do conteúdo para identificar a vulnerabilidade do profissional da saúde no contexto hospitalar para a ocorrência do assédio moral. Além de avaliar os referidos aspectos, o *expert* deveria correlacionar os itens expostos no instrumento aos domínios do construto **vulnerabilidade**, que se constituíram em: Relação entre o trabalhador e profissionais no ambiente de trabalho; Pressão no trabalho pelo chefe imediato e profissionais; e condições de trabalho. No referido instrumento, foi deixado um espaço para que os especialistas possam redigir sugestões para melhorar o item ou fazer comentários.

Porquanto, pesquisadores⁽⁴⁸⁾ aludem que esse grupo de especialistas pode modificar as orientações iniciais e o formato do instrumento, alterar ou rejeitar itens inadequados e até desenvolver novos itens.

Destaca-se ainda, que para a realização da validade de conteúdo, foi apresentado no instrumento que o *expert* assinalasse o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) para cada item. Este índice mede a proporção ou porcentagem de juízes que estão em concordância sobre determinados aspectos do instrumento e de seus itens. Permite inicialmente analisar cada item individualmente e depois o instrumento como um todo. Este método emprega uma escala tipo Likert com pontuação de um a quatro. Para avaliar a relevância/representatividade, as respostas podem incluir: 1 = não claro, 2 = pouco claro, 3 = bastante claro, 4 = muito claro⁽⁵¹⁾.

O escore do índice é calculado por meio da soma de concordância dos itens que foram marcados por “3” ou “4” pelos especialistas⁽⁵²⁾. Os itens que receberam pontuação “1” ou “2” devem ser revisados ou eliminados. Dessa forma, o IVC tem sido também definido como “a proporção de itens que recebe uma pontuação de 3 ou 4 pelos juizes”⁽⁴²⁾. A fórmula para avaliar cada item individualmente fica assim:

$$IVC = \frac{\text{número de respostas “3” ou “4”}}{\text{número total de respostas}}$$

Sendo assim, no estudo o escore do índice foi calculado por meio da soma de concordância dos itens que foram marcados por “3” ou “4” pelos *experts* (considerados como relevantes) divididos pelo número total de respostas^(35,48).

De acordo com os autores⁽³⁶⁾, deve-se também estipular a taxa de concordância aceitável entre os juízes. Estes defendem que no processo de avaliação dos itens individualmente, deve-se considerar o número de juízes (*experts*). Com a participação de cinco ou menos sujeitos, todos devem concordar para ser representativo. No caso de seis ou mais, recomenda-se uma taxa não inferior a 0,78. Para verificar a validade de novos instrumentos de uma forma geral, sugere-se uma concordância mínima de 0,80. Porquanto, a pesquisa utilizou-se como corte os itens que apresentassem o IVC inferior a 0,80, servindo como um dos critérios de decisão sobre a pertinência do item a que teoricamente se referiu.

3.2.3 Decisões sobre as respostas

Conforme mencionado anteriormente e pelo fato da apresentação dos itens serem em afirmação, o estudo optou para a escala de aferição, o modelo de escala de Atitude de *Likert*.

Este modelo é considerado o mais utilizado e debatido entre os pesquisadores, e foi desenvolvido por Rensis Likert⁽⁵³⁾, com o objetivo de mensurar atitudes no contexto das ciências comportamentais. A escala de verificação de Likert consiste em tomar um construto e desenvolver um conjunto de afirmações relacionadas à sua definição, para as quais os respondentes emitirão seu grau de concordância⁽⁵⁴⁾.

Nesta escala os respondentes se posicionam conforme uma medida de concordância atribuída ao item e, de acordo com esta afirmação, se infere a medida do construto. Ressalta-se que a escala original tinha a proposta de ser aplicada com cinco pontos, variando de

discordância total até a concordância total⁽⁵⁴⁾. Contudo, atualmente, existem modelos chamados do tipo Likert com variações na pontuação, a critério do pesquisador. A grande vantagem da escala de Likert é sua facilidade de manuseio, uma vez que é fácil a um pesquisado emitir um grau de concordância sobre uma afirmação qualquer⁽³⁸⁾.

Sendo assim, no presente estudo, a pontuação das dimensões foi pela Escala de Atitude de *Likert* de cinco pontos, no qual o sujeito deve expressar seu grau de concordância ou discordância em relação às afirmações do questionário, sendo: 1 - nunca, 2 – de vez em quando, 3 - mensalmente, 4 – semanalmente e 5 - diariamente⁽⁵³⁾.

3.2.4 Construção do instrumento de pesquisa

De acordo com o autor⁽³⁸⁾, a construção do instrumento de pesquisa é o passo que segue à definição e fechamento dos itens da escala, previamente determinados nas fases de validação de conteúdo e de face, e à decisão quanto às escalas de verificação.

Logo, a construção do instrumento partiu inicialmente de três elementos já desenvolvidos anteriormente: primeiro, o conjunto de itens; segundo, a escolha da escala de verificação – no estudo foi selecionada a escala de Atitude de *Likert*; e terceiro, os dados adicionais a serem coletados (idade; gênero; formação acadêmica, entre outros).

Diante de tais elementos, realizou-se a reunião destes em um único instrumento, com vistas a viabilizar o levantamento dos dados conforme demanda da análise. Para tanto, o instrumento foi adequado para o propósito do estudo e para a capacidade de resposta do respondente da pesquisa.

Conforme elucida a pesquisa⁽³⁸⁾, a estrutura do instrumento foi formada pelos seguintes itens: título (primeiro elemento textual da pesquisa, apresentado na primeira linha da página); enunciado inicial (consistiu em um pequeno texto, que conteve as explicações acerca do objetivo do estudo, da solicitação de colaboração, e das instruções gerais para preenchimento correto do instrumento); questões preliminares (questões iniciais que retratam os dados sócio-demográficos); questões de base da pesquisa (parte central do instrumento, na qual foi apresentado o conjunto de 42 itens, os quais deveriam ser valorados a partir de uma escala do tipo Likert, com 5 alternativas de resposta: nunca (1); de vez em quando (2); mensalmente (3); semanalmente (4); e diariamente (5); e fechamento (trata-se da finalização do instrumento, sem demandar mais respostas. Utilizou-se uma frase de agradecimento ou outras instruções, se for o caso).

3.2.5 Primeira atividade de amostragem

Conforme orienta o estudo⁽³⁸⁾, esta quinta etapa foi caracterizada por duas atividades centrais: o planejamento da amostragem e a gestão do trabalho de campo.

Cumpra assinalar, que a amostragem foi não probabilística por acessibilidade. Este tipo de amostragem pode ser considerado o menos rigoroso, haja vista que se procede à seleção dos elementos aos quais se tem acesso para que a realização da pesquisa se torne possível^(55,56).

Nesse tipo de amostragem, os elementos que irão compor a amostra são aqueles que estão mais facilmente disponíveis, ou aos quais se tem acesso direto. Nesse caso, os elementos são incluídos na amostra sem probabilidades previamente especificadas ou conhecidas de eles serem selecionados⁽⁵⁶⁾.

Por conseguinte, a amostra foi composta por profissionais da área de saúde que trabalham nas unidades de terapia intensiva do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), localizado no Campus I da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, Paraíba. A referida instituição é um hospital-escola, capacitado para aprimoramento dos conhecimentos teórico-práticos de diversos cursos da área de saúde, com vistas a prestar uma melhor assistência aos seus usuários, servindo também como campo de pesquisa para diversos profissionais em formação.

A unidade de terapia intensiva (UTI) está situada no 1º andar do Hospital, e é dividida em: UTI adulto, com 14 leitos; UTI Neonatal, com seis leitos; e UTI pediátrica, com quatro leitos, totalizando em 24 leitos. Atualmente, recebe pacientes oriundos das unidades de internação hospitalar, com especialidades de clínica médica, doenças infecto-contagiosas e cirurgia geral e de Unidades de Pronto-atendimento (UPA).

Em relação aos profissionais na referida unidade, atualmente averigua-se o quantitativo de 170 profissionais, distribuídos entre as seguintes categorias profissionais: enfermagem; fisioterapia; fonoaudiologia; medicina; e técnico em enfermagem.

Sendo assim, para a atividade de amostragem foram definidos como critérios de inclusão: que os profissionais da área da Saúde da UTI do HULW trabalhassem na instituição por um período igual ou superior a seis meses; que estivessem exercendo sua profissão no momento da coleta de dados; e que aceitassem participar da pesquisa. Quanto aos critérios de exclusão, foram: os profissionais que, no momento da coleta, estivessem de férias, licença-

saúde, licença-prêmio, licença-maternidade, entre outras; os trabalhadores que atuassem há menos de 06 meses na instituição e que recusassem participar do estudo.

A inserção da pesquisadora no cenário da coleta de dados ocorreu no mês de outubro de 2016. É oportuno assinalar que a coleta de dados só foi iniciada após a aprovação do projeto de Tese por um Comitê de Ética em Pesquisa, conforme mencionado anteriormente. Quanto à inserção da pesquisadora no ambiente da UTI para obtenção do material empírico que subsidiou a validação do instrumento desenvolvido, esta foi antecedida pela sua apresentação à enfermeira plantonista das unidades de cuidados intensivos adulto, neonatal e pediátrica. Na ocasião, a investigadora expôs a proposta de trabalho, fazendo ressalvas quanto ao objetivo, justificativa e procedimentos metodológicos da pesquisa; e mostrou o parecer consubstanciado, sob o número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 42938515.6.0000.5183, emitido pelo referido comitê (Anexo C).

A aplicação do instrumento aos profissionais foi realizada no mês de outubro do ano de 2016, e foram administrados durante o tempo de serviços dos profissionais envolvidos no estudo.

Após a coleta dos dados, estes foram inseridos em uma planilha eletrônica para operacionalização estatística dos dados, utilizando, para tanto, o software *Statistical Package for the Social Science* – SPSS para Windows versão 19.

3.2.6 Procedimentos de limpeza da escala

Segundo o estudo⁽³⁸⁾, esta fase deve ser realizada com o escopo de eliminar aqueles itens que não têm maiores contribuições para a escala de uma forma evidente. Porquanto, devem-se avaliar todas as evidências possíveis, de modo que somente um item poderá ser excluído da escala, caso se manifeste de fato a sua inadequação, para que se possa seguir para outros testes de validade da escala.

Para tanto, foi realizada a veracidade dos itens constituintes do instrumento, com base no posicionamento de treze juízes (n=13), quanto: domínio; compreensão e clareza; pertinência conceitual; formato e apresentação.

Para verificação do nível de confiabilidade do instrumento, a coerência interna foi testada por meio do alfa de *Cronbach*, que forneceu um índice que varia de 0 a 1, e objetiva testar a consistência dos itens. Valores menores que 0,6 caracterizam baixa confiabilidade, ou seja, representa questionário inconsistente. Por conseguinte, após essa análise, juntamente à

validação de conteúdo, foi gerado um novo instrumento (Apêndice E), com uma nova organização dos itens em relação ao aspecto da dimensão.

3.2.7 Análise de validade e de confiabilidade da escala final

Esta fase foi desenvolvida por meio da etapa de análise de confiabilidade, empregando-se a verificação de *alpha* de Cronbach, que é uma medida de consistência interna do conjunto itens. É importante mencionar que a confiabilidade é a capacidade em reproduzir um resultado de forma consistente no tempo e no espaço, ou com observadores diferentes⁽⁵⁷⁾.

3.2.8 Desenvolvimento de normas e recomendações

Esta etapa refere-se ao desenvolvimento de normas e recomendações para o uso da escala desenvolvida no estudo. Para a aplicação da escala, recomenda-se que o conjunto de itens seja disposto no instrumento de forma distribuída por dimensões, com vistas a facilitar o preenchimento pelos profissionais e evitar que o respondente faça associações entre as variáveis e venha com isto a enviesar as respostas.

Em relação ao resultado obtido pela aplicação da escala, orienta-se que seja efetuada a soma das respostas para cada item, onde cada um terá um valor de 1,0 ponto. Com um total de 42 itens na escala construída, a média variou entre 0 e 210 pontos. Para tanto, sugere-se a seguinte interpretação aos escores alcançados: 0 – 70 pontos, entende-se que o profissional não é vulnerável ao assédio moral; 70 – 140 pontos, entende-se que o profissional é vulnerável a sofrer a prática do assédio moral; e 140 – 210 pontos, compreende-se que o profissional já é vítima de assédio moral, e que necessita de um assistência especializada. Recomenda-se ainda, que para aqueles itens não assinalados, em que o respondente deixou em branco, e para os casos em que o respondente informou duas respostas para um único item, este deverá apresentar um valor de zero (0,0).

3.3 Posicionamento ético da pesquisadora

É oportuno destacar que anteriormente à validação de conteúdo pelos *experts* e profissionais da saúde, o projeto de pesquisa deste estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa - CEP, situado na Universidade Federal da Paraíba – UFPB, com CAAE de número 42938515.6.0000.5183, que foi submetido à Plataforma Brasil, instituída pela Comissão Nacional de Ética e Pesquisa (CONEP) do Ministério da Saúde (MS). Essa é uma base de dados *online*, que acompanha os protocolos de pesquisa desde a submissão até a aprovação final dos trabalhos, como o objetivo de tornar transparente e ágil o sistema de pesquisas clínicas com seres humanos. Assim, obedeceu-se às recomendações éticas relativas

à pesquisa com seres humanos no cenário brasileiro, conforme aborda a Resolução Nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, principalmente no que concerne ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B e D), considerando a privacidade dos participantes e a fidedignidade dos dados coletados. Todas as observâncias recomendadas pela referida resolução foram respeitadas.

4 Resultado e Discussão

Os resultados e a discussão da presente tese encontram-se contemplados dois artigos originais: “Assédio moral no trabalho e a vulnerabilidade de profissionais da saúde: construção e validação de conteúdo de um instrumento”, elaborado de acordo com as normas da Revista Texto & Contexto Enfermagem (Anexo D), e “Assédio moral no trabalho e a vulnerabilidade de profissionais da saúde: construção e validação de um instrumento”, estruturado mediante as instruções aos autores da Revista Brasileira de Enfermagem (Anexo E).

4.1 Artigo 03: Assédio moral e a vulnerabilidade de profissionais da saúde: construção e validação de conteúdo

Assédio moral e a vulnerabilidade de profissionais da saúde: construção e validação de conteúdo³

RESUMO

Objetivo: construir e validar o conteúdo de um instrumento para identificação da vulnerabilidade de profissionais de saúde para a ocorrência da prática do assédio moral. **Métodos:** Estudo metodológico composto por duas etapas: a primeira foi a elaboração do instrumento, a partir de revisão da literatura; a segunda, de validação de conteúdo, mediante a avaliação do instrumento por 13 experts. Para análise, adotaram-se o índice de validade de conteúdo $\geq 0,8$ e o alfa de *Cronbach* $\geq 0,6$. **Resultados:** A construção do instrumento seguiu as etapas recomendadas na literatura. A validade de conteúdo do instrumento proposto foi realizada por 13 experts que possuem experiência em assédio moral, e os itens que obtiveram tal índice $\geq 0,8$ foram mantidos na íntegra ou sofreram revisões conforme sugestões dos experts. Realizou-se ainda, a verificação do nível de confiabilidade do instrumento, por meio da coerência interna, que foi testada através do alfa de *Cronbach*, constatando que os itens relacionados ao domínio, à compreensão e clareza, o instrumento obteve maiores que 0,7, classificados com confiabilidade alta. **Conclusão:** O instrumento apresentou índice de validade de conteúdo satisfatório e pode ser utilizado para identificar a vulnerabilidade do profissional de saúde para a ocorrência do assédio moral.

³ Artigo a ser enviado para periódico de Qualis A2.

Descritores: Comportamento Social; Violência; Saúde do Trabalhador; Ambiente de Trabalho; Estudos de Validação.

INTRODUÇÃO

O assédio moral é reconhecido como um problema complexo, advindo de fatores sociais, econômicos, organizacionais e culturais. Pesquisas realizadas dão conta de que este é um fenômeno mundial que tem preocupado estudiosos de diversas áreas e organismos multinacionais de proteção ao trabalhador, no campo dos direitos humanos¹. Porquanto, observa-se que o estudo desse fenômeno é notório no âmbito da saúde, principalmente em áreas como psicologia, enfermagem e medicina do trabalho, devido aos danos físicos e psíquicos causados por esse tipo de violência².

Compreende-se por assédio moral no trabalho um comportamento abusivo, intencional e frequente que ocorre no ambiente de trabalho e visa constranger, humilhar e desqualificar um indivíduo ou grupo, degradando as suas condições de trabalho e ameaçando a sua integridade pessoal e profissional³. Desse modo, constata-se que o assédio moral ocorre de forma silenciosa, com implicações desastrosas para a vítima, bem como para a sociedade, refletindo-se como um problema ético, uma vez que perpassa os direitos fundamentais do ser humano, acarretando uma violência à dignidade do assediado⁴.

Pesquisa enfatiza que o assédio moral ocorre nas relações sociais entre o assediador e o assediado, apresentando-se nas seguintes formas: horizontal, quando praticado por pessoas hierarquicamente do mesmo nível que a vítima; vertical ascendente, que ocorre quando um superior é agredido por subordinados, geralmente quando esses não se adequam aos padrões implantados pelo superior; o vertical descendente, que acontece quando o chefe subordina o empregado; e o misto, que se apresenta quando o agredido é assediado por mais de uma forma citada anteriormente⁵.

No local de trabalho o assédio moral ocorre caracteristicamente em contextos institucionais fechados, onde se encontram situações hierárquicas assimétricas, nas quais os procedimentos não são de domínio público ou são tratados de maneira reservada⁶. Autores asseguram também que a violência no trabalho é um problema observado na área da saúde, no qual os trabalhadores da equipe de saúde ora são autores, ora são vítimas de atos de violência ocupacional, e onde se reproduzem e perpetuam situações de agressividade e humilhação⁷.

Porquanto, observa-se que os profissionais da saúde tornam-se mais vulneráveis a situações de assédio moral no ambiente laboral, uma vez que estão sujeitos a múltiplas exigências emocionais, cognitivas e físicas, geradoras de efeitos negativos⁸.

É importante mencionar que a vulnerabilidade refere-se à suscetibilidade de um indivíduo que o expõe ao adoecimento, considerando aspectos denominados dimensões de vulnerabilidade individual, que compreende os aspectos biológicos, cognitivos e atitudes dos indivíduos; da vulnerabilidade social, incluindo fatores sociais, culturais e econômicos; e da vulnerabilidade programática, que faz menção aos recursos que são necessários para proteção e qualidade de vida dos indivíduos⁹.

Sob esse prisma, pesquisadores manifestam sua preocupação e alertam que devem ser tomadas medidas que salvaguardem a integridade física e psicológica dos profissionais de saúde⁸.

Diante de tais evidências, observa-se que se torna de extrema importância o cuidado do ambiente de trabalho desses profissionais. Para isso, torna-se necessário conhecer os fatores que promovem a vulnerabilidade para essa violência, uma vez que esses profissionais podem atuar como agentes de prevenção e promoção na saúde de sua equipe.

No que tange à avaliação da vulnerabilidade do indivíduo em sofrer o assédio moral, constata-se que não foram identificados na literatura internacional e nacional instrumentos específicos para tal julgamento. Desse modo, é de suma relevância o desenvolvimento de instrumentos de medida, que venham a possibilitar a realização de uma gama de pesquisas de cunho quantitativo, visto a contribuir com a criação de medidas preventivas e de intervenções efetivas na solução do problema.

Diante dessas considerações, o presente estudo teve como eixo norteador o seguinte questionamento: Como identificar a vulnerabilidade de profissionais da saúde, através da construção de um instrumento, para a prática do assédio moral? Para tanto, o estudo apresenta como objetivo: construir e validar o conteúdo de um instrumento para identificação da vulnerabilidade de profissionais de saúde para a ocorrência da prática do assédio moral.

MÉTODO

Trata-se de um estudo metodológico de abordagem quantitativa, desenvolvido em duas etapas: a primeira foi a elaboração do instrumento; e, a segunda, a validação de conteúdo mediante a avaliação dos instrumentos por experts, sendo esses profissionais com experiência em assédio moral.

Na primeira etapa, o instrumento foi elaborado fundamentando-se na identificação de um construto, haja vista que este é considerado o primeiro momento do esforço de construção de uma escala, consistindo, portanto, em uma atividade de pesquisa na literatura, com vistas a definir adequadamente o construto a ser mensurado¹⁰. Sob esse prisma, no presente estudo adotou-se como construto a questão da vulnerabilidade com a análise da sua dimensionalidade por meio de uma exaustiva revisão integrativa realizada a partir de instrumentos acerca do assédio moral, validados no cenário nacional e internacional, com vistas a identificar os indicadores empíricos, os quais serão empregados para a mensuração do construto em questão. Por meio desta pôde-se extrair os indicadores empíricos através da utilização da metodologia do mapa conceitual, com vistas a organizar os termos, buscando relações entre os conceitos ligados por eles.

Dessa maneira, buscou-se identificar alguma afinidade entre os indicadores empíricos relacionados nas escalas pesquisadas a partir do construto, isto é, vulnerabilidade, por ser o tema deste estudo e por ter um conceito claro. Encontrando identidade por afinidade temática conceitual, os indicadores empíricos foram agrupados a partir do construto no mapa conceitual apresentado na Figura 1, segundo uma organização sistemática em classes temáticas, mas não de forma hierárquica.

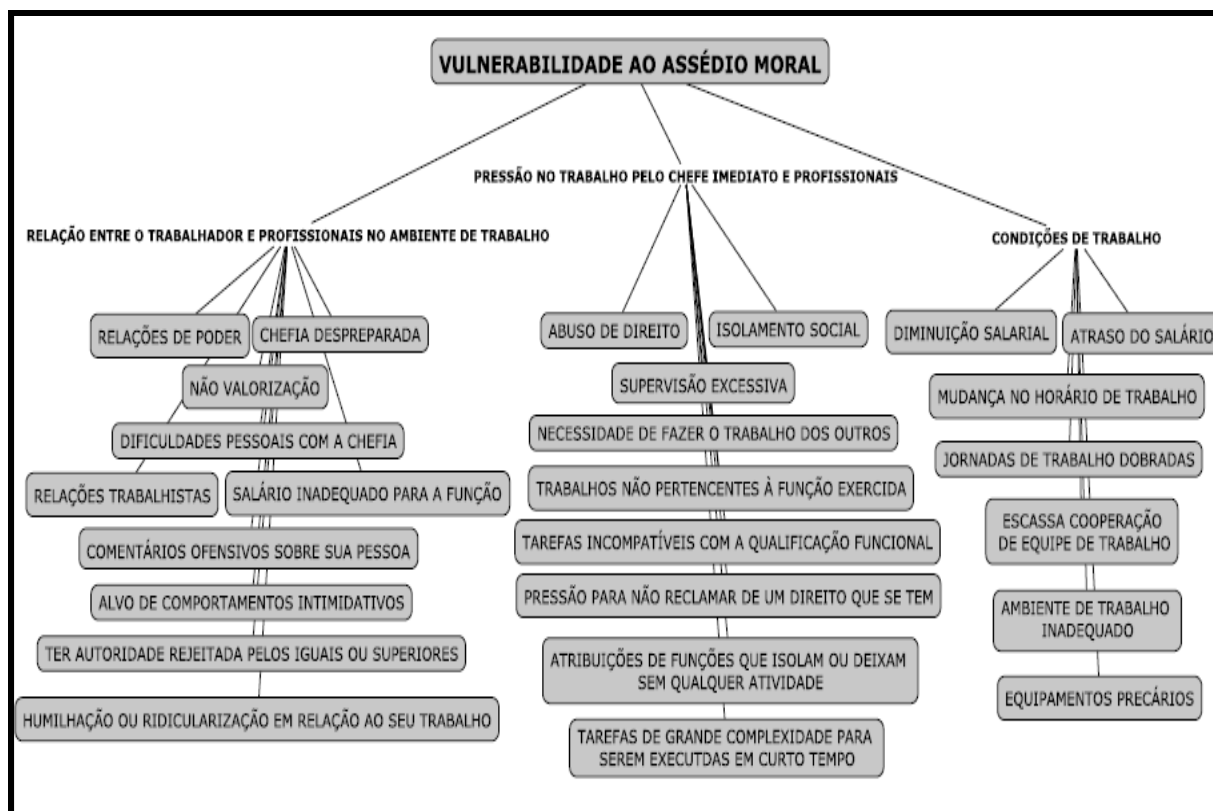


Figura 1- Mapa conceitual elaborado a partir das escalas validadas para avaliação do assédio moral no trabalho selecionadas para o estudo. João Pessoa, PB, Brasil, 2004 a 2014. (n = 21)

A seguir, ficou definido que a avaliação da vulnerabilidade seria inicialmente definida em três dimensões, quais sejam: Relação entre o trabalhador e profissionais no ambiente de trabalho; Pressão no trabalho pelo chefe imediato e profissionais; e condições de trabalho.

O instrumento foi denominado Escala de identificação da vulnerabilidade de profissionais de saúde no contexto hospitalar para a ocorrência da prática do assédio moral / EIVAM – CH. Os itens foram gerados por meio da avaliação da literatura, consistindo em analisar as pesquisas nos quais o construto e os indicadores empíricos sob análise foram avaliados, buscando indicações de como foi feita a mensuração. É oportuno ressaltar que a revisão integrativa realizada para o desenvolvimento da escala proposta, indicou que todos os itens verificados já haviam sido, em alguma medida, testados em estudos empíricos, de modo que a geração de itens se tornou facilitada. Todos os itens foram gerados somente a partir dos estudos preexistentes. Na seleção desses itens, ocorreu a adaptação de todos esses para o formato de afirmação.

Porquanto, os itens foram gerados a partir da extração de indicadores empíricos através do mapa conceitual (Figura 1), com vistas a organizar os termos, buscando relações entre os conceitos ligados por eles.

Na segunda etapa, inicialmente, foram selecionados *experts* na área do assédio moral para colaborar na validação do conteúdo do instrumento¹¹. Foi selecionada uma amostra intencional de 120 *experts* por meio da Plataforma Lattes do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), utilizando-se a busca avançada por assunto, utilizando a palavra-chave “assédio moral”, considerando os seguintes critérios de inclusão: que o pesquisador tivesse o título de Doutor e/ou Mestre; e que este apresentasse em seu currículo produção na área temática de assédio moral. Foram excluídos os especialistas que não cumpriram com o prazo do aceite estipulado pelos pesquisadores, a saber, de março a abril de 2016. É oportuno assinalar, que 17 sujeitos não aceitaram participar do estudo. Porquanto, a amostra totalizou em 13 participantes.

Posteriormente, estabeleceu-se contato com os *experts* selecionados por endereço eletrônico, pelo qual foi enviado um questionário on-line para avaliar o instrumento desenvolvido, além do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e uma carta convite explicando a proposta do estudo.

O questionário de avaliação do instrumento permitia que os *experts* analisassem cada item do instrumento quanto aos seguintes aspectos: compreensão e clareza dos itens e pertinência conceitual, com opções de respostas “Sim”, “Não”, e “Não se aplica”; e formato e apresentação do instrumento, com opções de respostas “Adequado” e “Inadequado”. Além de avaliar os referidos aspectos, o *expert* deveria correlacionar os itens expostos no instrumento aos domínios do construto vulnerabilidade. Havia também um espaço para formulação de sugestões referentes a cada item.

No que diz respeito a análise estatística, os dados foram inseridos em uma planilha eletrônica. Verificaram-se a concordância dos *experts*, no que concerne a relevância dos itens, por meio do Índice de Validade de Conteúdo (IVC). Este índice mede a proporção ou porcentagem de juízes que estão em concordância sobre determinados aspectos do instrumento e de seus itens, empregando uma escala tipo Likert, com pontuação de um a quatro: 1 = não claro, 2 = pouco claro, 3 = bastante claro, 4 = muito claro. Tal índice foi calculado por meio da soma de concordância dos itens que foram marcados por “3” ou “4” pelos especialistas¹². Sendo assim, no estudo o escore do índice foi calculado por meio da

soma de concordância dos itens que foram marcados por “3” ou “4” pelos experts (considerados como relevantes) divididos pelo número total de respostas¹³⁻¹⁴.

Deve-se também estipular a taxa de concordância aceitável entre os juízes. Estes defendem que no processo de avaliação dos itens individualmente, deve-se considerar o número de juízes (experts). Com a participação de cinco ou menos sujeitos, todos devem concordar para ser representativo. No caso de seis ou mais, recomenda-se uma taxa não inferior a 0,78. Para verificar a validade de novos instrumentos de uma forma geral, sugere-se uma concordância mínima de 0,80¹⁴. Porquanto, a pesquisa utilizou-se como corte os itens que apresentassem o IVC inferior a 0,80, servindo como um dos critérios de decisão sobre a pertinência do item a que teoricamente se referiu. Para verificação do nível de confiabilidade do instrumento, a coerência interna foi testada por meio do alfa de *Cronbach*.

A análise subsidiou as reformulações do instrumento de acordo as sugestões dos experts. O estudo foi registrado na Plataforma Brasil sob o numero do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 42938515.6.0000.5183.

RESULTADOS

Participaram do estudo 13 *experts*, sendo a maioria (76,90%) do sexo feminino e com idade entre 29 e 56 anos, media 39,8. No que se refere a categoria profissional, 23,10% eram da área do Direito, 23,10% da Psicologia, 19,2% de Serviço Social, 19,2% da Administração e 38,5% da Enfermagem. Quanto à qualificação, 57,70% dos experts são mestres, 23,10% doutores, e 19,20% pós-doutor.

Para verificação do nível de confiabilidade do instrumento, a coerência interna foi testada por meio do alfa de *Cronbach*, que forneceu um índice que varia de 0 a 1, e objetiva testar a consistência dos itens. Valores menores que 0,6 caracterizam baixa confiabilidade, ou seja, representa questionário inconsistente. Os índices verificados com base na amostra (n=13), bem como, suas respectivas classificações encontram-se na tabela abaixo.

Tabela 1- Consistência interna ou medida de fidedignidade dos itens do instrumento. João Pessoa, PB, Brasil, 2016.

Categoria	Alpha de Cronbach	Confiabilidade (Freitas e Rodrigues, 2005)
Domínio	0,832	Alta
Compreensão e Clareza	0,795	Alta
Pertinência Conceitual	0,547	Baixa
Formato e Apresentação	0,394	Baixa

Fonte: Dados da Pesquisa, João Pessoa, PB, Brasil, 2016.

Foram realizadas algumas mudanças nos itens para atender às sugestões dos experts, tais como: redação, remanejamentos em relação às dimensões e acréscimo para preencher lacunas identificadas. Destaca-se que o IVC total do instrumento foi de 0,94%, conforme se observa no quadro 2, o que significa que o conteúdo do instrumento possibilita medir o que se propõe medir.

Quadro 2—Concordância dos experts em relação aos critérios dos itens, a partir da aplicação dos testes de IVC, João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2016.

DIMENSÃO 1:RELAÇÃO ENTRE O TRABALHADOR E PROFISSIONAIS NO AMBIENTE DE TRABALHO	IVC
1. Foi submetido a uma situação constrangedora pelo chefe imediato no ambiente de trabalho.	0,92
2. Foi submetido a uma situação constrangedora pelo colega de profissão no ambiente de trabalho.	0,92
3. Foi submetido a uma situação constrangedora por outro profissional no ambiente de trabalho.	0,92
4. Foi exposto a uma chefia autoritária.	1

5. Foi desvalorizado pelo chefe imediato no ambiente de trabalho.	1
6. Foi desvalorizado pelo colega de profissão no ambiente de trabalho.	0,92
7. Foi desvalorizado por outro profissional no ambiente de trabalho.	1
8. Apresentou dificuldades pessoais com a chefia.	0,77
9. Apresentou dificuldades pessoais com o colega de profissão.	0,77
10. Apresentou dificuldades pessoais com outro profissional da área da saúde.	0,69
11. Foi submetido a comentários ofensivos pela chefia contra você.	1
12. Foi submetido a comentários ofensivos pelo colega de profissão contra você.	1
13. Foi submetido a comentários ofensivos por outro profissional contra você.	1
14. Foi alvo de comportamentos intimidativos pelo chefe imediato.	1
15. Foi alvo de comportamentos intimidativos pelo colega de profissão.	1
16. Foi alvo de comportamentos intimidativos por outro profissional.	1
17. Teve autoridade rejeitada pelo chefe imediato.	0,77
18. Teve autoridade rejeitada pelo colega de profissão.	1
19. Teve autoridade rejeitada por outro profissional.	1
20. Foi humilhado e ridicularizado em relação ao seu trabalho pelo chefe imediato.	1
21. Foi humilhado e ridicularizado em relação ao seu trabalho pelo colega de trabalho.	1
22. Foi humilhado e ridicularizado em relação ao seu trabalho por outro profissional.	1
DIMENSÃO 2: PRESSÃO NO TRABALHO PELO CHEFE IMEDIATO E PROFISSIONAIS	IVC
23. Foi ignorado e/ou excluído do ambiente e do convívio social pela chefia.	1
24. Foi ignorado e/ou excluído do ambiente e do convívio social pelo colega de profissão.	1
25. Foi ignorado e/ou excluído do ambiente e do convívio social por outro profissional.	0,92

26. Foi alvo do uso excessivo, injusto, inadequado ou impróprio do poder pela chefia.	1
27. Foi alvo de supervisão excessiva de seu trabalho pelo chefe imediato.	1
28. Foi alvo de supervisão excessiva de seu trabalho pelo colega de trabalho.	0,92
29. Foi alvo de supervisão excessiva de seu trabalho por outro profissional.	0,92
30. Foi solicitado a realizar tarefas de outros colegas de trabalho.	0,77
31. Foi convidado a realizar tarefas incompatíveis com a sua qualificação funcional pela chefia.	1
32. Foi convidado a realizar tarefas incompatíveis com a sua qualificação funcional pelo colega de profissão.	0,92
33. Foi convidado a realizar tarefas incompatíveis com a sua qualificação funcional por outro profissional.	0,92
34. Foi pressionado para não reclamar de um direito garantido que você tem como trabalhador pelo chefe imediato.	1
35. Foi pressionado para não reclamar de um direito garantido que você tem como trabalhador pelo colega de trabalho.	1
36. Foi pressionado para não reclamar de um direito garantido que você tem como trabalhador por outro profissional.	0,85
37. Foi solicitado a executar atribuições que o isolam do ambiente de trabalho pelo chefe imediato.	1
38. Foi solicitado a executar atribuições que o isolam do ambiente de trabalho pelo colega de trabalho.	1
39. Foi solicitado a executar atribuições que o isolam do ambiente de trabalho por outro profissional.	1
40. Foi alvo de exclusão pelo chefe imediato no ambiente de trabalho, ficando sem qualquer	0,85

atividade.	
41. Foi solicitado pelo chefe imediato a executar tarefas de grande complexidade para serem executadas em curto tempo.	1
DIMENSÃO 3: CONDIÇÕES DE TRABALHO	IVC
42. Foi exposto a um ambiente de trabalho inadequado.	0,85
43. Foi submetido a um ambiente de trabalho com equipamentos insuficientes e precários.	1
44. Foi exposto a uma diminuição salarial sem justificativa.	0,77
45. Foi submetido a salário inadequado para sua função.	0,92
46. Foi submetido a um atraso de salário sem justificativa.	0,85
47. Foi imposto pelo chefe imediato a mudar o horário de seu trabalho.	1
48. Foi exposto pelo chefe imediato a uma carga de trabalho excessiva.	1

Fonte: Dados da Pesquisa, João Pessoa, Pb, Brasil, 2016.

Na dimensão 1, correspondente aos itens nº 1 a 22, foram feitas as seguintes alterações: houve o remanejamento do item nº 5 para a dimensão 2. Os itens nº 7 (IVC=0,77), nº 8 (IVC=0,77), nº 9 (IVC= 0,69) e nº 16 (IVC= 0,77) foram excluídos do instrumento por apresentarem um baixo índice de validade de conteúdo, sendo apontado pelos juízes como itens que expressavam ideias variadas, as quais poderiam confundir o respondente.

Na dimensão 2, correspondente aos itens nº 23 a 41, foram feitas as seguintes alterações: os itens nº 23, 24 e 25 foi remanejados para a dimensão 1. Os itens nº 31 (IVC= 1), nº 32 (IVC=0,92) e nº 33 (IVC= 0,92), embora com IVC alto, receberam sugestões de alteração de redação para maior objetividade, clareza e evitar redundâncias. Porquanto, foi sugerida por alguns experts, a modificação do termo “convidado” para “pressionado”.

Na dimensão 3, correspondente aos itens nº 42 a 48, foi realizada a exclusão do item nº 44 (IVC= 0,77), em virtude ao baixo índice de validade de conteúdo e pelo fato dos experts assinalarem que tal item não estava diretamente relacionado com a prática do assédio moral.

Sob esse prisma, a versão final do instrumento, com o total de 42 itens, por sugestões dos juízes está apresentada no quadro abaixo:

Quadro 3 – Versão final do instrumento, após as sugestões dos *experts*, João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2016.

DIMENSÃO 1: RELAÇÃO ENTRE O TRABALHADOR E PROFISSIONAIS NO AMBIENTE DE TRABALHO					
1. Foi submetido a uma situação constrangedora pelo chefe imediato no ambiente de trabalho.	1	2	3	4	5
2. Foi submetido a uma situação constrangedora pelo colega de profissão no ambiente de trabalho.	1	2	3	4	5
3. Foi submetido a uma situação constrangedora por outro profissional no ambiente de trabalho.	1	2	3	4	5
4. Foi exposto a uma chefia autoritária.	1	2	3	4	5
5. Foi desvalorizado pelo colega de profissão no ambiente de trabalho.	1	2	3	4	5
6. Foi desvalorizado por outro profissional no ambiente de trabalho.	1	2	3	4	5
7. Foi submetido a comentários ofensivos pela chefia contra você.	1	2	3	4	5
8. Foi submetido a comentários ofensivos pelo colega de profissão contra você.	1	2	3	4	5
9. Foi submetido a comentários ofensivos por outro profissional contra você.	1	2	3	4	5
10. Foi alvo de comportamentos intimidativos pelo chefe imediato.	1	2	3	4	5
11. Foi alvo de comportamentos intimidativos pelo colega de profissão.	1	2	3	4	5
12. Foi alvo de comportamentos intimidativos por outro profissional.	1	2	3	4	5
13. Teve autoridade rejeitada pelo colega de profissão.	1	2	3	4	5
14. Teve autoridade rejeitada por outro profissional.	1	2	3	4	5
15. Foi humilhado e ridicularizado em relação ao seu trabalho pelo chefe imediato.	1	2	3	4	5
16. Foi humilhado e ridicularizado em relação ao seu trabalho pelo colega de trabalho.	1	2	3	4	5
17. Foi humilhado e ridicularizado em relação ao seu trabalho por outro profissional.	1	2	3	4	5

18. Foi ignorado e/ou excluído do ambiente e do convívio social pela chefia.	1 2 3 4 5
19. Foi ignorado e/ou excluído do ambiente e do convívio social pelo colega de profissão.	1 2 3 4 5
20. Foi ignorado e/ou excluído do ambiente e do convívio social por outro profissional.	1 2 3 4 5
DIMENSÃO 2: PRESSÃO NO TRABALHO PELO CHEFE IMEDIATO E PROFISSIONAIS	
21. Foi desvalorizado pelo chefe imediato no ambiente de trabalho.	1 2 3 4 5
22. Foi alvo do uso excessivo, injusto, inadequado ou impróprio do poder pela chefia.	1 2 3 4 5
23. Foi alvo de supervisão excessiva de seu trabalho pelo chefe imediato.	1 2 3 4 5
24. Foi alvo de supervisão excessiva de seu trabalho pelo colega de trabalho.	1 2 3 4 5
25. Foi alvo de supervisão excessiva de seu trabalho por outro profissional.	1 2 3 4 5
26. Foi pressionado a realizar tarefas incompatíveis com a sua qualificação funcional pela chefia.	1 2 3 4 5
27. Foi pressionado a realizar tarefas incompatíveis com a sua qualificação funcional pelo colega de profissão.	1 2 3 4 5
28. Foi pressionado a realizar tarefas incompatíveis com a sua qualificação funcional por outro profissional.	1 2 3 4 5
29. Foi pressionado para não reclamar de um direito garantido que você tem como trabalhador pelo chefe imediato.	1 2 3 4 5
30. Foi pressionado para não reclamar de um direito garantido que você tem como trabalhador pelo colega de trabalho.	1 2 3 4 5
31. Foi pressionado para não reclamar de um direito garantido que você tem como trabalhador por outro profissional.	1 2 3 4 5

32. Foi solicitado a executar atribuições que o isolam do ambiente de trabalho pelo chefe imediato.	1 2 3 4 5
33. Foi solicitado a executar atribuições que o isolam do ambiente de trabalho pelo colega de trabalho.	1 2 3 4 5
34. Foi solicitado a executar atribuições que o isolam do ambiente de trabalho por outro profissional.	1 2 3 4 5
35. Foi alvo de exclusão pelo chefe imediato no ambiente de trabalho, ficando sem qualquer atividade.	1 2 3 4 5
36. Foi solicitado pelo chefe imediato a executar tarefas de grande complexidade para serem executadas em curto tempo.	1 2 3 4 5
DIMENSÃO 3: CONDIÇÕES DE TRABALHO	
37. Foi exposto a um ambiente de trabalho inadequado.	1 2 3 4 5
38. Foi submetido a um ambiente de trabalho com equipamentos insuficientes e precários.	1 2 3 4 5
39. Foi submetido a salário inadequado para sua função.	1 2 3 4 5
40. Foi submetido a um atraso de salário sem justificativa.	1 2 3 4 5
41. Foi imposto pelo chefe imediato a mudar o horário de seu trabalho.	1 2 3 4 5
42. Foi exposto pelo chefe imediato a uma carga de trabalho excessiva.	1 2 3 4 5

Fonte: Dados da Pesquisa, João Pessoa, Pb, Brasil, 2016.

DISCUSSÃO

A construção dos itens do instrumento foi realizada após ampla revisão integrativa da literatura, de estudos que abordavam acerca de instrumentos válidos de avaliação do assédio moral na literatura nacional e internacional. Ademais, buscou-se elaborar itens que correspondessem à prática de assédio moral no ambiente de trabalho.

Cumprе assinalar que houve facilidade na criação de itens, uma vez que a revisão integrativa realizada para o desenvolvimento da escala proposta neste estudo, indicou que

todos os itens verificados já haviam sido, em alguma medida, testados em estudos empíricos. Porquanto, para a geração de tais itens o estudo tomou por base os seguintes instrumentos validados: Leymann Inventory of Psychological Terror – LIPT; Cuestionario Individual sobre Psicoterror, Negación, Estigmatización y Rechazo em Organizaciones Sociales – CISNEROS; Negative Acts Questionary – NAQ; Cuestionario de Hostigamiento Psicológico en el Trabajo – CHPT; Escala de Vulnerabilidade ao Estresse no Trabalho (EVENT); Escala de Percepção do Assédio Moral no Trabalho (EP-AMT); e Escala de Impacto Afetivo do Assédio Moral no Trabalho (EIA-AMT).

A composição do grupo de *experts* multidisciplinar, com vasta formação e experiência em diferentes áreas, contribuíram para a obtenção de uma avaliação global, criteriosa e de credibilidade do instrumento. Porquanto, a participação desses foi fundamental para identificar a pertinência dos itens em relação ao constructo, bem como avaliar a compreensão e clareza desses itens. Ressalte-se que estudos relatam que quanto maior a produção acadêmica e o tempo de experiências na área, maior qualificação tem o profissional para exercer o papel de juiz na validação de conteúdo¹⁵.

Segundo o estudo¹⁶, o assédio moral é um problema de recente reconhecimento no âmbito das relações de trabalho e tem-se expandido notavelmente nos últimos dez anos, influenciando no meio ambiente de trabalho, com consequências pós-traumáticas ao trabalhador assediado, quando a situação é habitual e inerente às condições de trabalho e o ambiente de trabalho é hostil, intimidatório e humilhante.

Embora o assédio moral no trabalho seja definido como a pior forma de estresse social, somente nos últimos 10 anos do século XX é que foi identificado como fenômeno destruidor do ambiente de trabalho. Não há como negar que a violência no ambiente do trabalho, seja física ou psicológica, é tão antiga quanto o próprio trabalho humano, mas o que preocupa os estudiosos é o aumento galopante da violência psicológica no ambiente do trabalho nos últimos anos¹⁶⁻¹⁷.

Porquanto, destaca-se a emergência de um instrumento, que auxilie as equipes multiprofissionais nas diversas esferas da saúde na identificação de sinais do assédio moral, e que contribua para as demais providências necessárias. O instrumento desenvolvido pelo presente estudo poderá ser utilizado para contribuir na identificação da prática do assédio moral no ambiente de trabalho no contexto hospitalar. Os itens foram distribuídos em três dimensões relacionadas ao fenômeno, são elas: Relação entre o trabalhador e profissionais no

ambiente de trabalho; Pressão no trabalho pelo chefe imediato e profissionais; e condições de trabalho. As definições de cada uma destas dimensões foram também baseadas na revisão da literatura.

Na dimensão “Relação entre o trabalhador e profissionais no ambiente de trabalho”, ficou compreendida como o empregado é tratado por seu colega e/ou chefe, consistindo na prática de atos, gestos, palavras e comportamentos vexatórios, humilhantes, degradantes e constrangedores, de forma sistemática e prolongada. Em relação à dimensão “Pressão no trabalho pelo chefe imediato e profissionais”, esta se refere ao conjunto de todas as exigências depositadas sobre uma determinada pessoa, podendo ser física e/ou psicológica. Quanto à dimensão “condições de trabalho”, esta se refere ao local e ambiente em que se desenvolvem, convivência e permanência dos trabalhadores, enquanto no exercício de suas atividades laborais.

É mister destacar que por meio da análise pelos experts pôde-se realizar a verificação do nível de confiabilidade do instrumento, por meio da coerência interna, que foi testada através do alfa de *Cronbach*. De acordo com o estudo¹⁸ é possível considerar como satisfatórios os questionários que apresentem valor de alfa $> 0,60$. Entretanto, valores superiores de alfa indicam grau de confiabilidade ainda melhores.

De acordo com a pesquisa¹⁹, a confiabilidade de um instrumento é aceitável com valor maior que 0,6. Porquanto, nos itens relacionados ao domínio, à compreensão e clareza, o instrumento obteve maiores que 0,7 classificados com confiabilidade alta. Em relação aos itens pertinência conceitual, formato e apresentação, obtiveram valores menores que 0,7 com confiabilidade baixa. Acredita-se que essa confiabilidade baixa está relacionada à forma de apresentação dos itens aos *experts*. É importante mencionar que para a avaliação dos itens, todos estes foram embaralhados e apresentados sem a dimensão, para que o expert realizasse a vinculação que cada item a uma dimensão, o que pode ter gerado uma certa dificuldade.

Os itens com IVC maior ou igual a 0,8 foram mantidos na íntegra ou adequadamente redigidos conforme as sugestões dos *experts*. Consideram-se esses itens com conteúdo validado porque contemplaram os escores preconizados pelo referencial adotado nesta pesquisa^{14,20}.

Sob esse prisma, a versão final do instrumento compõe-se de 42 itens, estruturado em escala *Likert*, com pontuação numérica de 1 a 5, conforme Quadro 3.

CONCLUSÃO

A construção do instrumento seguiu as etapas recomendadas na literatura – especificação do domínio do construto; atividades de geração de itens e validação de face e conteúdo; decisões sobre as respostas; e construção do instrumento de pesquisa. Não ocorreram mudanças significativas no conteúdo dos itens pertencentes às dimensões: relação entre o trabalhador e profissionais no ambiente de trabalho; pressão no trabalho pelo chefe imediato e profissionais; e condições de trabalho; indicando maior apropriação dos conceitos que elas representam. O instrumento composto por 42 itens obteve IVC total de 0,94. Este estudo realizou também a verificação da consistência interna do instrumento por parte dos *experts* em relação aos itens domínio; compreensão e clareza; pertinência conceitual; formato e apresentação.

Ressalta-se, portanto, que o instrumento apresentou índices de validade de conteúdo satisfatórios. Assim, poderá auxiliar os gestores para a identificação da prática do assédio moral no ambiente de trabalho. Salienta-se a necessidade de criação de instrumentos válidos, confiáveis e que possam contribuir para ações e intervenções qualificadas na área da saúde, sobretudo no contexto hospitalar.

Por fim, recomenda-se a aplicação a uma amostra de profissionais de saúde que atuem em uma unidade hospitalar, com vistas a realizar a validação de constructo, a confiabilidade e a consistência interna.

REFERÊNCIAS

1. HELOANI JR, BARRETO M. Aspectos do trabalho relacionados à saúde mental: Assédio moral e violência psicológica. In D. M. R. Glina & L. E. Rocha, Saúde mental no trabalho: Da teoria à prática (pp. 31-48). São Paulo, SP: Roca. 2010.
2. BATTISTELLI BM, AMAZARRAY MR, KOLLER SH. O assédio moral no trabalho na visão de operadores do direito. *Psicol Soc.* 2011. 23(1):35-45.
3. FREITAS ME, HELOANI R, BARRETO M. Assédio moral no trabalho. São Paulo: Cengage Learning. 2008.
4. BOBROFF MCC, MARTINS JT. Assédio moral, ética e sofrimento no trabalho. *Rev. Bioét.* [online]. 2013. 21(2):251-258.
5. PEDROSO VG, LIMONGI AC, MARTINS FAS, HRDLICKA H, JORGE SM, CORNETTA VK. Aspectos conceituais de assédio moral: um estudo exploratório. *Rev. adm. Saúde.* São Paulo [periódico da internet]. 2008. 8(33):139-147. Disponível em:

http://www.researchgate.net/profile/Hermann_Hrdlicka/publication/277017736_Revista_de_Administracao_e_Sade/links/555f228108ae8c0cab2e4a7c.pdf

6. FIORELLI JO, FIORELLI MR. Malhadas MJO. Assédio moral: uma visão multidisciplinar. São Paulo: LTr; 2007.
7. CEZAR ES, MARZIALE MH. Occupational violence problems in an emergency hospital in Londrina, Paraná, Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2006. 22(1): 217-21.
8. HERNANDÉZ PJA, MARTÍN NPC, MARRERO AG, PORBÉN SA, ROMERO JSH, FERNÁNDEZ CP. Validación de un instrumento para el diagnóstico del mobbing, cuestionario de Heinz Leymann (LIPT) modificado. *Rev Cub Salud Trabajo*. 2008. 9(1):34-48.
9. AYRES JRCM, CALAZANS GJ, SALETTI FILHO HC, FRANÇA-JÚNIOR I. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Campos GWS et al. (org). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz; 2006. p. 375-417.
10. COSTA FJ. Mensuração e desenvolvimento de escalas: aplicações em administração. Rio de Janeiro: Ciência Moderna Ltda., 2011.
11. HOSKINS LM. How to do a validation study. In: RANTZ MJ, LEMONE P.; editoras. *Classification of nursing diagnosis: proceedings of the twelfth conference*. Glendale: CINAHL Information Systems; 1997. p.79-86
12. GRANT JS, DAVIS LT. Selection and use of content experts in instrument development. *Research in Nursing & Health*. 1997. 20:269–274.
13. ALEXANDRE NMC, COLUCI MZO. Content validity in the development and adaptation processes of measurement instruments. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016. 16(7): 3061-8.
14. POLIT DF, BECK CT, HUNGLER BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 7 ed. Porto Alegre: Artmed; 2011. p. 406-26.
15. POMPEU DA, ROSSI LA, PAIVA L. Content validation of the nursing diagnosis Nausea. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2014. 48(1):48-56. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n1/0080-6234-reeusp-48-01-48.pdf>
16. GUEDES MN. Terror psicológico no trabalho. 2 ed. São Paulo: LTr, 2005, p. 24/25.
17. ALEVATO H. Relação entre a formação da liderança e os fatores socioambientais de risco à saúde no trabalho. *Boletim Técnico do SENAC*. 2003. 29(1): 02-15, 2003.
18. FREITAS ALP, RODRIGUES SG. A avaliação da confiabilidade de questionário: uma análise utilizando o coeficiente alfa de Cronbach. XII SIMPEP – Bauru-SP, 2005.

19. MAROCO J, GARCIA-MARQUES T . Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? Laboratório Psicologia. 2006. 4:65-90.
20. PASQUALI L. Psicometria: teoria e aplicação. Brasília: Ed. UnB, 1998.

4.2 Artigo 04: Assédio moral e a vulnerabilidade de profissionais da saúde: validação de instrumento

Assédio moral e a vulnerabilidade de profissionais da saúde: validação de instrumento⁴

Resumo

Objetivo: validação de um instrumento para identificação da vulnerabilidade de profissionais de saúde para a ocorrência da prática do assédio moral. **Métodos:** estudo de cunho metodológico pautado na revisão da literatura, na opinião de experts e na experiência dos investigadores. Foi desenvolvido um instrumento contendo três dimensões e 42 itens, sendo aplicado no formato de questionário a 84 profissionais de saúde em um hospital público de João Pessoa, Paraíba, Brasil, no período de outubro de 2016. Para a validação empregou-se a avaliação da consistência interna de cada fator/dimensão. **Resultados:** a análise pelos experts, através do índice de validade de conteúdo, indicou para ajustes na composição original da escala, que passou a ser constituída por três dimensões, reduzindo de 48 para 42 itens, apresentando uma elevada consistência interna (alfa de Cronbach de 0,930). **Conclusão:** a versão final da escala apresenta adequadas propriedades psicométricas, revelando potencial para utilização em futuros estudos.

Descritores: Comportamento Social; Violência; Saúde do Trabalhador; Ambiente de Trabalho; Estudos de Validação.

Palabras clave: Conducta Social; Violencia; Salud Laboral; Ambiente de Trabajo; Estudios de Validación

key words: Social Behavior; Violence; Occupational Health; Working Environment; Validation Studies

Introdução

O assédio moral é compreendido como um conjunto de comportamentos hostis e antiéticos direcionados a um indivíduo por outro indivíduo ou grupo deles, resultando em sofrimento social e estados patológicos psicológicos ou psicossomáticos⁽¹⁾. Cumpre assinalar, que essas ações ocorrem de forma repetitiva (praticamente todos os dias), por um longo período de tempo – pelo menos seis meses⁽²⁾.

É considerado como um dos fatores de risco à saúde dos trabalhadores e insere-se no conjunto denominado de riscos psicossociais, comumente conhecidos como estressores

⁴ Artigo submetido para periódico de Qualis A2.

organizacionais, ou características de organizações do trabalho. Em diversos países europeus (Espanha, França, Itália, Portugal, Áustria, Dinamarca, Suíça, Reino Unido e Irlanda) e em outros continentes, estudos têm sido desenvolvidos nesse amplo contexto, com vistas a compreender melhor tal fenômeno. Em conjunto com esses esforços, instituições europeias que objetivam a segurança e a saúde no trabalho têm contribuído com iniciativas voltadas à melhoria do ambiente laboral, como meio de proteger a saúde física e mental do trabalhador⁽³⁾.

A exemplo desses estudos, destaca-se a pesquisa realizada na Itália, que apresentou um modelo em que fatores ambientais e de personalidade operam como antecedentes do assédio moral, tendo sintomas de estresse pós-traumático como resultantes do contexto. Os resultados confirmaram que exigências do ambiente laboral, como carga de trabalho e conflito de papéis, bem como recursos de trabalho, tais como: autoridade de decisão, suporte de colegas e perspectivas de promoção/salário, associaram-se à prática do assédio moral, e que este fenômeno mediou a relação entre a demanda de trabalho e os sintomas de estresse pós-traumático⁽⁴⁾.

É oportuno destacar que no âmbito nacional também se destaca uma preocupação em compreender o fenômeno, seus antecedentes e consequências. Em um estudo recente de cunho qualitativo⁽⁵⁾, propuseram-se a estudar as percepções de trabalhadores da agroindústria avícola, adoecidos mentalmente, sobre as repercussões do trabalho em sua saúde. Os locais do estudo foram um ambulatório de saúde mental e dois Centros de Atenção Psicossocial (Caps II e Capsad), que prestam assistência às pessoas acometidas por Transtornos Mentais e Comportamentais (TMC) e dependência química, vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS). Para tanto, os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada, audiogravadas e transcritas integralmente, e participou desse estudo o número de 14 trabalhadores. Por meio dessa pesquisa, pôde-se constatar que os trabalhadores adoecidos por TMC também sofrem o assédio moral dos gerentes e colegas de trabalho, e para suportar o desgaste gerado pelo trabalho alguns deles utilizam, como estratégia de defesa, o uso de drogas psicoativas. Identificaram a existência de sofrimento em vítimas de assédio e indicaram a necessidade de compreender melhor o tema para prevenir sua ocorrência, visando à melhoria da saúde e da qualidade de vida no trabalho.

Dessa forma, é de suma importância compreender como têm avançado os estudos no que diz respeito ao desenvolvimento de instrumentos válidos e fidedignos para medir a prática

do assédio moral, com vistas a contribuir com a criação de medidas preventivas e de intervenções efetivas na solução do problema.

Com o escopo de ampliar as medidas de assédio moral e estudar seu impacto sobre o estresse no trabalho, o estudo⁽⁶⁾ desenvolveu a Escala Brasileira de Mobbing, composta por três instrumentos distintos que avaliam o assédio de acordo com os autores envolvidos, podendo ser o chefe, os colegas ou os subordinados. A escala foi desenvolvida com base no LIPT, em sua versão adaptada por González de Rivera e Rodriguez-Abuín⁽⁷⁾, na escala CISNEROS⁽⁸⁾ e no NAQ – Negative Acts Questionnaire, com a versão revisada⁽⁹⁾.

Merece destaque outro estudo⁽¹⁰⁾ realizado por pesquisadores brasileiros com o objetivo de adaptar e validar o Cuestionario de Hostigamiento Psicológico en el Trabajo⁽¹¹⁾. Através dessa pesquisa⁽¹⁰⁾, derivaram-se duas escalas válidas e fidedignas: uma designada a medir a percepção da frequência de ocorrência do assédio moral, nomeada Escala de Percepção do Assédio Moral no Trabalho (EP-AMT); e outra para avaliar o grau de humilhação que o indivíduo sente perante as situações vivenciadas, denominada de Escala de Impacto Afetivo do Assédio Moral no Trabalho (EIA-AMT). No que tange à investigação de dados sociodemográficos (idade, sexo, escolaridade e cargo), esta foi realizada de modo a caracterizar os participantes e constava ao final do questionário.

Cumprе assinalar que a distinção proposta e confirmada entre percepção e sentimento (impacto afetivo), na conceituação de assédio moral no Brasil é nova, e ainda não possui força nos estudos estrangeiros⁽¹⁰⁾. Ressalta-se ainda, que o objetivo da construção dessas novas escalas foi o de oferecer ferramentas válidas e confiáveis que abreviem o tempo de diagnóstico e que indiquem a presença de assédio e o quanto ele atinge emocionalmente o trabalhador.

Nesse contexto, o estudo⁽¹⁰⁾ ressalta para a necessidade do desenvolvimento de um instrumento de medida do assédio moral que parta de uma conceituação do fenômeno que abranja as várias dimensões consideradas até então, para que possa contribuir com o estudo das relações entre o fenômeno medido e outras variáveis, como, por exemplo, a questão da vulnerabilidade à prática do assédio moral.

Dessa forma, este estudo justifica-se pela necessidade de um instrumento válido e fidedigno para avaliação do assédio moral no contexto brasileiro, haja vista que seus resultados poderão contribuir para o estudo deste fenômeno, que urge ser discutido. Para

tanto, o estudo apresenta como objetivo: validar o instrumento para identificação da vulnerabilidade de profissionais de saúde para a ocorrência da prática do assédio moral.

Método

Trata-se de um estudo metodológico de abordagem quantitativa, desenvolvido em quatro etapas: a primeira foi a elaboração do instrumento, a segunda a validação de conteúdo mediante a avaliação dos instrumentos por experts, sendo esses profissionais com experiência em assédio moral; a terceira, a validação do instrumento, com teste piloto junto a 84 profissionais de saúde que trabalham nas unidades de terapia intensiva de um hospital público, com análise descritiva dos dados; e a quarta, refere-se ao desenvolvimento de normas e recomendações da aplicação do instrumento.

Primeira etapa – construção do instrumento

Na primeira etapa, o instrumento foi elaborado fundamentando-se na identificação de um construto, consistindo em uma atividade de pesquisa na literatura, com vistas a definir adequadamente o construto a ser mensurado⁽¹²⁾. Sob esse prisma, no presente estudo adotou-se como construto a questão da vulnerabilidade com a análise da sua dimensionalidade por meio de uma exaustiva revisão integrativa realizada a partir de instrumentos acerca do assédio moral, validados no cenário nacional e internacional, com vistas a identificar os indicadores empíricos, os quais serão empregados para a mensuração do construto em questão.

Por meio desta revisão puderam-se extrair os indicadores empíricos através da utilização da metodologia do mapa conceitual, com vistas a organizar os termos, buscando relações entre os conceitos ligados por eles. A seguir, ficou definido que a avaliação da vulnerabilidade seria inicialmente definida em três dimensões, quais sejam: Relação entre o trabalhador e profissionais no ambiente de trabalho; Pressão no trabalho pelo chefe imediato e profissionais; e condições de trabalho.

O instrumento foi denominado Escala de identificação da vulnerabilidade de profissionais de saúde no contexto hospitalar para a ocorrência da prática do assédio moral / EIVAM – CH. Os itens foram gerados por meio da avaliação da literatura, consistindo em analisar as pesquisas, nos quais o construto e os indicadores empíricos sob análise foram avaliados, buscando indicações de como foi feita a mensuração. Porquanto, os itens foram gerados a partir da extração de indicadores empíricos através do mapa conceitual, com vistas a organizar os termos, buscando relações entre os conceitos ligados por eles.

Segunda etapa – validação de conteúdo do instrumento

Na segunda etapa, inicialmente, foram selecionados *experts* na área do assédio moral para colaborar na validação do conteúdo do instrumento⁽¹³⁾. Foi selecionada uma amostra intencional de 13 *experts* por meio da Plataforma Lattes do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Posteriormente, estabeleceu-se contato com os *experts* selecionados por endereço eletrônico, pelo qual foi enviado um questionário on-line para avaliar o instrumento desenvolvido, além do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e uma carta convite explicando a proposta do estudo.

No que diz respeito a análise estatística, os dados foram inseridos em uma planilha eletrônica. Verificaram-se a concordância dos *experts*, no que concerne a relevância dos itens, por meio do Índice de Validade de Conteúdo (IVC). Sendo assim, no estudo o escore do índice foi calculado por meio da soma de concordância dos itens que foram marcados por “3” ou “4” pelos *experts* (considerados como relevantes) divididos pelo número total de respostas⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

A pesquisa utilizou-se como corte os itens que apresentassem o IVC inferior a 0,80, servindo como um dos critérios de decisão sobre a pertinência do item a que teoricamente se referiu. Para verificação do nível de confiabilidade do instrumento, a coerência interna foi testada por meio do alfa de *Cronbach*, que forneceu um índice que varia de 0 a 1, e objetiva testar a consistência dos itens.

Sob esse prisma, os itens com IVC maior ou igual a 0,8 foram mantidos na íntegra ou adequadamente redigidos conforme as sugestões dos *experts*. Consideram-se esses itens com conteúdo validado porque contemplaram os escores preconizados pelo referencial adotado nesta pesquisa⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

Sob esse prisma, a versão final do instrumento compõe-se de 42 itens, estruturado em escala *Likert*, com pontuação numérica de 1 a 5.

Terceira etapa – validação do instrumento

Na terceira etapa, após a aprovação do instrumento pelos *experts*, seguindo as recomendações da literatura⁽¹²⁾, e com a finalidade de avaliar a compreensão e a clareza dos itens, realizou-se o pré-teste do instrumento, que, posteriormente, foi distribuído aos participantes do estudo.

Ressalta-se que o instrumento foi formado pelos seguintes itens: título (primeiro elemento textual da pesquisa, apresentado na primeira linha da página); enunciado inicial (consistiu em um pequeno texto, que conteve as explicações acerca do objetivo do estudo, da

solicitação de colaboração, e das instruções gerais para preenchimento correto do instrumento); questões preliminares (questões iniciais que retratam os dados sócio-demográficos); questões de base da pesquisa (parte central do instrumento, na qual foi apresentado o conjunto de 42 itens, os quais deveriam ser valorados a partir de uma escala do tipo Likert, com 5 alternativas de resposta: nunca (1); de vez em quando (2); mensalmente (3); semanalmente (4); e diariamente (5); e fechamento (trata-se da finalização do instrumento, sem demandar mais respostas. Utilizou-se uma frase de agradecimento ou outras instruções, se for o caso).

Por conseguinte, a amostra foi composta por profissionais da área de saúde que trabalham nas unidades de terapia intensiva de um hospital público do município de João Pessoa, Paraíba. A referida instituição é um hospital-escola, capacitado para aprimoramento dos conhecimentos teórico-práticos de diversos cursos da área de saúde, com vistas a prestar uma melhor assistência aos seus usuários, servindo também como campo de pesquisa para diversos profissionais em formação.

Para a atividade de amostragem foram definidos como critérios de inclusão: que os profissionais da área de Saúde da UTI do hospital trabalhassem na instituição por um período igual ou superior a seis meses; que estivessem exercendo sua profissão no momento da coleta de dados; e que aceitassem participar da pesquisa. Foram excluídos do estudo, os profissionais que, no momento da coleta, estivessem de férias, licença-saúde, licença-prêmio, licença-maternidade, entre outras; os trabalhadores que atuassem há menos de 06 meses na instituição e que recusassem participar do estudo.

A aplicação do instrumento aos profissionais foi realizada no mês de outubro do ano de 2016, e foram aplicados durante o tempo de serviço dos profissionais envolvidos no estudo. Ressalta-se que juntamente ao instrumento, a pesquisadora teve o cuidado ético de disponibilizar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, na qual uma dessas vias ficou com o participante da pesquisa.

Após a coleta dos dados, estes foram inseridos em uma planilha eletrônica para operacionalização estatística dos dados, utilizando, para tanto, o software *Statistical Package for the Social Science* – SPSS para Windows versão 19. Utilizou-se o coeficiente de alfa de Cronbach para análise da consistência interna de cada dimensão da escala. A caracterização dos participantes foi realizada pela estatística descritiva.

É oportuno mencionar que o estudo foi registrado na Plataforma Brasil sob o número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 42938515.6.0000.5183, e que os participantes foram informados dos objetivos da investigação e da confidencialidade dos dados.

Quarta etapa – desenvolvimento de normas e recomendações para aplicação do instrumento

Esta etapa refere-se ao desenvolvimento de normas e recomendações para o uso da escala desenvolvida no estudo. Para a aplicação da escala, recomenda-se que o conjunto de itens seja disposto no instrumento de forma distribuída por dimensões, com vistas a facilitar o preenchimento pelos profissionais e evitar que o respondente faça associações entre as variáveis e venha com isto a enviesar as respostas.

Em relação ao resultado obtido pela aplicação da escala, orienta-se que seja efetuada a soma das respostas para cada item, onde cada um terá um valor de 1,0 ponto, podendo-se ter a seguinte interpretação aos escores alcançados: 0 – 70 pontos, entende-se que o profissional não é vulnerável ao assédio moral; 70 – 140 pontos, entende-se que o profissional é vulnerável a sofrer a prática do assédio moral; e 140 – 210 pontos, compreende-se que o profissional já é vítima de assédio moral, e que necessita de um assistência especializada. Recomenda-se ainda, que para aqueles itens não assinalados, em que o respondente deixou em branco, e para os casos em que o respondente informou duas respostas para um único item, este deverá apresentar um valor de zero (0,0).

Resultados

No estudo participaram 84 profissionais de saúde (49,4%), de uma população de 170 profissionais que trabalham nas UTI'S do hospital selecionado para estudo, sendo majoritariamente do sexo feminino, n= 77 (91,6%), com idade compreendida entre os 25 e 59 anos e uma média de 37,3 anos (DP=7,3).

Ressalte-se que a unidade de terapia intensiva (UTI) do referido hospital é dividida em: UTI adulto, com 14 leitos; UTI Neonatal, com seis leitos; e UTI pediátrica, com quatro leitos, totalizando em 24 leitos. Atualmente, recebe pacientes oriundos das unidades de internação hospitalar, com especialidades de clínica médica, doenças infecto-contagiosas e cirurgia geral e de Unidades de Pronto-atendimento (UPA).

No que concerne à função exercida na UTI, 38 (45,2%) eram técnicos de enfermagem, 24 (28,6%) enfermeiros, 11 (13,1%) fisioterapeutas, oito (9,5%) médicos, um (1,2%)

terapeuta ocupacional, um (1,2%) fonoaudiólogo, e um (1,2%) não mencionou o cargo que exercia. O tempo de exercício profissional no serviço variou entre 08 meses e 32 anos (M=65,01 meses; DP=71,04). No tocante à formação complementar, 65,5% (n=55) possuíam uma pós-graduação, 22,6% (n=19) eram detentores do grau de mestre e apenas 2,4% (n=2) possuíam o grau de doutor.

Relativamente aos itens da escala, para além da análise descritiva, realizou-se a análise da validade de constructo, através da análise da consistência interna, pelo cálculo do coeficiente de alfa de Cronbach. Por meio dessa análise, pôde-se verificar que todas as dimensões apresentavam valores excelentes, conforme assinalado na tabela 1.

Tabela 1. Dimensões e consistência interna da escala de identificação da vulnerabilidade de profissionais de saúde no contexto hospitalar para a ocorrência da prática do assédio moral. João Pessoa, Paraíba, 2016.

Dimensões	Itens	Alfa de Cronbach
Relação entre o trabalhador e profissionais no ambiente de trabalho	1. Foi submetido a uma situação constrangedora pelo chefe imediato no ambiente de trabalho.	0,894
	2. Foi submetido a uma situação constrangedora pelo colega de profissão no ambiente de trabalho.	
	3. Foi submetido a uma situação constrangedora por outro profissional no ambiente de trabalho.	
	4. Foi exposto a uma chefia autoritária.	
	5. Foi desvalorizado pelo colega de profissão no ambiente de trabalho.	
	6. Foi desvalorizado por outro profissional no ambiente de trabalho.	
	7. Foi submetido a comentários ofensivos pela chefia contra você.	
	8. Foi submetido a comentários ofensivos pelo colega de profissão contra você.	
	9. Foi submetido a comentários ofensivos por outro profissional contra você.	
	10. Foi alvo de comportamentos intimidativos pelo chefe imediato.	
	11. Foi alvo de comportamentos intimidativos pelo colega de profissão.	
	12. Foi alvo de comportamentos intimidativos por outro profissional.	
	13. Teve autoridade rejeitada pelo colega de profissão.	
	14. Teve autoridade rejeitada por outro profissional.	
	15. Foi humilhado e ridicularizado em relação ao seu trabalho pelo chefe imediato.	
	16. Foi humilhado e ridicularizado em relação ao seu trabalho pelo colega	

	de trabalho.	
	17. Foi humilhado e ridicularizado em relação ao seu trabalho por outro profissional.	
	18. Foi ignorado e/ou excluído do ambiente e do convívio social pela chefia.	
	19. Foi ignorado e/ou excluído do ambiente e do convívio social pelo colega de profissão.	
	20. Foi ignorado e/ou excluído do ambiente e do convívio social por outro profissional.	
Pressão no trabalho pelo chefe imediato e profissionais	21. Foi desvalorizado pelo chefe imediato no ambiente de trabalho.	0,869
	22. Foi alvo do uso excessivo, injusto, inadequado ou impróprio do poder pela chefia.	
	23. Foi alvo de supervisão excessiva de seu trabalho pelo chefe imediato.	
	24. Foi alvo de supervisão excessiva de seu trabalho pelo colega de trabalho.	
	25. Foi alvo de supervisão excessiva de seu trabalho por outro profissional.	
	26. Foi pressionado a realizar tarefas incompatíveis com a sua qualificação funcional pela chefia.	
	27. Foi pressionado a realizar tarefas incompatíveis com a sua qualificação funcional pelo colega de profissão.	
	28. Foi pressionado a realizar tarefas incompatíveis com a sua qualificação funcional por outro profissional.	
	29. Foi pressionado para não reclamar de um direito garantido que você tem como trabalhador pelo chefe imediato.	
	30. Foi pressionado para não reclamar de um direito garantido que você tem como trabalhador pelo colega de trabalho.	
	31. Foi pressionado para não reclamar de um direito garantido que você tem como trabalhador por outro profissional.	
	32. Foi solicitado a executar atribuições que o isolam do ambiente de trabalho pelo chefe imediato.	
	33. Foi solicitado a executar atribuições que o isolam do ambiente de trabalho pelo colega de trabalho.	
	34. Foi solicitado a executar atribuições que o isolam do ambiente de trabalho por outro profissional.	
	35. Foi alvo de exclusão pelo chefe imediato no ambiente de trabalho, ficando sem qualquer atividade.	
	36. Foi solicitado pelo chefe imediato a executar tarefas de grande complexidade para serem executadas em curto tempo.	

Condições de trabalho	37. Foi exposto a um ambiente de trabalho inadequado.	0,869
	38. Foi submetido a um ambiente de trabalho com equipamentos insuficientes e precários.	
	39. Foi submetido a salário inadequado para sua função.	
	40. Foi submetido a um atraso de salário sem justificativa.	
	41. Foi imposto pelo chefe imediato a mudar o horário de seu trabalho.	
	42. Foi exposto pelo chefe imediato a uma carga de trabalho excessiva.	
Alfa de Cronbach – Escala Total		0,930

Fonte: Dados da Pesquisa, João Pessoa, PB, Brasil, 2016.

Nas dimensões "relação entre o trabalhador e profissionais no ambiente de trabalho"; "pressão no trabalho pelo chefe imediato e profissionais"; e "condições de trabalho", os valores de alfa de Cronbach encontrados foram bons. A consistência interna da soma de todos os fatores, ou seja, da escala total, foi considerada excelente, uma vez que o valor de alfa de Cronbach correspondeu a 0,930.

Decorrente da aplicação da escala de identificação da vulnerabilidade de profissionais de saúde no contexto hospitalar para a ocorrência da prática do assédio moral / EIVAM – CH, foi possível constatar que dentre os profissionais de saúde que participaram nesta investigação, 79,8% (n=67) apresentaram um somatório de escores de itens entre 0 e 70 pontos, o que denota que estes profissionais não estão vulneráveis ao assédio moral; e que 20,2% (n=17) apresentaram um somatório de escores de itens entre 70 e 140 pontos, o que caracteriza tal população como vulnerável à prática do assédio moral.

Em relação aos 17 profissionais classificados pelo estudo como vulneráveis à prática do assédio moral, constatou-se que 35,3% (n=6) eram técnicos de enfermagem, 29,4% (n=5) eram enfermeiros, 29,4% (n=5) eram fisioterapeutas e 5,9% (n=1) era fonoaudiólogo.

Na dimensão "relação entre o trabalhador e profissionais no ambiente de trabalho" verificou-se que os itens mais assinalados como causa de vulnerabilidade para a prática do assédio moral, foram: foi submetido a uma situação constrangedora pelo chefe imediato no ambiente de trabalho, 4,76% (n=4) indivíduos mencionaram sofrer semanalmente e/ou diariamente; foi exposto a uma chefia autoritária, 5,95% (n=5) indivíduos mencionaram sofrer semanalmente e/ou diariamente; foi desvalorizado pelo colega de profissão no ambiente de trabalho, 5,95% (n=5) indivíduos mencionaram sofrer semanalmente e/ou diariamente; foi desvalorizado por outro profissional no ambiente de trabalho 5,95% (n=5) indivíduos mencionaram sofrer semanalmente e/ou diariamente.

Na mencionada dimensão foi alvo de comportamentos intimidativos pelo chefe imediato, 4,76% (n=4) indivíduos mencionaram sofrer semanalmente e/ou diariamente; foi exposto a uma chefia autoritária; foi alvo de comportamentos intimidativos pelo colega de profissão, 4,76% (n=4) indivíduos mencionaram sofrer semanalmente e/ou diariamente; foi exposto a uma chefia autoritária,; teve autoridade rejeitada por outro profissional 4,76% (n=4) indivíduos mencionaram sofrer semanalmente e/ou diariamente; foi humilhado e ridicularizado em relação ao seu trabalho pelo colega de trabalho, 5,95% (n=5) indivíduos mencionaram sofrer diariamente; e foi humilhado e ridicularizado em relação ao seu trabalho por outro profissional 5,95% (n=5) indivíduos mencionaram sofrer diariamente.

Em relação à dimensão “pressão no trabalho pelo chefe imediato e profissionais”, averiguou-se que os itens mais assinalados como causa de vulnerabilidade para a prática do assédio moral, foram: foi desvalorizado pelo chefe imediato no ambiente de trabalho, 4,76% (n=4) indivíduos mencionaram sofrer semanalmente e/ou diariamente;; foi alvo do uso excessivo, injusto, inadequado ou impróprio do poder pela chefia, 28,57% (n=24) indivíduos mencionaram sofrer semanalmente e/ou diariamente; foi alvo de supervisão excessiva de seu trabalho pelo colega de trabalho, 2,38% (n=2) indivíduos mencionaram sofrer diariamente; (n=2 para diariamente); foi alvo de supervisão excessiva de seu trabalho por outro profissional, 5,95% (n=5) indivíduos mencionaram sofrer semanalmente e/ou diariamente; foi pressionado a realizar tarefas incompatíveis com a sua qualificação funcional pela chefia, 5,95% (n=5) indivíduos mencionaram sofrer semanalmente e/ou diariamente; foi pressionado para não reclamar de um direito garantido que você tem como trabalhador pelo chefe imediato, 4,76% (n=4) indivíduos mencionaram sofrer semanalmente e/ou diariamente; e foi pressionado para não reclamar de um direito garantido que você tem como trabalhador por outro profissional, 1,19% (n=4) indivíduos mencionaram sofrer diariamente.

No tocante à dimensão “condições de trabalho”, todos os itens foram assinalados como causa de vulnerabilidade para a prática do assédio moral, conforme se observa a seguir: foi exposto a um ambiente de trabalho inadequado, 16,66% (n=14) indivíduos mencionaram sofrer semanalmente e/ou diariamente; foi submetido a um ambiente de trabalho com equipamentos insuficientes e precários, 21,42% (n=18) indivíduos mencionaram sofrer semanalmente e/ou diariamente; foi submetido a salário inadequado para sua função, 5,95% (n=5) indivíduos mencionaram sofrer semanalmente e/ou diariamente; foi submetido a um atraso de salário sem justificativa, 3,57% (n=3) indivíduos mencionaram sofrer semanalmente

e/ou diariamente; foi imposto pelo chefe imediato a mudar o horário de seu trabalho, 7,14% indivíduos mencionaram sofrer semanalmente e/ou diariamente; e foi exposto pelo chefe imediato a uma carga de trabalho excessiva, 4,76% (n=4) indivíduos mencionaram sofrer semanalmente e/ou diariamente.

Discussão

A escala aplicada inicialmente era composta por 48 itens, agrupados em três dimensões. Posteriormente, tendo em consideração o referencial teórico inerente a cada dimensão, a avaliação da consistência interna de cada fator/dimensão e o índice de validade de conteúdo (IVC), foram realizadas algumas alterações na composição da escala, que passou a ser constituída por 42 itens.

Nesse contexto, a versão final da escala de identificação da vulnerabilidade de profissionais de saúde no contexto hospitalar para a ocorrência da prática do assédio moral / EIVAM – CH, ficou estruturada em três dimensões: "relação entre o trabalhador e profissionais no ambiente de trabalho (20 itens); "pressão no trabalho pelo chefe imediato e profissionais" (16 itens); e "condições de trabalho" (6 itens).

O instrumento desenvolvido apresentou um valor de consistência interna avaliada pelo coeficiente de alfa de Cronbach de 0,93 para a escala global. Ressalta-se que valores de alfa de Cronbach superiores a 0,70 são recomendáveis para assegurar a consistência interna de uma medida⁽¹⁷⁾.

Os resultados obtidos no estudo permitiram evidenciar que entre as variáveis que apresentaram significância, houve maior frequência de profissionais de saúde do sexo feminino vulneráveis à prática do assédio moral. Esses dados, como observam os autores⁽¹⁸⁾, apresentaram resultados semelhantes aos estudos de violência em geral, que apontam para uma maior vulnerabilidade das mulheres à violência. Tais resultados também foram verificados nos estudos⁽¹⁹⁾ realizados sobre o assédio moral, em que observaram que esse fenômeno é maior entre as mulheres do que em homens. Pesquisa⁽²⁰⁾ assevera que as mulheres são as principais vítimas desse fenômeno e que muitas são discriminadas, marginalizadas, humilhadas ou até mesmo impedidas de trabalhar por serem mulheres.

Por outro lado, estudo realizado⁽²¹⁾, com vistas a pesquisar a violência entre trabalhadores de saúde em uma emergência, sem considerar o tipo de violência, constataram que homens (92,3%) sofreram mais violência ocupacional que mulheres (85,7%).

Dentre todas as categorias profissionais que responderam ao instrumento, a de técnico de enfermagem apresentou a maior frequência de vítimas desse tipo de violência. Desse grupo, 35,3% afirmaram serem vulneráveis à prática do assédio moral nos últimos seis meses, seguido pelos enfermeiros (29,4%).

Estudos apontam os profissionais de enfermagem como uma das categorias mais vulneráveis às situações de assédio moral da área da saúde, em virtude das condições opressivas de trabalho, da disputa por poder e do relacionamento conflituoso entre os membros da equipe, podendo acarretar consequências negativas para a saúde do profissional⁽²²⁻²³⁾.

Estudo⁽²⁴⁾ ressalta que o âmbito hospitalar, sob alguns aspectos, favorece esse tipo de violência entre enfermeiros, uma vez que se trata de uma estrutura rígida, com supervalorização da hierarquia; ademais, a categoria dos profissionais de enfermagem está sujeita a múltiplas exigências emocionais, cognitivas e físicas geradoras de efeitos negativos.

Porquanto, pesquisa averigua a presença do assédio moral no ambiente laboral da enfermagem, porém, assinala que muitos desses profissionais têm aceitado e reproduzido esse tipo de violência como parte da cultura organizacional, o que os têm conduzido ao adoecimento e consequente prejuízo em suas funções⁽²⁵⁾.

Outro trabalho destaca que os principais fatores contribuintes para a violência no trabalho de Enfermagem são o desenvolvimento do trabalho de forma isolada, a quantidade insuficiente de pessoal e a formação inadequada. Cumpre assinalar que, no cotidiano da Enfermagem, os movimentos das relações interpessoais são naturalmente geradores de tensões, visto que a equipe de Enfermagem tem bagagens culturais, sociais, técnicas, visões éticas e perspectivas diversificadas, inseridas numa rede de interconexões e interdependências que direcionam a complexidade de suas ações⁽²⁶⁾.

Sob esse prisma, acredita-se para a necessidade de conscientização dos profissionais acerca do assédio moral, sobretudo da presença e dos prejuízos advindos desse fenômeno, assim como da importância de adotar estratégias eficazes para enfrentá-lo.

Dentre as condutas que tornam o profissional de saúde vulnerável a sofrer a prática do assédio moral, vivenciadas pelos pesquisados, a mais frequente foi “foi alvo do uso excessivo, injusto, inadequado ou impróprio do poder pela chefia” 19,9% (n=16), seguida de “foi submetido a um ambiente de trabalho com equipamentos insuficientes e precários” 16,6% (n=14); e de “foi exposto a um ambiente de trabalho inadequado” 15,5% (n=13).

Resultado análogo à primeira conduta foi encontrado em estudo realizado com enfermeiros na Espanha⁽¹¹⁾ e em Portugal⁽²⁷⁾. Ressalta-se que apesar das diferenças culturais nos diversos países, averigua-se que a primeira conduta possui o propósito de desprestigiar a vítima, com o objetivo de fazê-la parecer incompetente. Tal conduta é a primeira visível quando o assédio moral vem de cima para baixo, ou seja, quando o assédio é considerado do tipo vertical descendente⁽²⁸⁾.

A pesquisa⁽²⁹⁾ enfatiza que o assédio vertical descendente é considerado o mais grave e frequente. Nesse, o subordinado é agredido por um superior hierárquico, que se utiliza de seu poder para abusar da autoridade conferida ao seu cargo ou função. O estudo⁽³⁰⁾ explica que o assédio moral vindo de um superior tem consequências mais graves sobre a saúde do que os demais tipos, haja vista a vítima se sente ainda mais isolada e enfrenta mais dificuldades para encontrar as soluções do problema.

Em relação às demais condutas, estas estão associadas às más condições de trabalho. Comumente, é muito difícil a distinção entre assédio moral e más condições de trabalho. A pesquisa⁽²⁸⁾ enfatiza que neste caso a noção de intencionalidade adquire toda a sua importância. Logo, trabalhar em um espaço exíguo, mal iluminado e mal instalado não constitui um ato de assédio em si, salvo se um único funcionário for tratado especificamente assim ou se tais condições destinarem-se a desmerecê-lo.

Conclusão

A escala de identificação da vulnerabilidade de profissionais de saúde no contexto hospitalar para a ocorrência da prática do assédio moral / EIVAM – CH foi validada mediante a aplicação a profissionais de saúde de um hospital público de João Pessoa, Paraíba, Brasil.

Os achados indicam que a escala reúne critérios de validade psicométrica, com elevada consistência interna, sendo um instrumento promissor para identificar a vulnerabilidade de profissionais da saúde para a prática do assédio moral, que contribuem para o desenvolvimento de estratégias que visem amenizar tal prática.

Apesar do rigor metodológico aplicado na construção e validação do instrumento, admite-se como limitação do estudo, o fato de a escala ter sido aplicada numa única organização hospitalar. Esse fato indica para a realização de novos estudos empíricos, nomeadamente em diferentes contextos da prática clínica, empregando-se outras análises, como a fatorial confirmatória.

Referências

- 1 CAMPOS MI, RUEDA FJM. Assédio moral: evidências de validade de escala e relações com qualidade de vida no trabalho. *Aval. psicol.* 2016. 15(1): 21-30. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712016000100004&lng=pt&nrm=iso>.
- 2 LEYMANN H. (1990). Mobbing and psychological terror at workplaces. *Violence and Victims*, 1990. 5(2), 119-126. Recuperado de <http://www.mobbingportal.com/LeymannV%26V1990%283%29.pdf>
- 3 Unión General de Trabajadores – Comisión Ejecutiva Confederal [UGT-CEC]. *International Year Book on Psychosocial Risks Prevention and Quality of Life at Work. Evaluation Development of Psychosocial Risks in Europe*. Espanha. 2013. Recuperado de <http://www.lip.univ-savoie.fr/uploads/PDF/1570.pdf>
- 4 BALDUCCI C, SCHAUFELI WB, FRACCAROLI F. The Job Demands-Resources Model and counterproductive work behaviour: The role of job-related affect. *European Journal of Work and Organizational Psychology*. 2011. 20(4): 467–496.
- 5 MACHADO LF, MUROFUSE NT, MARTINS JT. Vivências de ser trabalhador na agroindústria avícola dos usuários da atenção à saúde mental. *Saúde debate* [online]. 2016. 40(110): 134-147. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000300134&lng=en&nrm=iso>.
- 6 LIMA TDF, SOUZA MAD. (2015). O impacto do mobbing sobre o estresse no trabalho. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*. 2015. 15(2): 608-630. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1808-42812015000200010&script=sci_arttext
- 7 GONZÁLEZ DE RIVERA JL, RODRIGUEZ-ABUÍN MJ. Cuestionario de estrategias de acoso en el trabajo: El LIPT-60. Editorial EOS, Madri. 2005. Recuperado de <http://www.gonzalezderivera.com/art/pdf/manual-lipt60.pdf>
- 8 FIDALGO AM, PIÑUEL I. La escala cisneros como herramienta de valoración del mobbing. *Psicothema*. 2004. 16(4): 615-624. Recuperado de <http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/26722/1/Psicothema.2004.16.4.615-24.pdf>
- 9 EINARSEN S, HOEL H, NOTELAERS G. Measuring exposure to bullying and harassment at work: Validity, factor structure and psychometric properties of the Negative Acts Questionnaire-Revised. *Work & Stress*. 2009. 23(1): 24-44.

- 10 MARTINS MDCF, FERRAZ AMS. Propriedades psicométricas das escalas de assédio moral no trabalho: percepção e impacto. *Psico USF*. 2011. 16(2): 163-173.
- 11 FORNÉS J, MARTÍNEZ-ABASCAL MA, GARCÍA DE LA BANDA G. Análisis factorial del cuestionario de hostigamiento psicológico en el trabajo en profesionales de enfermería. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*. 2008. 8(1): 267-283.
- 12 COSTA FJ. Mensuração e desenvolvimento de escalas: aplicações em administração. Rio de Janeiro: Ciência Moderna Ltda., 2011.
- 13 HOSKINS LM. How to do a validation study. In: RANTZ, M. J.; LEMONE, P.; editoras. *Classification of nursing diagnosis: proceedings of the twelfth conference*. Glendale: CINAHL Information Systems; 1997. p.79-86
- 14 ALEXANDRE NMC, COLUCI MZO. Content validity in the development and adaptation processes of measurement instruments. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016. 16(7): 3061-8.
- 15 POLIT DF, BECK CT, HUNGLER BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 7 ed. Porto Alegre: Artmed; 2011. p. 406-26.
- 16 PASQUALI L. *Psicometria: teoria e aplicação*. Brasília: Ed. UnB, 1998.
- 17 RIBEIRO JL. *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. 3. ed. Porto: Legis; 2010.
- 18 XAVIER ACH et al . Assédio moral no trabalho no setor saúde no Rio de Janeiro: algumas características. *Rev. bras. saúde ocup.*, 2008. 33(117):15-22. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572008000100003&lng=en&nrm=iso>.
- 19 MACIEL RH et al. Auto relato de situações constrangedoras no trabalho e assédio moral nos bancários: uma fotografia. *Revista Psicologia & Sociedade*. 2007. 19: 117-128.
- 20 HIRIGOYEN MF. *Assédio moral: a violência perversa no cotidiano*. 6. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006.
- 21 CEZAR ES, MARZIALE MHP. Problemas de violência ocupacional em um serviço de urgência hospitalar da cidade de Londrina, Paraná, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2006. 22(1): 217-221.
- 22 KLIJN TP, SUAZO SV, MORENO MB. Violencia percibida por trabajadores de atención primaria de salud. *Cienc Enferm*. 2004. 10(2):53-65.
- 23 JEONG DJY, KURCGANT P. Factors of work dissatisfaction according to the perception of nurses of a university hospital. *Rev Gaúcha Enferm*. 2010. 31(4):655-61.

- 24 ALMIRALL HERNÁNDEZ PJ et al. Validación de un instrumento para el diagnóstico del mobbing, cuestionario de Heinz Leymann (LIPT) modificado. Rev Cub Salud Trab. 2008. 9(1):34-48.
- 25 FONTES KB, PELLOSO SM, CARVALHO MDB. Tendência dos estudos sobre assédio moral e trabalhadores de enfermagem. Rev Gaúcha Enferm. 2011. 32(4):815-22
- 26 COSTA SS, HAMMERSCHMIDT KSA, ERDMANN AL. Assédio moral nas relações de trabalho na enfermagem: olhares possíveis a partir da complexidade. Cogitare Enferm. 2010.15(4):749-52.
- 27 JOÃO AL. Mobbing, relações interpessoais e satisfação laboral. Int J Develop Psychol. 2010. 1(1):399-406. Disponível em: http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&view=article&id=3567:mobbing-relacoes-interpessoais-e-satisfacao-laboral&catid=216:julho-a-agosto-2010
- 28 Hirigoyen MF. Mal-estar no trabalho: redefinindo o assédio moral. 4. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2009. 350 p.
- 29 SOARES AS. Mobbing: relações com a síndrome de burnout e a qualidade de vida dos trabalhadores de uma instituição universitária de Campo Grande, MS. 2008. 177 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco. Campo Grande, 2008.
- 30 CARAN VCS, SECCO IAO, BARBOSA RMLCC. Assédio moral entre docentes de instituição pública de ensino superior do Brasil. Acta Paul Enferm. 2010. 23(6): 737-744.

5 Considerações Finais

O assédio moral vem se tornando uma temática emergente no ambiente de trabalho no cenário brasileiro, sobretudo em virtude as consequências negativas dessa prática, que não se limitam apenas às vítimas de assédio moral. Ressalta-se que, em função do assédio moral, muitas vítimas têm sua saúde debilitada a ponto de ser impedidas de exercer suas funções laborais, provocando seu afastamento.

Nesse contexto, observa-se que se torna de extrema importância o cuidado do ambiente de trabalho. Para isso, torna-se necessário conhecer os fatores que promovem a vulnerabilidade para essa violência, uma vez que esses profissionais podem atuar como agentes de prevenção e promoção na saúde de sua equipe.

É nesse contexto que o presente estudo desenvolveu um instrumento com vistas a identificar a vulnerabilidade de profissionais de saúde no contexto hospitalar para a ocorrência da prática do assédio moral

A construção do instrumento seguiu as etapas recomendadas na literatura – especificação do domínio do construto; atividades de geração de itens e validação de face e conteúdo; decisões sobre as respostas; construção do instrumento de pesquisa; primeira amostragem; procedimentos de limpeza da escala; análise de confiabilidade da escala final; e desenvolvimento de normas e recomendações de uso e interpretações.

Não ocorreram mudanças significativas no conteúdo dos itens pertencentes às dimensões: relação entre o trabalhador e profissionais no ambiente de trabalho; pressão no trabalho pelo chefe imediato e profissionais; e condições de trabalho; indicando maior apropriação dos conceitos que elas representam. O instrumento composto por 42 itens, agrupados em três dimensões.

Na dimensão “Relação entre o trabalhador e profissionais no ambiente de trabalho”, ficou compreendida como o empregado é tratado por seu colega e/ou chefe, consistindo na

prática de atos, gestos, palavras e comportamentos vexatórios, humilhantes, degradantes e constrangedores, de forma sistemática e prolongada. Em relação à dimensão “Pressão no trabalho pelo chefe imediato e profissionais”, esta se refere ao conjunto de todas as exigências depositadas sobre uma determinada pessoa, podendo ser física e/ou psicológica. Quanto à dimensão “condições de trabalho”, esta se refere ao local e ambiente em que se desenvolvem, convivência e permanência dos trabalhadores, enquanto no exercício de suas atividades laborais.

Cumprasse assinalar, que o instrumento foi avaliado por 13 *experts* na área do assédio moral, sendo a maioria (76,90%) do sexo feminino e com idade entre 29 e 56 anos. No que se refere à categoria profissional, 23,10% eram da área do Direito, e 57,70% desses eram mestres.

A composição do grupo de *experts* multidisciplinar, com vasta formação e experiência em diferentes áreas, contribuíram para a obtenção de uma avaliação global, criteriosa e de credibilidade do instrumento. Porquanto, a participação desses foi fundamental para identificar a pertinência dos itens em relação ao constructo, bem como avaliar a compreensão e clareza desses itens.

Destaca-se que por meio da análise validação de conteúdo do instrumento pelos *experts*, obteve IVC total de 0,94. Realizou-se também a verificação da consistência interna do instrumento por parte dos *experts* em relação aos itens: domínio (0,832); compreensão e clareza (0,795); pertinência conceitual (0,547); formato e apresentação (0,394).

No que diz respeito à validação do instrumento, esta foi realizada por meio da aplicação do instrumento a 84 profissionais de saúde (49,4%), de uma população de 170 profissionais que trabalham nas UTI'S do hospital selecionado para estudo, sendo majoritariamente do sexo feminino, n= 77 (91,6%), com idade compreendida entre os 25 e 59 anos, sendo que 38 (45,2%) exerciam a função de técnico de enfermagem, 24 (28,6%) a de

enfermeiro, 11 (13,1%) a de fisioterapia, oito (9,5%) a de médico, um (1,2%) a de terapeuta ocupacional, um (1,2%) a de fonoaudiólogo, e um (1,2%) não mencionou o cargo que exercia.

Verificou-se a análise da validade de constructo, através da análise da consistência interna, pelo cálculo do coeficiente de alfa de Cronbach. Por meio dessa análise, pôde-se verificar que todas as dimensões apresentavam valores excelentes.

Decorrente da aplicação da escala aos referidos profissionais, foi possível constatar que 20,2% (n=17) apresentaram um somatório de escores de itens entre 70 e 140 pontos, o que caracteriza tal população como vulnerável à prática do assédio moral. Dentre esta população, pôde-se verificar que 35,3% (n=6) eram técnicos de enfermagem, 29,4% (n=5) eram enfermeiros, 29,4% (n=5) eram fisioterapeutas e 5,9% (n=1) era fonoaudiólogo. Tais resultados estão em consonância com a literatura, que apontam os profissionais de enfermagem como uma das categorias mais vulneráveis às situações de assédio moral da área da saúde, em virtude as condições opressivas no ambiente de trabalho.

Contudo, faz-se mister destacar que o assédio moral não escolhe pessoas ou organizações específicas. Todos os tipos de organizações e pessoas da empresa podem ser atingidos, sendo este ainda mais cruel quando as pessoas estão em cargos mais baixos na hierarquia e não podem se defender. Os efeitos do referido fenômeno são devastadores e sentidos pelas vítimas, pela sociedade e pelas organizações. Portanto, é imperativo tomar providências, repensar o sistema de gestão e coibir essa prática, com vistas a propiciar ao trabalhador boas condições físicas, psicológicas e econômicas para contribuir com seu equilíbrio social, físico e mental.

Os achados indicam que a escala reúne critérios de validade psicométrica, com elevada consistência interna, sendo um instrumento promissor para identificar a

vulnerabilidade de profissionais da saúde para a prática do assédio moral, que contribuem para o desenvolvimento de estratégias que visem amenizar tal prática.

Apesar do rigor metodológico aplicado na construção e validação do instrumento, admite-se como limitação do estudo, o fato de a escala ter sido aplicada numa única organização hospitalar. Esse fato indica para a realização de novos estudos empíricos, nomeadamente em diferentes contextos da prática clínica, empregando-se outras análises, como a fatorial confirmatória.

Espera-se, pois, que esta pesquisa possa subsidiar novas investigações sobre o referido tema com profissionais de saúde, visto que se trata de uma prática desconhecida para muitas pessoas, tanto no ambiente de trabalho - público ou privado - quanto no meio acadêmico. Logo, precisa ser disseminada para gestores, profissionais da área de saúde, estudantes e demais pesquisadores do assunto.

REFERÊNCIAS

1. FONTES, K. B.; PELLOSO, S. M.; CARVALHO, M. D. B. Tendência dos estudos sobre assédio moral e trabalhadores de enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v. 32, n. 4, p. 815-22, dez., 2011.
2. BOBROFF, M. C. C.; MARTINS, J. T.; Assédio moral, ética e sofrimento no trabalho. **Rev. bioét. (Impr.)**, v. 21, n. 2, p. 251-8, 2013.
3. BATTISTELLI, B. M.; AMAZARRAY, M. R.; KOLLER, S. H. Mobbing at work according to operators of the law. **Psicol Soc.**, v. 23, n. 1, p. 35-45, 2011.
4. COVERDALE, J. H.; BALON, R.; ROBERTS, L. W. Mistreatment of trainees: verbal abuse and other bullying behaviors. **Acad Psychiatry.**, v. 34, n. 4, p. 2009.
5. CAHÚ, G. R.; et al. Scientific production in journals online on the practice of bullying: an integrative review. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 32, n. 3, p. 611-9, 2011.
6. EINARSEN, S. The nature, causes and consequences of bullying at work: the Norwegian experience. **Pistes**, v. 7, n. 3, p. 1-14, 2005.
7. AZEVEDO, A. L.; ARAÚJO, S.T. The visibility of moral harassment in the work of nursing. **Rev Pesp Cuid Fundam.**, v. 4, n. 3, p. 2578-84, 2012.
8. SILVA, S. C. A.; BITTAR, C. M. L.; o assédio moral no trabalho e a vulnerabilidade feminina. **Revista Cesumar Ciências Humanas e Sociais Aplicadas**, v.17, n.1, p. 301-322, jan./jun., 2012.
9. BRADASCHIA, C. A. Assédio moral no trabalho: a sistematização dos estudos sobre um campo em construção. 2007. 230f. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) - Fundação Getulio Vargas, São Paulo, 2007.
10. OZTURK, H.; et al. Measuring mobbing experiences of academic nurses: development of a mobbing scale. **J Am Acad Nurse Pract.**, v. 20, n. 9, p. 435-42, 2008.
11. PEDROSO, V. G.; et al. Aspectos conceituais de assédio moral: um estudo exploratório. **Rev Adm Saúde.**, v. 8, n. 33, p. 139-47, 2006.
12. SILVA, J. L. O. **Assédio moral no ambiente de trabalho**. Rio de Janeiro: Jurídica; 2005.
13. VIEIRA, A. C. G. **Assédio moral no ambiente de trabalho: uma violação silenciosa à dignidade humana no âmbito das relações de emprego**. Belo Horizonte: Ed. PUC; 2007.
14. Heloani, J. R., & Barreto, M. (2010). Aspectos do trabalho relacionados à saúde mental: Assédio moral e violência psicológica. In D. M. R. Glina & L. E. Rocha, Saúde mental no trabalho: Da teoria à prática (pp. 31-48). São Paulo, SP: Roca.
15. FIORELLI, J. O.; FIORELLI, M. R. Malhadas MJO. **Assédio moral: uma visão multidisciplinar**. São Paulo: LTr; 2007.
16. HERNANDÉZ, P. J. A.; et al. Validación de um instrumento para el diagnóstico Del mobbing, cuestionario de Heinz Leymann (LIPT) modificado. **Rev Cub Salud Trabajo**, v. 9, n. 1, p. 34-48, 2008.
17. CEZAR, E. S.; MARZIALE, M. H. Occupational violence problems in an emergency hospital in Londrina, Paraná, Brazil. **Cad Saúde Pública**, v. 22, n. 1, p. 217-21, 2006.
18. ADAY, La. At risk in América: the health and health care needs of vulnerable populations in the United States. **San Franscico: Jossey-Bass**; 1993.
19. ANJOS, M. F. A vulnerabilidade como parceira da autonomia. **Rev Bras Bioética**. 2006;2 (2):173-86.

20. AYRES, J.; et al.; Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, G.; et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Editora Fiocruz; 2006. p. 375-417.
21. FONTES, K. B.; et al. Fatores associados ao assédio moral no ambiente laboral do enfermeiro. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 21, n. 3, 07 telas, 2013.
22. MARTINS, M. C. F.; FERRAZ, A. M. S. Propriedades psicométricas das escalas de assédio moral no trabalho – percepção e impacto. **Psico-USF**, v. 16, n. 2, p. 163-173, mai./ago., 2011.
23. DILEK, Y.; AYTOLAN, Y. Development and psychometric evaluation of workplace psychologically violent behaviours instrument. **Journal of Clinical Nursing**, v. 17, p. 1361–70, 2008.
24. SOARES, L. Q.; FERREIRA, M. C. Pesquisa participante como opção metodológica para a investigação de práticas de assédio moral no trabalho. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**, v. 6, n. 2, 2006.
25. PALÁCIOS, M.; et al. Violência no trabalho no setor de saúde: um estudo epidemiológico. Em L. A. P. Soboll (Org.). **Violência psicológica e assédio moral no trabalho: pesquisas brasileiras**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008. p. 247-270.
26. LEYMAN, H. (1996). The content and development of mobbing at work. **European Journal of Work and Organizational Psychology**, v. 5, n. 6, p. 165-184, 1997.
27. NIEDL, K. **Mobbing/bullying at the work place**. München: Rainer Hampp Verlag, 1995.
28. FIDALGO, A. M.; PIÑUEL, I. (2004). La escala Cisneros como herramienta de valoración del mobbing. **Psicothema**, v. 16, n. 4, p. 615-624, 2004.
29. PIÑUEL, I. Informe Cisneros V. **La incidencia del mobbing o acoso psicológico en el trabajo en España**. Universidad de Alcalá de Henares. 2004
30. EINARSEN, S.; HOEL, H. **The Negative Acts Questionnaire**: development, validation and revision of a measure of bullying at work. Paper presented at the 10th. European Congress on Work and Organisational Psychology, Prague, 2001.
31. HOEL, H.; COOPER, C. L.; FARAGHER, B. The experience of bullying in Great Britain: the impact of organizational status. **European Journal of Work and Organizational Psychology**, v. 10, n. 4, p. 443-465, 2001.
32. FORNÉS, J.; MARTÍNEZ-ABASCAL, M. A.; GARCÍA DE LA BANDA, G. Análisis factorial del cuestionario de hostigamiento psicológico en el trabajo en profesionales de enfermería. **Internacional Journal of Clinical and Health Psychology**, v. 8, n. 1, p. 267-283, 2008.
33. Maciel, R. H. & Gonçalves, R. C. (2008). Pesquisando o assédio moral: a questão do método e a validação do Negative Acts Questionary (NAQ) para o Brasil. Em L. A. P. Soboll (Org.). *Violência psicológica e assédio moral no trabalho: pesquisas brasileiras* (pp. 167-185). São Paulo: Casa do Psicólogo.
34. Fornés, J., Martínez-Abascal, M. A. & García de la Banda, G. (2008). Análisis factorial del cuestionario de hostigamiento psicológico en el trabajo en profesionales de enfermería. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(1),267-283.
35. SALIN, D. Prevalence and forms of bullying among business professionals: a comparison of two different strategies for measuring bullying. **European Journal of Work and Organizational Psychology**, v. 10, n. 4, p. 425-441, 2001.

36. POLIT, D. F.; BECK, C. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.
37. LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. Desenhos não-experimentais. In. LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. (Org.). **Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2001. p. 110-21.
38. COSTA, F. J. **Mensuração e desenvolvimento de escalas: aplicações em administração**. Rio de Janeiro: Ciência Moderna Ltda., 2011.
39. SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein** [Internet]. 2010 [Citado 2013 Aug 05]; 8 (1):102-6. Available from: http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1134-Einsteinv8n1_p102-106_port.pdf.
40. SOUZA, N. A.; BORUCHOVITCH, E. Mapas conceituais: estratégia de ensino/aprendizagem e ferramenta avaliativa. **Educ Rev.**, v. 26, n. 3, p. 195-217, 2010.
41. Roberts P, Priest H, Traynor M. Reliability and validity in research. *Nurs Stand* 2006; 20(44):41-45.
42. WYND, C. A.; SCHMIDT, B.; SCHAEFER, M.A. Two quantitative approaches for estimating content validity. **West J Nurs Res.**, v. 25, n. 5, p. 508-518, 2003.
43. ERTHAL, T. C. **Manual de psicometria**. 7ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.
44. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 7th ed. Porto Alegre: Artmed; 2011. p. 406-26.
45. Fitzner K. Reliability and validity. *Diabetes Educ* 2007; 33(5):775-780.
46. Dempsey PA, Dempsey AD. Using nursing research. 5th ed. Philadelphia: Lippincott; 1996.
47. HOSKINS, L. M. How to do a validation study. In: RANTZ, M. J.; LEMONE, P.; editoras. **Classification of nursing diagnosis: proceedings of the twelfth conference**. Glendale: CINAHL Information Systems; 1997. p.79-86
48. ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Content validity in the development and adaptation processes of measurement instruments. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3061-8, 2011.
49. Lynn, M. R. (1986). Determination and quantification of content validity.(*Nursing Research*, 35, 382—385.)
50. Haynes, S. N., Richard, D. R., & Kubany, E. S. (1995). Content validity in psychological assessment: A functional approach to concepts and methods *Psychological Assessment*, 7, 238-247.
51. DEVON, HÁ.; et al. A psychometric toolbox for testing validity and reliability. **J Nurs Scholarsh**, v. 39, n. 2, p. 155-64, 2007.
52. GRANT, J. S.; DAVIS, L. L. Selection and use of content experts for instrument development. **Res Nurs Health**, v. 20, n. 3, p. 269-274, 1997.
53. LIKERT, R. A technique for the measurement of attitudes. **Arch of Psychol.**, v. 22, n. 140, p. 1-55, 1932.
54. SILVA JÚNIOR, S. D.; COSTA, F. J. Mensuração e Escalas de Verificação: uma Análise Comparativa das Escalas de Likert e Phrase Completion. **PMKT – Revista Brasileira de Pesquisas de Marketing**, São Paulo, Brasil, v. 15, p. 1-16, outubro, 2014.
55. GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

56. RICHARDSON, Roberto Jarry. Pesquisa Social: Métodos e Técnicas. São Paulo: Atlas, 2012.
57. CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J. L. & PINEAULT, R., 1997. A avaliação na área de saúde: Conceitos e métodos. In: *Avaliação em Saúde: Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas* (Z. M. A. Hartz, org.), pp. 29-47, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

APÊNDICES

Apêndice A

CARTA CONVITE

Ilmo(a) Sr(a) _____

Eu, **Isabelle Cristinne Pinto Costa**, acadêmica do curso **Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade da Paraíba, nível Doutorado**, juntamente com a Professora **Dra. Solange Fátima Geraldo da Costa**, estamos realizando uma pesquisa intitulada “ASSÉDIO MORAL NO TRABALHO E A VULNERABILIDADE DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE: construção e validação de instrumento”, conforme carta convite abaixo. Venho por meio deste, solicitar a participação de V. S^a. para compor o Corpo de Juízes da pesquisa. Para tanto solicito, se nos honrarmos com sua participação, a realização do download em anexo para ter acesso ao instrumento.

Obrigada,
Isabelle Cristinne Pinto Costa

CARTA CONVITE AOS JUÍZES DA PESQUISA

Aos avaliadores,

Vimos por meio desta, respeitosamente, convidá-lo a compor o Corpo de Juízes da pesquisa de Doutorado intitulada “ASSÉDIO MORAL NO TRABALHO E A VULNERABILIDADE DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE: construção e validação de instrumento”, que tem como objetivos: construir um instrumento para identificação da vulnerabilidade de profissionais de saúde no contexto hospitalar para a ocorrência da prática do assédio moral; e validar o instrumento proposto para a identificação da vulnerabilidade de profissionais da saúde.

Certos de sua valiosa contribuição nessa etapa da pesquisa e por reconhecer sua experiência profissional, solicitamos sua colaboração na leitura e apreciação do instrumento, assim como sugestões acerca da modificação na redação, manutenção ou substituição dos itens, caso o julgue necessário.

A avaliação deste material compõe a primeira etapa da pesquisa que obteve parecer favorável junto ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley- HULW, com CAAE de número 42938515.6.0000.5183. As informações obtidas serão utilizadas para fins científicos, obedecendo a resolução 466/12.

Caso nos honre com a sua participação para compor o quadro de juízes, o material a ser avaliado está disponibilizado através de um formulário que deverá ser avaliado em 10 dias a contar da data de recebimento deste e-mail. O instrumento e o TCLE estão em anexo neste e-mail.

Na certeza de contarmos com a sua colaboração e empenho, agradecemos antecipadamente.

Atenciosamente,

Solange Fátima Geraldo da Costa

Docente do curso de Doutorado e Mestrado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da
Universidade da Paraíba

Isabelle Cristinne Pinto Costa

Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade da Paraíba

Apêndice B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –EXPERTS

Título do Projeto: ASSÉDIO MORAL NO TRABALHO E A VULNERABILIDADE DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE: construção e validação de instrumento

Pesquisadora responsável: Isabelle Cristinne Pinto Costa

Orientadora: Profª Drª Solange Fátima Geraldo dos Santos

Prezado (a),

Somos pesquisadoras do Curso de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, e gostaríamos de convidá-la para participar da pesquisa intitulada: ASSÉDIO MORAL NO TRABALHO E A VULNERABILIDADE DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE: construção e validação de instrumento. Este estudo tem como objetivo principal: construir um instrumento para identificação da vulnerabilidade de profissionais de saúde no contexto hospitalar para a ocorrência da prática do assédio moral; e validar o instrumento proposto para a identificação da vulnerabilidade de profissionais da saúde.

A finalidade deste trabalho é de assim desenvolver um instrumento válido e fidedigno para avaliação do assédio moral no contexto brasileiro, haja vista que seus resultados poderão contribuir para o estudo deste fenômeno, que urge ser discutido.

Para a realização desta pesquisa, solicitamos a sua colaboração na qualidade de colaborador (especialista/*expert*) para etapa de construção e validação do instrumento, para julgar os itens do instrumento, observando os seguintes aspectos: clareza dos dados; facilidade de leitura; compreensão dos itens; formato do instrumento e apresentação; abrangência e representatividade do conteúdo para identificar a vulnerabilidade do profissional da saúde no contexto hospitalar para a ocorrência do assédio moral.

Considerando-se que toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve risco, o dano eventual que este estudo poderá ocasionar-lhe de imediato é mínimo, relacionado a um possível desconforto psicológico no que tange a extensão e exaustão na construção do instrumento. Faz-se oportuno esclarecer, que a sua participação, é voluntária, não sendo obrigado a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelos pesquisadores podendo requerer a sua desistência a qualquer momento do estudo.

É importante mencionar que você receberá uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que a pesquisadora estará à sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa do processo de pesquisa. Caso o (a) senhor (a) consinta, será necessário assinar este termo como é exigido na Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional De Saúde (CNS), que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos.

Solicitamos o seu consentimento também para a publicação e divulgação dos resultados, nos veículos científicos e/ou de divulgação (jornais, revistas, congressos, dentre outros), que os (as) pesquisadores (as) acharem convenientes, garantindo o seu anonimato. Esperamos contar com seu apoio, e desde já agradecemos a sua colaboração.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecida e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

João Pessoa, ____/____/2016.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Contato com a Pesquisadora Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para a pesquisadora: Isabelle Cristinne Pinto Costa

E-mail: belle_costa@hotmail.com

Endereço residencial: Av. Argemiro de Figueiredo Pessoa, nº125, apto.303/Bessa. CEP: 58037-030. João Pessoa – PB.

Ou

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley – CEP/HULW/UFPB. Endereço: Campus I , S/N - Cidade Universitária - João Pessoa-PB. CEP: 58050-000

☎ (83) 32167964.

Atenciosamente,

Assinatura do Pesquisador Responsável

Obs.: O sujeito da pesquisa ou seu representante e o pesquisador responsável deverão rubricar todas as folhas do TCLE apondo suas assinaturas na última página do referido Termo.

Apêndice C

ESCALA DE IDENTIFICAÇÃO DA VULNERABILIDADE DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE NO CONTEXTO HOSPITALAR PARA A OCORRÊNCIA DA PRÁTICA DO ASSÉDIO MORAL – EIVAM - CH

Prezado,

Estamos desenvolvendo um estudo em nível de Doutorado, no Programa de Pós-graduação do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. Intitulado “Assédio moral no trabalho e a vulnerabilidade de profissionais da saúde: construção e validação de um instrumento”, este estudo tem por objetivo construir e validar um instrumento para identificar a vulnerabilidade do profissional da saúde, no contexto hospitalar, para a ocorrência da prática do assédio moral.

Porquanto, solicitamos a sua anuência em participar desse estudo e sua valiosa colaboração no sentido de analisar os itens do instrumento, observando os seguintes aspectos:

- ✓ Clareza dos dados;
- ✓ Facilidade de leitura;
- ✓ Compreensão dos itens;
- ✓ Formato do instrumento e apresentação;
- ✓ Abrangência e representatividade do conteúdo para identificar a vulnerabilidade do profissional da saúde no contexto hospitalar para a ocorrência do assédio moral;
- ✓ Índice de Validade de Conteúdo (IVC).

Os domínios do construto **vulnerabilidade**, identificados a partir de um estudo de revisão integrativa da literatura, em que se puderam extrair os indicadores empíricos através da utilização da metodologia do mapa conceitual, possibilitou a identificar as seguintes dimensões: **relação entre o trabalhador e profissionais no ambiente de trabalho; pressão no trabalho pelo chefe imediato e profissionais; e condições de trabalho.**

Por conseguinte, solicitamos a identificação dos itens relacionando-os com os seguintes domínios, considerando que:

O construto **Vulnerabilidade** refere-se ao conjunto de fatores de ordem biológica, epidemiológica, social e cultural, cuja interação pode ampliar ou reduzir o risco ou a proteção de uma pessoa frente a uma determinada doença, risco ou dano, buscando entender como que esta se relaciona com a situação do assédio moral, fenômeno este que ocorre nas relações de trabalho, sobretudo entre os profissionais da saúde.

E os domínios correspondentes ao construto

Relação entre o trabalhador e profissionais no ambiente de trabalho refere-se à forma como o empregado é tratado por seu colega e/ou chefe, consistindo na prática de atos, gestos, palavras e comportamentos vexatórios, humilhantes, degradantes e constrangedores, de forma sistemática e prolongada.

Pressão no trabalho pelo chefe imediato e profissionais refere-se ao conjunto de todas as exigências depositadas sobre uma determinada pessoa, podendo ser física e/ou psicológica.

Condições do trabalho referem-se ao local e ambiente em que se desenvolvem, convivência e permanência dos trabalhadores, enquanto no exercício de suas atividades laborais.

Em relação ao **Índice de Validade de Conteúdo (IVC)**, que mede a proporção ou porcentagem de experts que estão em concordância sobre determinados aspectos do instrumento e de seus itens, solicitamos que você assinale: 1 - não claro; 2 - pouco claro; 3 - bastante claro; e 4 - muito claro.

Solicitamos, por gentileza, a leitura de todos os itens do instrumento e preencha o formulário em anexo considerando as características anteriormente assinaladas, emitindo seu parecer, sugestões e observações, caso sejam necessárias. Solicitamos o retorno do instrumento no prazo de 10 dias, conforme sua disponibilidade. Agradecemos a sua concordância em participar desse estudo e reforçamos que sua colaboração é de suma importância para a continuidade deste estudo.

Desde já agradecemos a sua atenção

Prof.^a. Dr.^a. Solange Fátima Geraldo da Costa

Orientadora

Prof.^a. Ms. Isabelle Cristinne Pinto Costa

Doutoranda

APÊNDICE C (cont.)

ESCALA DE IDENTIFICAÇÃO DA VULNERABILIDADE DA PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO CONTEXTO HOSPITALAR PARA A OCORRÊNCIA DA PRÁTICA DO ASSÉDIO MORAL / EIVAM – CH

(1º versão – análise dos juízes)

Relacione, por gentileza, cada item com o domínio correspondente, assinalando conforme a seguinte codificação:

A – Relação entre o trabalhador e profissionais no ambiente de trabalho

B – Pressão no trabalho pelo chefe imediato e profissionais

C – Condições do Trabalho

Itens	Domínio	Compreensão e clareza	Pertinência conceitual	Formato e apresentação	Índice de Validade de Conteúdo (IVC)
Foi submetido a uma situação constrangedora pelo chefe imediato no ambiente de trabalho.	() A () B () C	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() Adequado () Inadequado	() 1 () 2 () 3 () 4
Apresentou dificuldades pessoais com a chefia.	() A () B () C	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() Adequado () Inadequado	() 1 () 2 () 3 () 4
Foi alvo do uso excessivo, injusto, inadequado ou impróprio do poder pela chefia.	() A () B () C	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() Adequado () Inadequado	() 1 () 2 () 3 () 4
Foi alvo de supervisão excessiva de seu trabalho por outro profissional.	() A () B () C	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() Adequado () Inadequado	() 1 () 2 () 3 () 4
Foi exposto a um ambiente de trabalho inadequado.	() A () B () C	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() Adequado () Inadequado	() 1 () 2 () 3 () 4

Foi submetido a um ambiente de trabalho com equipamentos insuficientes e precários.	() A () B () C	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() Adequado () Inadequado	() 1 () 2 () 3 () 4
Foi exposto pelo chefe imediato a uma carga de trabalho excessiva.	() A () B () C	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() Adequado () Inadequado	() 1 () 2 () 3 () 4
Foi pressionado para não reclamar de um direito garantido que você tem como trabalhador pelo chefe imediato.	() A () B () C	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() Adequado () Inadequado	() 1 () 2 () 3 () 4
Foi convidado a realizar tarefas incompatíveis com a sua qualificação funcional pela chefia.	() A () B () C	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() Adequado () Inadequado	() 1 () 2 () 3 () 4
Apresentou dificuldades pessoais com outro profissional da área da saúde.	() A () B () C	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() Adequado () Inadequado	() 1 () 2 () 3 () 4
Teve autoridade rejeitada pelo chefe imediato.	() A () B () C	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() Adequado () Inadequado	() 1 () 2 () 3 () 4
Foi humilhado e ridicularizado em relação ao seu trabalho pelo chefe imediato.	() A () B () C	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() Adequado () Inadequado	() 1 () 2 () 3 () 4
Foi submetido a uma situação constrangedora pelo colega de profissão no ambiente de trabalho.	() A () B () C	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() Adequado () Inadequado	() 1 () 2 () 3 () 4
Foi ignorado e/ou excluído do ambiente e do convívio social pela chefia.	() A () B () C	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() Adequado () Inadequado	() 1 () 2 () 3

					() 4
Foi alvo de supervisão excessiva de seu trabalho pelo chefe imediato.	() A () B () C	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() Adequado () Inadequado	() 1 () 2 () 3 () 4
Foi imposto pelo chefe imediato a mudar o horário de seu trabalho.	() A () B () C	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() Adequado () Inadequado	() 1 () 2 () 3 () 4
Foi submetido a salário inadequado para sua função.	() A () B () C	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() Adequado () Inadequado	() 1 () 2 () 3 () 4
Foi solicitado pelo chefe imediato a executar tarefas de grande complexidade para serem executadas em curto tempo.	() A () B () C	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() Adequado () Inadequado	() 1 () 2 () 3 () 4
Foi pressionado para não reclamar de um direito garantido que você tem como trabalhador por outro profissional	() A () B () C	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() Adequado () Inadequado	() 1 () 2 () 3 () 4
Foi desvalorizado pelo chefe imediato no ambiente de trabalho.	() A () B () C	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() Adequado () Inadequado	() 1 () 2 () 3 () 4
Foi submetido a uma situação constrangedora por outro profissional no ambiente de trabalho.	() A () B () C	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() Adequado () Inadequado	() 1 () 2 () 3 () 4
Foi exposto a uma chefia autoritária.	() A () B () C	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() Adequado () Inadequado	() 1 () 2 () 3 () 4
Foi alvo de comportamentos intimidativos pelo colega de profissão.	() A () B	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() Adequado () Inadequado	() 1 () 2

	☐ C				☐ 3 ☐ 4
Foi ignorado e/ou excluído do ambiente e do convívio social pelo colega de profissão.	☐ A ☐ B ☐ C	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO	☐ Adequado ☐ Inadequado	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
Foi alvo de supervisão excessiva de seu trabalho pelo colega de trabalho.	☐ A ☐ B ☐ C	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO	☐ Adequado ☐ Inadequado	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
Foi alvo de exclusão pelo chefe imediato no ambiente de trabalho, ficando sem qualquer atividade.	☐ A ☐ B ☐ C	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO	☐ Adequado ☐ Inadequado	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
Foi exposto a uma diminuição salarial sem justificativa.	☐ A ☐ B ☐ C	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO	☐ Adequado ☐ Inadequado	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
Foi submetido a um atraso de salário sem justificativa.	☐ A ☐ B ☐ C	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO	☐ Adequado ☐ Inadequado	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
Foi convidado a realizar tarefas incompatíveis com a sua qualificação funcional por outro profissional.	☐ A ☐ B ☐ C	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO	☐ Adequado ☐ Inadequado	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
Foi ignorado e/ou excluído do ambiente e do convívio social por outro profissional.	☐ A ☐ B ☐ C	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO	☐ Adequado ☐ Inadequado	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
Foi desvalorizado pelo colega de profissão no ambiente de trabalho.	☐ A ☐ B ☐ C	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO	☐ Adequado ☐ Inadequado	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
Apresentou dificuldades pessoais com o colega de	☐ A	☐ SIM	☐ SIM	☐ Adequado	☐ 1

profissão.	☐ B ☐ C	☐ NÃO	☐ NÃO	☐ Inadequado	☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
Foi submetido a comentários ofensivos por outro profissional contra você.	☐ A ☐ B ☐ C	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO	☐ Adequado ☐ Inadequado	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
Foi convidado a realizar tarefas incompatíveis com a sua qualificação funcional pelo colega de profissão.	☐ A ☐ B ☐ C	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO	☐ Adequado ☐ Inadequado	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
Foi desvalorizado por outro profissional no ambiente de trabalho.	☐ A ☐ B ☐ C	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO	☐ Adequado ☐ Inadequado	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
Foi solicitado a realizar tarefas de outros colegas de trabalho.	☐ A ☐ B ☐ C	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO	☐ Adequado ☐ Inadequado	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
Foi submetido a comentários ofensivos pela chefia contra você.	☐ A ☐ B ☐ C	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO	☐ Adequado ☐ Inadequado	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
Foi pressionado para não reclamar de um direito garantido que você tem como trabalhador pelo colega de trabalho.	☐ A ☐ B ☐ C	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO	☐ Adequado ☐ Inadequado	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
Foi solicitado a executar atribuições que o isolam do ambiente de trabalho por outro profissional.	☐ A ☐ B ☐ C	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO	☐ Adequado ☐ Inadequado	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
Foi alvo de comportamentos intimidativos pelo chefe imediato.	☐ A ☐ B ☐ C	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO	☐ Adequado ☐ Inadequado	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
Foi submetido a comentários	☐ A	☐ SIM	☐ SIM	☐ Adequado	☐ 1

ofensivos pelo colega de profissão contra você.	☐ B ☐ C	☐ NÃO	☐ NÃO	☐ Inadequado	☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
Foi alvo de comportamentos intimidativos por outro profissional.	☐ A ☐ B ☐ C	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO	☐ Adequado ☐ Inadequado	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
Foi solicitado a executar atribuições que o isolam do ambiente de trabalho pelo colega de trabalho.	☐ A ☐ B ☐ C	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO	☐ Adequado ☐ Inadequado	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
Foi humilhado e ridicularizado em relação ao seu trabalho por outro profissional.	☐ A ☐ B ☐ C	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO	☐ Adequado ☐ Inadequado	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
Teve autoridade rejeitada por outro profissional.	☐ A ☐ B ☐ C	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO	☐ Adequado ☐ Inadequado	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
Foi solicitado a executar atribuições que o isolam do ambiente de trabalho pelo chefe imediato.	☐ A ☐ B ☐ C	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO	☐ Adequado ☐ Inadequado	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
Teve autoridade rejeitada pelo colega de profissão.	☐ A ☐ B ☐ C	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO	☐ Adequado ☐ Inadequado	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
Foi humilhado e ridicularizado em relação ao seu trabalho pelo colega de trabalho.	☐ A ☐ B ☐ C	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO	☐ Adequado ☐ Inadequado	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Assinatura do Juiz

____/____/____

Data

Apêndice D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: ASSÉDIO MORAL NO TRABALHO E A VULNERABILIDADE DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE: construção e validação de instrumento

Pesquisadora responsável: Isabelle Cristinne Pinto Costa

Prezado Profissional,

Sou doutoranda do programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFPB, sob a orientação da Prof. Dr. Solange Geraldo da Costa, e gostaria de convidá-lo (a) para participar da pesquisa intitulada: ASSÉDIO MORAL NO TRABALHO E A VULNERABILIDADE DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE: construção e validação de instrumento. Este estudo tem como objetivo principal: construir um instrumento para identificação da vulnerabilidade de profissionais de saúde no contexto hospitalar para a ocorrência da prática do assédio moral; e validar o instrumento proposto para a identificação da vulnerabilidade de profissionais da saúde.

A finalidade deste trabalho é de assim desenvolver um instrumento válido e fidedigno para avaliação do assédio moral no contexto brasileiro, haja vista que seus resultados poderão contribuir para o estudo deste fenômeno, que urge ser discutido. Para a realização desta pesquisa, solicitamos a sua colaboração para etapa de validação do instrumento, a fim de responder os itens propostos nesse.

Considerando-se que toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve risco, o dano eventual que este estudo poderá ocasionar-lhe de imediato é mínimo, relacionado a um possível desconforto psicológico. Faz-se oportuno esclarecer, que a sua participação, é voluntária, não sendo obrigado a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelos pesquisadores podendo requerer a sua desistência a qualquer momento do estudo.

É importante mencionar que você receberá uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que a pesquisadora estará à sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa do processo de pesquisa. Caso o (a) senhor (a) consinta, será necessário assinar este termo como é exigido na Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional De Saúde (CNS), que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos.

Solicito seu consentimento também para a publicação e divulgação dos resultados, nos veículos científicos e/ou de divulgação (jornais, revistas, congressos, dentre outros), que os (as) pesquisadores (as) acharem convenientes, garantindo o seu anonimato. Esperamos contar com seu apoio, e desde já agradecemos a sua colaboração.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecida e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

João Pessoa, ____/____/2016.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Contato com a Pesquisadora Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para a pesquisadora: Isabelle Cristinne P. Costa

Telefones para contato da pesquisadora: (83) 3216-7109

E-mail: belle_costa@hotmail.com

Ou

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley – CEP/HULW/UFPB. Endereço: Campus I, S/N - Cidade Universitária - João Pessoa-PB. CEP: 58050-000

☎ (83) 32167964.

Atenciosamente,

Assinatura do Pesquisador Responsável

Obs.: O sujeito da pesquisa ou seu representante e o pesquisador responsável deverão rubricar todas as folhas do TCLE colocando suas assinaturas na última página do referido Termo.

Apêndice E

ESCALA DE IDENTIFICAÇÃO DA VULNERABILIDADE DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO CONTEXTO HOSPITALAR PARA A OCORRÊNCIA DA PRÁTICA DO ASSÉDIO MORAL / EIVAM – CH

Estamos fazendo uma pesquisa para identificar a vulnerabilidade do profissional de saúde no contexto hospitalar para a ocorrência da prática do assédio moral. Sabe-se que o assédio moral é compreendido como sendo uma violência psicológica, sutil, dissimulada, intencional, de caráter repetitivo e prolongada, com a intenção de humilhar e excluir socialmente uma pessoa no contexto da atividade laboral; e que tem levado trabalhadores a apresentarem doenças como depressão, stress, pressão alta, entre outras.

Na relação de frases escritas abaixo há diversas situações que descrevem coisas que podem acontecer no trabalho e que tornam o trabalhador mais vulnerável a ser vítima do assédio moral.

Levando em conta sua experiência de trabalho, solicitamos que para cada situação apontada você assinale a FREQUÊNCIA com que elas aconteceram, marcando a sua resposta com o número correspondente à frequência.

Ressalte-se que você não nos informará o seu nome, e todas as informações serão mantidas em sigilo e apenas serão utilizadas de modo geral, transformadas em pontuações.

Pedimos que responda a todas as questões e que seja muito sincero. Muito obrigada por sua colaboração.

DADOS DO PARTICIPANTE

Idade _____ anos

Gênero: () Feminino () Masculino

Estado civil atual: _____

FORMAÇÃO

Curso:		Instituição:		Ano de Término:	
Especialização/Área:		Instituição:		Ano de Término:	
Mestrado/Área:		Instituição:		Ano de Término:	
Doutorado/Área:		Instituição:		Ano de Término:	
Capacitação:		Instituição:		Ano de Término:	
Curso de atualização:		Instituição:		Ano de Término:	

ATUAÇÃO PROFISSIONAL

Função atual:	
Carga horária:	
Setor de trabalho:	
Tempo de atuação na instituição:	

Coloque um círculo no número que melhor corresponde à sua experiência nos últimos seis meses:

1	2	3	4	5
Nunca	De vez em quando	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente

DIMENSÃO 1: RELAÇÃO ENTRE O TRABALHADOR E PROFISSIONAIS NO AMBIENTE DE TRABALHO					
43. Foi submetido a uma situação constrangedora pelo chefe imediato no ambiente de trabalho.	1	2	3	4	5
44. Foi submetido a uma situação constrangedora pelo colega de profissão no ambiente de trabalho.	1	2	3	4	5
45. Foi submetido a uma situação constrangedora por outro profissional no ambiente de trabalho.	1	2	3	4	5
46. Foi exposto a uma chefia autoritária.	1	2	3	4	5
47. Foi desvalorizado pelo colega de profissão no ambiente de trabalho.	1	2	3	4	5
48. Foi desvalorizado por outro profissional no ambiente de trabalho.	1	2	3	4	5
49. Foi submetido a comentários ofensivos pela chefia contra você.	1	2	3	4	5
50. Foi submetido a comentários ofensivos pelo colega de profissão contra você.	1	2	3	4	5
51. Foi submetido a comentários ofensivos por outro profissional contra você.	1	2	3	4	5
52. Foi alvo de comportamentos intimidativos pelo chefe imediato.	1	2	3	4	5
53. Foi alvo de comportamentos intimidativos pelo colega de profissão.	1	2	3	4	5
54. Foi alvo de comportamentos intimidativos por outro profissional.	1	2	3	4	5
55. Teve autoridade rejeitada pelo colega de profissão.	1	2	3	4	5
56. Teve autoridade rejeitada por outro profissional.	1	2	3	4	5
57. Foi humilhado e ridicularizado em relação ao seu trabalho pelo chefe imediato.	1	2	3	4	5
58. Foi humilhado e ridicularizado em relação ao seu trabalho pelo colega de trabalho.	1	2	3	4	5
59. Foi humilhado e ridicularizado em relação ao seu trabalho por outro profissional.	1	2	3	4	5
60. Foi ignorado e/ou excluído do ambiente e do convívio social pela chefia.	1	2	3	4	5
61. Foi ignorado e/ou excluído do ambiente e do convívio social pelo colega de profissão.	1	2	3	4	5
62. Foi ignorado e/ou excluído do ambiente e do convívio social por outro profissional.	1	2	3	4	5
DIMENSÃO 2: PRESSÃO NO TRABALHO PELO CHEFE IMEDIATO E PROFISSIONAIS					
63. Foi desvalorizado pelo chefe imediato no ambiente de trabalho.	1	2	3	4	5
64. Foi alvo do uso excessivo, injusto, inadequado ou impróprio do poder pela chefia.	1	2	3	4	5
65. Foi alvo de supervisão excessiva de seu trabalho pelo chefe imediato.	1	2	3	4	5
66. Foi alvo de supervisão excessiva de seu trabalho pelo colega de trabalho.	1	2	3	4	5
67. Foi alvo de supervisão excessiva de seu trabalho por outro profissional.	1	2	3	4	5
68. Foi pressionado a realizar tarefas incompatíveis com a sua qualificação funcional pela chefia.	1	2	3	4	5

69. Foi pressionado a realizar tarefas incompatíveis com a sua qualificação funcional pelo colega de profissão.	1	2	3	4	5
70. Foi pressionado a realizar tarefas incompatíveis com a sua qualificação funcional por outro profissional.	1	2	3	4	5
71. Foi pressionado para não reclamar de um direito garantido que você tem como trabalhador pelo chefe imediato.	1	2	3	4	5
72. Foi pressionado para não reclamar de um direito garantido que você tem como trabalhador pelo colega de trabalho.	1	2	3	4	5
73. Foi pressionado para não reclamar de um direito garantido que você tem como trabalhador por outro profissional.	1	2	3	4	5
74. Foi solicitado a executar atribuições que o isolam do ambiente de trabalho pelo chefe imediato.	1	2	3	4	5
75. Foi solicitado a executar atribuições que o isolam do ambiente de trabalho pelo colega de trabalho.	1	2	3	4	5
76. Foi solicitado a executar atribuições que o isolam do ambiente de trabalho por outro profissional.	1	2	3	4	5
77. Foi alvo de exclusão pelo chefe imediato no ambiente de trabalho, ficando sem qualquer atividade.	1	2	3	4	5
78. Foi solicitado pelo chefe imediato a executar tarefas de grande complexidade para serem executadas em curto tempo.	1	2	3	4	5
DIMENSÃO 3: CONDIÇÕES DE TRABALHO					
79. Foi exposto a um ambiente de trabalho inadequado.	1	2	3	4	5
80. Foi submetido a um ambiente de trabalho com equipamentos insuficientes e precários.	1	2	3	4	5
81. Foi submetido a salário inadequado para sua função.	1	2	3	4	5
82. Foi submetido a um atraso de salário sem justificativa.	1	2	3	4	5
83. Foi imposto pelo chefe imediato a mudar o horário de seu trabalho.	1	2	3	4	5
84. Foi exposto pelo chefe imediato a uma carga de trabalho excessiva.	1	2	3	4	5

Obrigada por sua participação!

ANEXOS

ANEXO A

DIRETRIZES PARA AUTORES DAS NORMAS DE SUBMISSÃO DA REVISTA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM



ISSN 0080-6234 *versão impressa*
ISSN 1980-220x *versão on-line*

Orientações Básicas

A REEUSP aceita artigos inéditos e originais, condena o plágio e o autoplágio. Textos que apresentarem semelhanças com outros já publicados serão excluídos do processo de avaliação. Nesses casos a Revista adota as orientações do Committee on Publication Ethics (COPE)(<http://publicationethics.org/>). Ideias já publicadas devem ser creditadas, em conformidade com as normas de referências.

O conteúdo dos artigos deve agregar **conhecimento e representar um avanço** para a prática, o ensino ou a pesquisa em enfermagem e saúde.

Nas pesquisas envolvendo seres humanos é necessário o envio de cópia da aprovação por um Comitê de Ética reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), segundo as normas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde - CNS ou órgão equivalente no país de origem da pesquisa.

Os manuscritos podem ser submetidos nos idiomas português, inglês e espanhol e destinados exclusivamente à REEUSP, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico, parcial ou integralmente.

A REEUSP possui uma versão eletrônica no idioma inglês. Quando o artigo for aprovado para publicação, a tradução deverá ser providenciada de acordo com as orientações da **Revista**, sendo o custo financeiro de responsabilidade dos autores.

O artigo deve ser submetido *online* no sistema *ScholarOne* (<http://mc04.manuscriptcentral.com/reeusp-scielo>), acompanhado de carta à Editora Científica informando os motivos pelos quais a REEUSP foi selecionada para a submissão. Adicionalmente, devem ser destacados os avanços e as contribuições do texto frente às publicações recentes já veiculadas sobre a temática.

Os autores devem colocar o nome por extenso, assinar e enviar a Declaração de Responsabilidade e de Cessão de Direitos Autorais (modelo anexo).

Custos de publicação **Taxa de Submissão/Publicação**

Taxa de submissão: R\$ 100,00 (cem reais)

Taxa de publicação: R\$ 800,00 (oitocentos reais)

As taxas deverão ser pagas através de transferências/depósitos bancários para:

Centro de Apoio à Pesquisa Escola de Enfermagem da USP - CEAP/EE

CNPJ: 13.523.056/0001-72

Banco: Santander (033)

Agência: 0201

Conta: 13.004932-3

Ao submeter o manuscrito no ScholarOne o comprovante da transferência ou do depósito (escaneado) deverá ser anexado em File Upload: Payment Proof.

Após o pagamento preencha os dados no link para emissão de recibo.
ceapee.com.br/enviocomprovante.htm

OBS: A taxa de submissão não será devolvida se o manuscrito não for aceito para publicação.

Processo de Avaliação

Este processo é realizado em diversas fases, envolvendo a Equipe Técnica (ET), a Editora Científica (EC), as Editoras Associadas (EA) e os pareceristas *ad hoc*.

Para o julgamento do mérito do manuscrito é utilizado o instrumento do sistema *ScholarOne*.

OBS: O anonimato é garantido durante todo o processo de julgamento. Os pareceres entre os revisores e autores podem ser abertos, com a anuência dos envolvidos.

- Fase 1: Análise inicial pela Secretaria da REEUSP, quanto ao cumprimento das normas estabelecidas nas **Instruções aos Autores**. Caso o manuscrito não atenda às normas estabelecidas, será devolvido para correção.
- Fase 2: Uma vez adequado às normas da Revista, o manuscrito é direcionado à Editora Científica (EC);
- Fase 3: A EC avalia a qualidade e o interesse do manuscrito para a REEUSP e encaminha à Editora Associada (EA);
- Fase 4: A EA avalia o manuscrito e o encaminha a dois pareceristas;
- Fase 5: Os pareceristas emitem julgamento do mérito no instrumento disponibilizado pelo sistema *ScholarOne*. Havendo discordância nos pareceres, o manuscrito é encaminhado a um terceiro parecerista;
- Fase 6: A EA, tendo por base os pareceres, toma a decisão editorial

- (aceitar, revisar ou recusar) e envia à EC;
- Fase 7: A EC, tendo por base os pareceres e a decisão da EA, toma a decisão editorial e dá conhecimento aos autores;
 - Fase 8: Em caso de aceite, o manuscrito entra no processo de editoração para publicação;
 - Fase 9: Revisão de português, o manuscrito é enviado para uma revisora da língua portuguesa;
 - Fase 10: Revisão bibliográfica, o bibliotecário faz a leitura do manuscrito para validar as referências, verificando a sequência das citações no texto e a correlação com a lista final. Elabora a padronização das referências no estilo “Vancouver” e dos descritores de acordo com o DeCS e o MeSH Database.

Categorias de Publicações

a) Artigo original: resultado de pesquisa primária, com metodologia rigorosa, clara, discussão aprofundada e interface com a literatura científica nacional e internacional. Limitado a 15 páginas (incluindo resumos, tabelas, figuras e referências).

b) Revisão sistemática com ou sem meta-análise ou metassíntese: análise de estudos primários, quantitativos ou qualitativos, tendo por finalidade a busca de evidências. Limitada a 25 páginas (incluindo resumos, tabelas, figuras e referências).

c) Estudo teórico: análise de teorias ou métodos que sustentam a ciência da enfermagem ou de áreas correlatas que contribuem para o desenvolvimento do conhecimento em Enfermagem. Limitado a 15 páginas (incluindo resumos, tabelas, figuras e referências)

d) Relato de experiência profissional: estudo de situação de interesse para a atuação de enfermeiros em diferentes áreas, contendo análise de implicações conceituais, descrição de procedimentos com estratégias de intervenção ou evidência metodológica apropriada para a avaliação da eficácia de um procedimento ou estratégia. Limitado a 15 páginas (incluindo resumos, tabelas, figuras e referências)

e) Carta à Editora Científica: destinada a comentários de leitores sobre os trabalhos publicados na Revista, expressando concordância ou discordância sobre o assunto abordado. Limitado a uma página.

Estratégias de Qualificação dos Manuscritos

Relações que podem estabelecer conflito de interesse, ou mesmo nos casos em que não ocorra, devem ser esclarecidas.

A REEUSP adota como estratégias de qualificação para a publicação de estudos de pesquisa, tais como as da Organização Mundial da Saúde (OMS), *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE) e *Enhancing the Quality and Transparency of Health Research* (EQUATOR network). Tais estratégias constituem recursos que favorecem o potencial de publicação e sua utilização em referências em pesquisas. A seguir, apresentam-se alguns protocolos internacionais validados a serem utilizados conforme o desenho da pesquisa:

Ensaio clínico: CONSORT <http://www.consort-statement.org/downloads> e identificação de Registros de Ensaio Clínico validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e pelo ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE (www.icmje.org). O número de identificação deve constar do final do abstract.

Revisões sistemáticas e meta-análises: PRISMA <http://www.prisma-statement.org/2.1.2%20-%20PRISMA%202009%20Checklist.pdf>. Apresentar, sempre que possível, o método de concordância adotado para a análise dos artigos incluídos, por ex., Kappa.

Estudos observacionais em epidemiologia: STROBE http://stroke-statement.org/fileadmin/Stroke/uploads/checklists/STROBE_checklist_v4_combined.pdf

Estudos qualitativos: <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/19/6/349.long>

OBS: protocolos de outros tipos de estudos são encontrados na rede EQUATOR <http://www.equator-network.org/> e no artigo de Larson E, Cortazal M. Publication guidelines: need widespread adoption. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2012;65:239-246.

Estrutura e Preparo dos Manuscritos

Formato do arquivo: doc ou docx (MS Word)

Texto: ortografia oficial em folhas A4; espaço entrelinhas de 1,5; fonte *Times New Roman*, tamanho 12, inclusive nas tabelas. As margens superiores, inferiores e laterais devem ter 2,5 cm.

Página de título (deve conter):
Título: máximo de 16 palavras em português, inglês e espanhol, sem abreviaturas e siglas, em negrito, utilizando caixa alta somente no início do título e substantivos próprios. Não devem ser usadas abreviaturas, siglas ou a localização geográfica da pesquisa.

Nomes dos autores: completos e sem abreviações, numerados em algarismos arábicos, com as instituições às quais pertencem, o local, o estado e o país.

Autor responsável: indicação do nome, endereço para correspondência, telefone para contato

e e-mail.

Manuscrito extraído de dissertação ou tese: indicar por asterisco, em nota de rodapé o título, o ano e a instituição onde foi apresentada.

Resumo: nos idiomas português (resumo), inglês (*abstract*) e espanhol (*resumen*), até (1290 caracteres com espaço). Deve ser estruturado em: **objetivo, método, resultados e conclusão**. Exceção para os **estudos teóricos**. Os ensaios clínicos devem apresentar o número do registro de ensaio clínico ao final como documento anexo ou na carta ao editor.

Descritores: três a seis descritores que identifiquem a temática, acompanhando o idioma dos resumos (português (descritores), inglês (descriptors) e espanhol (descriptores); separados entre si por ponto e vírgula; extraídos do vocabulário DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), elaborado pela BIREME, ou MeSH (Medical Subject Headings), elaborado pela NLM (*National Library of Medicine*).

OBS: Os títulos, os resumos e os descritores devem ser repetidos no documento principal (**Main Document**), sem a identificação dos autores.

Conteúdo do texto (Main Document): Introdução, Método, Resultados, Discussão, Conclusão e Referências, em tópicos distintos. Os **Objetivos** devem ser inseridos no final da Introdução.

Introdução: Breve definição do problema estudado, justificando sua importância e as lacunas do conhecimento, com base em referências nacionais e internacionais atualizadas.

Objetivo: Estabelecer a questão principal e as hipóteses a serem testadas

Método: Tipo ou desenho do estudo; população/cenário; critérios de seleção; definição da amostra (se for o caso); fonte, período procedimento de coleta, análise/tratamento dos dados e outros aspectos inerentes ao método. É necessário apresentar em documento anexo o protocolo de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e informar no texto sua condução de acordo com os padrões éticos exigidos.

Resultados: Apresentação e descrição somente dos dados encontrados, sem interpretações ou comentários. Para facilitar a compreensão, podem ser acompanhados por tabelas, quadros e figuras. O texto deve complementar ou destacar o que é mais importante, sem repetir os dados das tabelas ou das figuras.

Discussão: Deve restringir-se aos dados obtidos e aos resultados alcançados, enfatizando aspectos novos e relevantes observados no estudo e discutindo as concordâncias e as divergências com outras pesquisas já publicadas, nacionais e internacionais. Deve apontar as limitações do estudo e os avanços para a área da enfermagem/saúde.

Conclusão: Deve ser direta, clara e objetiva, em resposta às hipóteses ou aos objetivos, fundamentada nos resultados e na discussão. Não citar referências.

Referências: máximo de 30 (exceto em estudos de revisão, a depender da busca e da seleção

de inclusão dos estudos). Seguir a proporcionalidade de 80% de artigos de periódicos, no mínimo metade deles citáveis. No máximo de 15% de autocitação dentre os citáveis.

Citações de referências no texto: enumeradas consecutivamente, em algarismos arábicos, sobrescritos e entre parênteses, sem menção do nome dos autores (exceto os que constituem referencial teórico). Quando forem sequenciais, indicar o primeiro e o último número, separados por hífen. Ex.: (1-4); quando intercaladas, deverão ser separados por vírgula, ex.: (1-2,4).

Citações de referências no final do texto: estilo “Vancouver”, disponível no endereço eletrônico (<http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine>). Os títulos dos periódicos abreviados de acordo com: *List of Journals Indexed for MEDLINE* (<http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lji.html>). Incluir as referências estritamente pertinentes ao assunto abordado, atualizadas (no máximo 5 anos), de abrangência nacional e internacional. Evitar a inclusão de número excessivo de referências na mesma citação. A lista apresentada no final do artigo deve ser numerada de acordo com a sequência em que os autores foram citados no texto.

OBS 1: A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores.

OBS 2: Referências de artigos publicados na Revista da Escola de Enfermagem da USP e de outros periódicos brasileiros bilíngues devem ser citadas no idioma inglês.

Depoimentos: Frases ou parágrafos ditos pelos sujeitos da pesquisa devem ser citados em itálico, com sua identificação codificada a critério do autor e entre parênteses.

Citações textuais: devem ser descritas entre aspas, sem itálico e na sequência do texto.

Ilustrações: Tabelas, Quadros e Figuras, no máximo de cinco, devem estar inseridas obrigatoriamente no corpo do texto, com informações não repetidas e com títulos informativos e claros, contendo local e ano.

Fotos e Imagens – Exclusivamente em P&B, com resolução final de 300 DPI.

Fontes de financiamento: Informar o nome das instituições públicas ou privadas que deram apoio financeiro, assistência técnica e outros auxílios.

Errata: Após a publicação do artigo, se os autores identificarem a necessidade de uma errata devem enviá-la imediatamente à Secretaria da Revista por *e-mail*. O prazo máximo para o envio é de **30 dias**.

Siglas: Restrita ao mínimo e somente após terem sido citadas literalmente no texto; não usar em título e resumo.

Modelos de Referências

EXEMPLOS DE CITAÇÕES DE REFERÊNCIAS CONFORME O TIPO DE DOCUMENTO

Periódicos

Artigo padrão

Allen G. Evidence for practice. AORN J. 2010;92(2):236-41.

Artigo com mais de seis autores (citar os seis primeiros, seguidos de et al.)

MacNeela P, Clinton G, Place C, Scott A, Treacy P, Hyde A, et al. Psychosocial care in mental health nursing: a think aloud study. J Adv Nurs. 2010;66(6):1297-307.

Artigo cujo autor é uma organização

American Diabetes Association. Diabetes update. Nursing. 2003;Suppl:19-20,24.

Artigo com múltiplas organizações como autor

American Dietetic Association; Dietitians of Canada. Position of the American Dietetic Association and Dietitians of Canada: nutrition and women's health. J Am Diet Assoc. 2004;104(6):984-1001.

Artigo de autoria pessoal e organizacional

Orchard TJ, Temprosa M, Goldberg R, Haffner S, Ratner R, Marcovina S, et al.; Diabetes Prevention Program Research Group. The effect of metformin and intensive lifestyle intervention on the metabolic syndrome: the Diabetes Prevention Program randomized trial. Ann Intern Med. 2005;142(8):611-9.

Artigo no qual o nome do autor possui designação familiar

King JT Jr, Horowitz MB, Kassam AB, Yonas H, Roberts MS. The short form-12 and the measurement of health status in patients with cerebral aneurysms: performance, validity, and reliability. J Neurosurg. 2005;102(3):489-94.

Oliveira MF, Arcêncio RA, Ruffino-Netto A, Scatena LM, Palha PF, Villa TCS. A porta de entrada para o diagnóstico da tuberculose no Sistema de Saúde de Ribeirão Preto/SP. Rev Esc Enferm USP. 2001;45(4):898-904.

Artigo sem indicação de autoria

Pelvic floor exercise can reduce stress incontinence. Health News. 2005;11(4):11.

Artigo num volume com suplemento

Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cad Saúde Pública. 2004;20 Supl 2:S190-8.

Artigo num fascículo com suplemento

Crawford M, Mullan J, Vanderveen T. Technology and safe medication administration. J Infus Nurs. 2005;28(2 Suppl):37-41.

Artigo num volume publicado em partes

Abend SM, Kulish N. The psychoanalytic method from an epistemological viewpoint. Int J Psychoanal. 2002;83 Pt 2:491-5.

Artigo num fascículo publicado em partes

Rilling WS, Drooz A. Multidisciplinary management of hepatocellular carcinoma. J Vasc Interv Radiol. 2002;13(9 Pt 2):S259-63.

Artigo num fascículo sem volume

Tom Dwyer AMC. A pesquisa da sociabilidade on-line: três gerações de estudos. Rev USP. 2012;(92):100-13.

Artigo num número especial

Salveti MG, Pimenta CAM, Braga PE, Corrêa CF. Disability related to chronic low back pain prevalence and associated factors. Rev Esc Enferm USP. 2012;46(n.esp):16-23.

Artigo sem indicação de fascículo e volume

Outreach: bringing HIV-positive individuals into care. HRSA Careaction. 2002 Jun:1-6.

Artigo com paginação em algarismos romanos

Chadwick R, Schuklenk U. The politics of ethical consensus finding. Bioethics. 2002;16(2):iii-v.

Artigo com publicação de errata

Altizer L. Strains and sprains. Orthop Nurs. 2003;22(6):404-11. Erratum in: Orthop Nurs. 2004;23(1):38.

Artigo publicado eletronicamente antes da versão impressa (ahead of print)

Chen SL, Lee WL, Liang T, Liao IC. Factors associated with gender differences in medication adherence: a longitudinal study. J Adv Nurs. 2014 Feb 10. [Epub ahead of print]

Artigo no prelo “In press”

Pereira S, Vianna LAC. Cursos de capacitação em prevenção da violência: o impacto sobre os profissionais do setor da saúde. Rev Esc Enferm USP. 2014;48(2). No prelo

Artigo provido de DOI

Eduardo LP, Egry EY. Brazilian Child and Adolescent Statute: workers' views about their practice. Rev Esc Enferm USP. 2010;44(1):18-24.
DOI: 10.1590/S0080-62342010000100003.

Livros

Livro padrão com autor pessoal

Marquis BL, Huston CJ. Administração e liderança em enfermagem: teoria e prática. Porto Alegre: Artmed; 2010.

Eyre HJ, Lange DP, Morris LB. Informed decisions: the complete book of câncer diagnosis, treatment, and recovery. 2nd ed. Atlanta: American Cancer Society; c2005.

Organizador, editor, coordenador como autor

Kurcgant P, coordenadora. Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

Instituição como autor

Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2ª ed. Brasília; 2009.

Capítulo de livro, cujo autor é o mesmo da obra (adaptado)

Moreira A, Oguisso T. Profissionalização da enfermagem brasileira. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. Gênese da profissionalização da enfermagem; p. 23-31.

Capítulo de livro, cujo autor é um colaborador

Kimura M, Ferreira KASL. Avaliação da qualidade de vida em indivíduos com dor. In: Chaves LD, Leão ER, editoras. Dor: 5º sinal vital: reflexões e intervenções de enfermagem. Curitiba: Ed. Maio; 2004. p. 59-73.

Documentos legais (adaptados)

Brasil. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 26 jun. 1986. Seção 1, p. 1.

São Paulo (Estado). Lei n. 10.241, de 17 de março de 1999. Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado e dá outras providências. Diário Oficial do Estado de São Paulo, São Paulo, 18 mar. 1999. Seção 1, p. 1.

Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado; 1988.

Documentos eletrônicos

Artigo de periódico

Costa FA, Silva DLA, Rocha VM. The neurological state and cognition of patients after a stroke. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2011 [cited 2011 Nov 28];45(5):1083-8. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/en_v45n5a08.pdf

Artigo de periódico provido de DOI

Leonello VM, Oliveira MAC. Integralidade do cuidado à saúde como competência educativa do enfermeiro. Rev Bras Enferm [Internet]. 2010 [citado 2010 jul. 10];63(3):366-70. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n3pdf> DOI 10.1590/S0034-71672010000300003.

Livro na íntegra

Kasper DL, Braunwald E, Fauci AS. Harrison's online [Internet]. 16th ed. Columbus (OH): McGraw-Hill; c2006 [cited 2006 Nov 20]. Available from: <http://www.accessmedicine.com/resourceTOC.aspx?resourceID=4>

Capítulo de livro

Loizzo F, Menthonnex E, Menthonnex P, Filipack VA. A regulação das saídas das unidades móveis de cuidados intensivos na França (SMUR) e no Brasil (UTIM). In: Martinez-Almoyna M, Nitschke CAS, organizadores. Manual de regulação médica dos serviços de atendimento médico de urgência: SAMU [Internet]. Florianópolis; c1999 [citado 2008 nov. 7]. Disponível em: neu.saude.sc.gov.br/arquivos/manual_de_regulacao_medica_de_urgencia.pdf

Documentos legais (adaptados)

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 204, de 27 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e

controle [Internet]. Brasília; 2007 [citado 2009 mar. 25]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007.html

Para outros exemplos recomendamos consultar o documento Citing Medicine, adaptado pela NLM para as suas bases de dados e utilizado, atualmente, pelo Uniform Requirements (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/?depth=2>)

Observação: Devem ser evitadas citações de documentos não indexados na literatura científica e de difícil acesso aos leitores, em geral de divulgação circunscrita a uma instituição ou a um evento. Da mesma forma, informações citadas no texto, extraídas de documentos eletrônicos, não mantidos permanentemente em sites, não devem fazer parte da lista de referências. No caso de teses e dissertações, dar preferência para os artigos extraídos destas.

ANEXO B

DIRETRIZES PARA AUTORES DAS NORMAS DE SUBMISSÃO DA REVISTA ELETRÔNICA DE ENFERMAGEM



Instruções aos autores

POLÍTICA EDITORIAL

A Revista Eletrônica de Enfermagem (REE) é um periódico vinculado à Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás e tem como missão disseminar o conhecimento científico, desenvolvido por pesquisadores da área das Ciências da Saúde, com ênfase na Enfermagem. O objetivo do periódico é a publicação de trabalhos originais e inéditos, destinados **exclusivamente** à REE, que contribuam para o crescimento e desenvolvimento da produção científica da área da Saúde e da Enfermagem.

A REE publica artigos em português, inglês ou espanhol, destinados à divulgação de resultados de pesquisas originais, revisão e editorial.

Em 2015, a REE passou a publicar os seus artigos em dois idiomas. Assim, após aprovação do artigo, o texto será traduzido para o inglês, se sua versão original for em português ou espanhol. Textos em inglês deverão ser traduzidos para o português. A REE se reserva o direito de indicar empresas credenciadas para o serviço de tradução, tendo em vista o objetivo de garantir a qualidade e padrão das traduções. O pagamento da tradução é responsabilidade dos autores.

Respeitando as normas internacionais de boas práticas de editoração, a REE acompanha as orientações do Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors do Committee on Publication Ethics (COPE) (<http://publicationethics.org/>).

Para contribuir com o avanço e qualidade da produção do conhecimento científico, a REE adota as políticas de registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE - <http://www.icmje.org>), para divulgar resultados de estudos clínicos, para os quais é obrigatório apresentação do número de registro.

Para os demais estudos recomenda-se também a utilização de guias internacionais no preparo dos manuscritos, os quais podem ser acessados nos links abaixo:

- **Ensaio clínico randomizado:** CONSORT (<http://www.consort-statement.org/downloads>)
- **Revisão sistemática e metanálise:** PRISMA (<http://www.prisma-statement.org/>)
- **Estudos epidemiológicos:** STROBE (http://stroke-statement.org/fileadmin/Strobe/uploads/checklists/STROBE_checklist_v4_combined.pdf)
- **Estudos qualitativos – COREQ**
(<http://intqhc.oxfordjournals.org/content/19/6/349>)

A REE desencoraja o envio de submissões de artigos originais cujos dados foram coletados há mais de quatro anos e de revisões que foram feitas há mais de um ano.

As opiniões e conceitos emitidos pelos autores são de exclusiva responsabilidade dos mesmos, não refletindo, necessariamente, a opinião da Comissão de Editoração e do Conselho Editorial da REE.

CATEGORIAS DE TEXTOS PUBLICADOS

A REE recebe textos nas seguintes modalidades:

- **Artigos Originais:** são trabalhos resultantes de pesquisa original, de natureza quantitativa ou qualitativa, que agregam inovações e avanços na produção do conhecimento científico. Limitado a 3.500 palavras, sem contar o conteúdo das ilustrações (quadros e tabelas) e as referências.
- **Artigos de Revisão:** Estudos que sintetizam de forma crítica e sistematizada a literatura sobre o conhecimento produzido acerca de um determinado tema. O método utilizado deve ser descrito de forma minuciosa, indicando o processo de busca em base de dados, os critérios utilizados para a seleção e a classificação dos estudos primários incluídos. O rigor na condução da investigação deve ser norteado por pergunta relevante para a área de enfermagem e/ou áreas afins e refletir na produção de conhecimento inovador. Destacam-se entre métodos recomendados: revisão sistemática com ou sem metanálise, e revisão integrativa com ou sem metassíntese. Na elaboração de revisões sistemáticas e metanálises recomenda-se o uso do checklist e fluxograma conforme os critérios PRISMA - Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (disponível em <http://www.prisma-statement.org/>). Revisões narrativas apenas serão aceitas se

motivadas por temáticas inovadoras ou emergentes a critério do corpo editorial. Não serão aceitas revisões desatualizadas, nem pesquisas que incluem estudos de revisão que tratem dos resultados da própria revisão, uma vez que revisões não são estudos primários. Limitado a 4.500 palavras, sem contar o conteúdo das ilustrações (quadros e tabelas) e as referências.

- **Editorial:** destina-se à publicação da opinião oficial da revista sobre temas relevantes da área de Enfermagem e Saúde.

PROCESSO DE AVALIAÇÃO

Os manuscritos encaminhados para análise são submetidos a uma primeira etapa de avaliação, pela Comissão de Editoração, que leva em consideração a observância do atendimento das normas editoriais, coerência interna do texto, pertinência do seu conteúdo à linha editorial do periódico e contribuição para a inovação do conhecimento na área. O resultado dessa análise indica continuação do material no processo de avaliação ou recusa. Manuscritos encaminhados fora das normas são recusados sem análise do seu conteúdo.

Uma vez aprovados na primeira etapa os manuscritos são encaminhados para apreciação do seu conteúdo. Para tanto, utiliza-se o modelo *peer review*, de forma a garantir o sigilo sobre a identidade dos consultores e dos autores. Os pareceres encaminhados pelos consultores são analisados pela Comissão de Editoração que atenta para o cumprimento das normas de publicação. Após todo esse processo, os manuscritos são enviados aos autores com indicação de aceitação, reformulação ou recusa. Em caso de reformulação, cabe à Comissão de Editoração o acompanhamento das alterações.

As pesquisas que envolvem seres humanos, obrigatoriamente, devem explicitar no corpo do trabalho o atendimento às normas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, ou órgão equivalente no país de origem da pesquisa. Para pesquisas realizadas no Brasil, deve ser indicado o número de aprovação emitido por Comitê de Ética, devidamente reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde. Além disso, o comprovante de aprovação do Comitê de Ética deve ser encaminhado como documento suplementar no processo de submissão do manuscrito.

Não serão admitidos acréscimos ou alterações após o envio da versão final aprovada pelos consultores e Comissão de Editoração.

PROCESSO DE SUBMISSÃO

Os manuscritos devem ser submetidos à REE exclusivamente pelo Sistema Eletrônico de Editoração de Revistas, disponível no endereço: <http://revistas.ufg.br/index.php/fen/author/submit/1>, que emitirá um protocolo de identificação.

No momento da submissão o autor precisa anexar no sistema:

- Arquivo do manuscrito no formato .doc ou .docx;
- Declaração de autoria e transferência de direitos;
- Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (autores brasileiros) ou declaração informando que a pesquisa não envolveu seres humanos. Para autores de outros países os procedimentos no texto são os mesmos, porém devem atender as orientações do país de origem para o desenvolvimento de investigações com seres humanos (<http://www.wma.net/e/policy/b3.htm>).

Os formulários individuais, aprovação do Comitê de Ética ou declaração informando que a pesquisa não envolveu seres humanos devem ser digitalizados em formato JPG ou PDF e enviados pelo sistema de submissão como “Documentos suplementares” (Passo 4 do processo de submissão).

No recebimento do manuscrito é feita a conferência do texto e da documentação. Havendo pendências serão solicitadas correções. O não atendimento dessas correções implica no cancelamento imediato da submissão.

INSTRUÇÕES PARA O PREPARO DOS MANUSCRITOS

Para a composição do texto a REE adota as normas de publicação "Requisitos Uniformes" (Estilo Vancouver).

Os manuscritos submetidos devem ser redigidos em português, espanhol ou inglês.

ESTRUTURA DO ARTIGO

Os manuscritos devem ser estruturados de forma convencional, contemplando os seguintes itens: introdução, métodos, resultados, discussão e conclusão. O conteúdo do texto deve expressar contribuições do estudo para o avanço do conhecimento na área da enfermagem. Recomenda-se a utilização de guias internacionais no preparo dos manuscritos.

Para a contagem do número de palavras deve-se desconsiderar o título, o resumo, as ilustrações e as referências.

- **Introdução:** texto breve que apresente de forma clara e objetiva o problema estudado, fundamentado em referencial teórico pertinente e atualizado. Deve ser enfatizada a relevância da pesquisa, elaborada com base em lacunas do conhecimento que sustentem a justificativa. Ao final, devem-se apresentar os objetivos da pesquisa.
- **Métodos:** definir tipo de estudo, local e período em que a pesquisa foi realizada. Apresentar fonte de dados, delimitando, no caso da população estudada, os critérios para inclusão e exclusão e seleção do número de sujeitos. Detalhar procedimentos de coleta e fundamentos da análise de dados, incluindo o conteúdo dos instrumentos de coleta de dados. Pesquisas realizadas no Brasil devem explicitar cuidados éticos, informando aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para pesquisas com seres humanos e número de aprovação da pesquisa em comitê de ética em pesquisa. Autores estrangeiros devem informar os procedimentos adotados no país de origem da pesquisa.
- **Resultados:** devem ser apresentados de forma clara e objetiva, sem incluir interpretações ou comentários pessoais. Resultados expressos em tabelas e figuras são encorajados, mas deve-se evitar a repetição das informações em forma de texto. Em pesquisas quantitativas devem ser, necessariamente, apresentados separadamente da discussão. Para pesquisas qualitativas o autor pode optar, tendo em vista os desenhos metodológicos utilizados.
- **Discussão:** deve ser concebida a partir dos dados e resultados obtidos, enfatizando as inovações decorrentes da investigação e evitando a repetição de informações apresentadas em seções anteriores (introdução, método e resultados). Todos os resultados devem ser discutidos, tendo como apoio em referencial teórico estritamente pertinente, atualizado e que permita identificar diálogo com outras pesquisas já publicadas.
- **Conclusão:** texto articulado a partir dos objetivos do estudo, fundamentado nas evidências encontradas com a investigação. Deve mostrar claramente o alcance do estudo por meio de conclusões gerais que possam ser detalhadas e fundamentadas ao longo do item. Se pertinente, podem ser apresentadas

limitações identificadas e lacunas decorrentes da realização da investigação. Generalizações, quando pertinentes, são incentivadas.

FORMATAÇÃO DO MANUSCRITO

- Formato .doc ou .docx;
- Papel tamanho A4;
- Margens de 2,5 cm;
- Letra tipo Verdana 10 pt, em todo o texto;
- Espaçamento 1,5 entre linhas em todo o texto;
- Parágrafos alinhados em 1,0 cm.

Título: deve ser apresentado no idioma que foi escrito o texto na íntegra, em alinhamento justificado, em negrito, conciso, informativo, com até 15 palavras. Usar maiúscula somente na primeira letra do título. Não utilizar abreviações.

Autoria:

- Os autores devem ser identificados após o título, por ordem de autoria (se houver mais de um), com credencial na sequência do nome. Devem constar as seguintes informações: nome completo, formação universitária, titulação, instituição de origem e e-mail – preferencialmente, institucional.
- A autoria dos manuscritos deve expressar a contribuição de cada uma das pessoas listadas como autor no que se refere à concepção e planejamento do projeto de pesquisa, obtenção ou análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica.

Resumo: deve ser apresentado na primeira página do trabalho, conter entre 100 e 150 palavras, apenas no idioma que foi escrito o texto na íntegra. Quando da aprovação do artigo para a publicação será solicitada a tradução para a versão do texto em inglês, quando este for apresentado em português ou espanhol, ou para o português quando o idioma do texto original for em espanhol ou inglês

Descritores: ao final do resumo devem ser apontados de 3 (três) a 5 (cinco) descritores que servirão para indexação dos trabalhos. Para tanto os autores devem utilizar os

“Descritores em Ciências da Saúde” da Biblioteca Virtual em Saúde (<http://decs.bvs.br/>), usando o descritor exato.

Siglas e abreviações: para o uso de siglas e abreviações, os termos por extenso, correspondentes devem preceder sua primeira utilização no texto, com exceção de unidades de medidas padronizadas.

Notas de rodapé: devem ser indicadas por asteriscos, iniciadas a cada página e restritas ao mínimo indispensável.

Ilustrações:

- São permitidas tabelas ou figuras (quadros, gráficos, desenhos, fluxogramas e fotos) que devem estar inseridas no corpo do texto logo após terem sido mencionadas pela primeira vez.
- As tabelas devem ser apresentadas conforme as Normas de Apresentação Tabular, da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>;
- Os títulos de tabelas devem ser concisos e precisos indicando o local do estudo e ano a que se referem os dados e apresentados acima da tabela.
- Os títulos das figuras devem ser concisos e precisos, apresentados abaixo da figura;

Citações: para citações “ipsis literis” de referências devem-se usar aspas na sequência do texto. As citações de falas/depoimentos dos sujeitos da pesquisa devem ser apresentadas em estilo itálico e na sequência do texto.

Referências:

- São permitidas até 25 referências em artigos originais e livre para artigos de revisão. Devem representar e sustentar o estado da arte sobre o tema, ser atualizadas e procedentes, preferencialmente, de periódicos qualificados.
- Deve-se evitar o uso de dissertações, teses, livros, documentos oficiais e resumos em anais de eventos. A exatidão das informações nas referências é de responsabilidade dos autores.
- Quando são enviadas fora das normas, acarretam em atraso o processo de avaliação do manuscrito.

- No texto devem ser numeradas consecutivamente, de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez, identificadas por números arábicos sobrescritos entre parênteses, sem espaços da última palavra para o parêntese, sem menção aos autores.
- Ao fazer a citação sequencial de autores, separe-a por um traço ex. (1-3); quando intercalados utilize vírgula ex. (2,6,11).
- As regras de referência da REE têm como base as normas adotadas pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (estilo Vancouver), publicadas no ICMJE - Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals (<http://www.icmje.org/index.html>).

Agradecimentos e Financiamentos: agradecimentos e/ou indicação das fontes de apoio da pesquisa, devem ser informados ao final do artigo.

EXEMPLOS DE REFERÊNCIAS

Orientações gerais:

Nos artigos publicados em periódicos, o nome do periódico deve aparecer preferencialmente abreviado. Os títulos abreviados devem ser obtidos na [PubMed Journals database](#) ou o título abreviado usado na [SciELO](#).

Em referências com mais de seis autores a expressão et al deve ser usada após o sexto autor.

Artigo publicado em periódico científico:

- Mussi CM, Ruschel K, Souza EN, Lopes ANM, Trojahn MM, Paraboni CC, et al. Visita domiciliar melhora conhecimento, autocuidado e adesão na insuficiência cardíaca: ensaio clínico randomizado HELEN-I. Rev Lat Am Enfermagem. 2013;21(esp):20-8

Artigo publicado em periódico científico, volume com suplemento:

- Mantovani C, Migon MN, Alheira FV, Del-Ben CM. Manejo de paciente agitado ou agressivo. Rev Bras Psiquiatr [Internet].; 2010 [cited 2016 Mar31];32 supl. 2:S96–103. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462010000600006>

Artigo publicado em periódico científico, número com suplemento:

- Glauser TA. Integrating clinical trial data into clinical practice. *Neurology*. 2002;58(12 Suppl 7):S6-12.

Artigo publicado em periódico científico, número sem volume

- Banit DM, Kaufer H, Hartford JM. Intraoperative frozen section analysis in revision total joint arthroplasty. *Clin Orthop*. 2002;(401):230-8.

Artigo publicado em periódico científico, sem volume ou número:

- Outreach: bringing HIV-positive individuals into care. *HRSA Careaction*. 2002:1-6

Artigo publicado em periódico científico de língua inglesa:

- Pereira M, Lunet N, Azevedo A, Barros H. Differences in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension between developing and developed countries. *J Hypertens*. 2009;27(5):963- 75.

Artigo publicado em periódico científico de língua espanhola:

- Montes SF, Teixeira JBA, Barbosa MH, Barichello E. Aparición de complicaciones relacionadas con el uso del catéter venoso central de inserción periférica (PICC) en los recién nacidos. *Enferm. glob.* [Internet]. 2011 [acesso em: 30 mar 2013];10(24). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412011000400001>.

Artigo publicado em periódico científico de outras línguas:

- Hirayama T, Kobayashi T, Fujita T, Fujino O. [A case of severe mental retardation with blepharophimosis, ptosis, microphthalmia, microcephalus, hypogonadism and short stature-the difference from Ohdo blepharophimosis syndrome]. *No To Hattatsu*. 2004;36(3):253-7. Japanese.

Artigo publicado em periódico científico, sem dados do autor:

- 21st century heart solution may have a sting in the tail. *BMJ*. 2002;325(7357):184.

Artigo publicado em periódico científico eletrônico:

- Reis LN, Carmo BP, Miasso AI, Gherardi-Donato ECS. Probabilidade de internação psiquiátrica e características sociodemográficas de portadores de depressão. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2013 [acesso em: 10 fev 2014];15(4):862-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i4.18905>.

Artigo aceito para publicação em periódico científico eletrônico:

- Santana FR, Nakatani AYK, Freitas RAMM, Souza ACS, Bachion MM. Integralidade do cuidado: concepções e práticas de docentes de graduação em enfermagem do estado de Goiás. Ciênc. saúde coletiva. In press 2009.

Livro, com único autor:

- Demo P. Autoajuda: uma sociologia da ingenuidade como condição humana. 1st ed. Petrópolis: Vozes; 2005.

Livro, com organizador, editor, compilador como autor:

- Brighth MA, editor. Holistic nursing and healing. Philadelphia: FA Davis Company; 2002.

Capítulo de livro:

- Medeiros M, Munari DB, Bezerra ALQ, Alves MA. Pesquisa qualitativa em saúde: implicações éticas. In: Ghilhem D, Zicker F, editors. Ética na pesquisa em saúde: avanços e desafios. Brasília: Letras Livres UnB; 2007. p. 99-118.

Livro, com autoria de instituição:

- Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquista. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2000. 44 p.

Livro com tradutor:

- Stein E. Anorectal and colon diseases: textbook and color atlas of proctology. 1st Engl. ed. Burgdorf WH, translator. Berlin: Springer; c2003. 522 p.

Livro disponível em formato eletrônico:

- Ministério da Saúde. Por que pesquisa em saúde? Textos para tomada de decisão [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2007 [acesso em: 10 fev 2014]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_saude.pdf.

Monografia / Dissertação / Tese:

- Pazzini LT. Caracterização genotípica de microrganismos isolados de infecções da corrente sanguínea relacionadas a cateteres em recém-nascidos [monografia]. São Paulo: Unesp; 2010.

Trabalhos em anais de evento científico:

- Munari DB, Medeiros M, Bezerra ALQ, Rosso, CFW. The group facilitating interpersonal competence development: a brazilian experience of mental health teaching. In: Proceedings of the 16th International Congress of Group

Psychotherapy [CD-ROM], 2006, São Paulo, Brasil. p. 135-6.

- Rice AS, Farquhar-Smith WP, Bridges D, Brooks JW. Canabinoids and pain. In: Dostorovsky JO, Carr DB, Koltzenburg M, editors. Proceedings of the 10th World Congress on Pain, 2002, San Diego, CA. Seattle (WA): IASP Press; c2003. p.437-68.

Trabalhos em anais de evento científico, disponível na internet:

- Centa ML, Oberhofer PR, Chammas J. A comunicação entre a puérpera e o profissional de saúde. In: Anais do 8º Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem, 2002, São Paulo, Brasil [Internet]. 2002 [acesso em: 10 fev 2014]. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/pdf/sibracen/n8v1/v1a060.pdf>.

Trabalho apresentado em evento científico:

- Robazzi MLCC, Carvalho EC, Marziale MHP. Nursing care and attention for children victims of occupational accident. Conference and Exhibition Guide of the 3rd International Conference of the Global Network of WHO Collaborating Centers for Nursing & Midwifery, 2000, Manchester; UK. Geneva: WHO; 2000.

Base de dados online:

- Shah PS, Aliwalas LI, Shah V. Breastfeeding or breast milk for procedural pain in neonates. 2006 Jul 19 [acesso em: 10 fev 2014]. In: The Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. Hoboken (NJ): John Wiley & Sons, Ltd. c1999 – . Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD004950.pub3>. Record No.: CD004950.

Legislação:

- Resolução N° 466 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012 (BR). Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. 12 dez 2012.

Legislação, disponível na internet:

- Resolução N° 466 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012 (BR) [Internet]. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. 12 dez 2012 [acesso em: 10 fev 2014]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.

Matéria de jornal:

- Souza H, Pereira JLP. O orçamento da criança. Folha de São Paulo. 1995 maio 02; Opinião: 1º Caderno.

Artigo de jornal, disponível na internet:

- Deus J. Pacto visa o fortalecimento do SUS em todo estado de Mato Grosso. Diário de Cuiabá [Internet]. 25 abr 2006 [acesso em: 10 fev 2014]. Saúde. Disponível em: <http://www.diariodecuiaba.com.br/detalhe.php?cod=251738>.

Texto / Homepage da Internet:

- DATASUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [acesso em: 18 fev. 2016]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>.
- Fundação Oswaldo Cruz. Pesquisa da Fiocruz Paraná confirma transmissão intra-uterina do zika vírus [Internet]. 2016 [acesso em: 31 mar. 2016]. Disponível em: <http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/pesquisa-da-fiocruz-parana-confirma-transmissao-intra-uterina-do-zika-virus>.

ANEXO C

	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY/UFPB	
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP		

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ASSÉDIO MORAL NO TRABALHO E A VULNERABILIDADE DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Pesquisador: Isabelle Cristinne Pinto Costa

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 42938515.6.0000.5183

Instituição Proponente: Hospital Universitário Lauro Wanderley/UFPB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.012.534

Data da Relatoria: 31/03/2015

Apresentação do Projeto:

Projeto de tese de doutorado, com a finalidade de construir um Instrumento para Identificação da vulnerabilidade de profissionais de saúde no contexto hospitalar para a ocorrência da prática do assédio moral; e validar o Instrumento proposto para a avaliação da vulnerabilidade de profissionais da saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Tomar disponível um Instrumento que identifique a vulnerabilidade de profissionais de saúde para a prática de assédio moral.

Objetivo Secundário:

Construir um Instrumento para Identificação da vulnerabilidade de profissionais de saúde no contexto hospitalar para a ocorrência da prática do assédio moral; Validar o Instrumento proposto para a Identificação da vulnerabilidade de profissionais da saúde

Endereço: HULW-4º andar - Campus I - UFPB		
Bairro: Cidade Universitária		CEP: 58.059-900
UF: PB	Município: JOÃO PESSOA	
Telefone: (83)3216-7984	Fax: (83)3216-7522	E-mail: cepulw@hotmail.com

Continuação do Parecer: 1.012.534

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Considerando-se que toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve risco, o dano eventual que este estudo poderá ocasionar-lhe é relacionado a um possível desconforto psicológico durante a aplicação do Instrumento, devido ao tempo de duração e as perguntas relacionadas a fatores que podem estar relacionados à sua prática acadêmica.

Benefícios:

Construção de um instrumento válido e fidedigno para avaliação do assédio moral no contexto brasileiro, haja vista que seus resultados poderão contribuir para o estudo deste fenômeno, que urge ser discutido

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa apresenta delineamento metodológico sem lacunas, bem estruturado, com referência aos aspectos éticos concenente à pesquisa envolvendo seres humanos (conforme a Resolução 466/12 do CNS) a pesquisadora atendeu às recomendações adequadamente

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os todos termos concenentes ao desenvolvimento metodológico da pesquisa foram apresentados.

Recomendações:

O pesquisador responsável fica, desde já, notificado da obrigatoriedade de apresentar relatório final da pesquisa ao CEP via Plataforma Brasil (online), até 30 dias após conclusão da mesma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado sem pendências

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Protocolo de pesquisa APROVADO pelo Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos do HULW/UFPB, em Reunião Ordinária realizada no dia 31 de março de 2015. Ressaltamos que, após o término da pesquisa acrescentar no projeto via online e através de notificação, o Relatório Final.



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
LAURO WANDERLEY/UFPB



Continuação do Processo: 1.012.534

Informamos que qualquer alteração no projeto, dificuldades, assim como os eventos adversos deverão ser comunicados a este Comitê de Ética em Pesquisa através do Pesquisador responsável uma vez que, após aprovação da pesquisa o CEP-HULW torna-se corresponsável.

JOAO PESSOA, 07 de Abril de 2015

Assinado por:
MARIA ELIANE MOREIRA FREIRE
(Coordenador)

Endereço: HULW-Anderson - Campus I - UFPB
Bairro: Cidade Universitária CEP: 58.059-900
UF: PB Município: JOAO PESSOA

ANEXO D

DIRETRIZES PARA AUTORES DAS NORMAS DE SUBMISSÃO DA REVISTA TEXTO & CONTEXTO ENFERMAGEM



Forma e preparação de manuscritos

Os manuscritos devem ser preparados obrigatoriamente de acordo com as normas editoriais da revista, redigidos na ortografia oficial e digitados com espaço de 1,5 cm, configurados em papel A4 e com numeração nas páginas. A margem esquerda e superior será de 3 cm e a margem direita e inferior de 2 cm. Letra *Times New Roman* tamanho 12, utilizando editor *Word for Windows 97-2003* ou editores compatíveis. As tabelas, quadros e figuras devem ter espaçamento simples e letra *Times New Roman* 12.

Observação: O manuscrito deverá ser encaminhado no idioma original do primeiro autor. Caso o manuscrito esteja versado na língua inglesa e os autores sejam brasileiros, o manuscrito deve ser encaminhado também na versão em português para avaliação da qualidade da tradução pelo corpo editorial da **Texto & Contexto Enfermagem**.

Estrutura/seções

- Título somente no idioma do manuscrito
- Resumo estruturado somente no idioma do manuscrito
- Descritores somente no idioma do manuscrito
- Introdução
- Método
- Resultados
- Discussão
- Conclusões
- Referências

Agradecimentos: possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que, de alguma forma, possibilitaram a realização da pesquisa, e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores. Serão incluídos ao final do manuscrito, apenas após sua aprovação final e antes da tradução.

Resumo e Descritores: o resumo deve ser apresentado na primeira página, somente no idioma do manuscrito, com limite máximo de 250 palavras. Deve ser estruturado com as seguintes seções: objetivo(s), método, resultados e conclusão. Abaixo do resumo, incluir cinco a oito descritores no idioma original. Para determiná-los, consultar a lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), elaborada pela BIREME e disponível na internet no site: <http://decs.bvs.br> ou o *Medical Subject Headings* (MeSH) do *Index Medicus*. Quando tiver enfoque interdisciplinar, usar descritores universalmente aceitos nas diferentes áreas ou disciplinas envolvidas. Os ensaios clínicos devem apresentar o número do registro de ensaio clínico ao final do resumo. Itens **não** permitidos no resumo: siglas, exceto as reconhecidas internacionalmente e citações de autores.

Apresentação das seções: o texto deve estar organizado sem numeração progressiva para título e subtítulo, devendo ser diferenciado através de tamanho da fonte utilizada. Exemplos:

Título = **OS CAMINHOS QUE LEVAM À CURA**

Primeiro subtítulo = **Caminhos percorridos**

Segundo subtítulo = *A cura pela prece*

Exemplos:

Tabelas

As tabelas devem ser apresentadas conforme as Normas de Apresentação Tabular, da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Available from: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>

- título informativo, conciso e claro, contendo “o que”, “de quem”, cidade, sigla do Estado, país, ano da coleta de dados, seguido de ponto, localizado acima da tabela. Na sequência, informar o tamanho da amostra estudada entre parênteses precedido da letra n.

- exemplo: **Tabela 1 – Distribuição das mulheres vítimas de violência doméstica, segundo idade, cor, estado civil e escolaridade. Salvador, BA, Brasil, 2014. (n=209);**

- os dados devem estar separados corretamente por linhas e colunas de forma que esteja, cada dado, numa casela;

- devem possuir traços internos somente abaixo e acima do cabeçalho e na parte inferior. Devem ser abertas lateralmente.

- mesma fonte do texto (*Times New Roman*, tamanho 12), com espaçamento simples entre linhas, negrito apenas no cabeçalho, caixa alta apenas nas iniciais da variável e nas abreviaturas e siglas padronizadas;

- não são permitidos: quebras de linhas utilizando a tecla *Enter*, recuos utilizando a tecla *Tab*, espaços para separar os dados, sublinhado, marcadores do *Microsoft® Office Word* e cores nas células;
- evitar tabelas extensas, com mais de uma página;
- tabelas curtas devem ser convertidas em texto;
- as legendas devem estar localizadas após a linha inferior da tabela, restritas ao mínimo necessário, sem negrito, apresentando o termo em caixa alta separado da descrição por dois pontos (ex.: VCM: volume corpuscular médio). Entre as legendas, deve-se usar ponto e vírgula e fonte *Times New Roman*, tamanho 10.
- o teste estatístico utilizado deve ser mencionado na legenda;
- os resultados não devem ser colocados no corpo da tabela, mas sim no cabeçalho sob a forma de %, n, média, mediana, p-valor, entre outros;
- citar a fonte no rodapé da tabela, abaixo da legenda (se existir) ou abaixo da linha inferior da tabela. Ex.: Fonte: DATASUS¹²

Quadros

Os quadros devem ser apresentados conforme abaixo:

- título informativo, conciso e claro, expressando o conteúdo e localizado na parte superior do quadro;
- difere das tabelas principalmente por conter dados textuais, são fechados nas laterais e contém linhas internas;
- mesma fonte do texto (*Times New Roman*, tamanho 12), com espaçamento simples entre linhas, negrito apenas no cabeçalho, caixa alta apenas nas iniciais da variável e nas abreviaturas e siglas padronizadas;
- evitar quadros extensos, com mais de uma página;
- quando o quadro não for de autoria própria, deve ter a fonte citada em rodapé. A legenda, se existir, segue o mesmo formato que o das tabelas e deve estar localizada antes da fonte do quadro, em linha diferente.

Figuras

Não devem repetir os dados representados em textos ou tabelas.

- título informativo, conciso e claro, expressando o conteúdo e localizado na parte inferior;
- devem estar totalmente legíveis, nítidas e autoexplicativas;
- vários gráficos em uma só figura serão aceitos somente se a apresentação conjunta for indispensável à interpretação da figura.

Fotos

- devem possuir alta resolução (mínimo de 300 dpi) e estar plenamente legíveis e nítidas;
- podem estar em preto e branco ou coloridas;
- fotos de pessoas devem ser tratadas para impedir a identificação;
- se a foto tiver proteção de direitos autorais, deverá ser acompanhada de uma carta de autorização para publicação.

Citações no texto: as **citações indiretas** deverão conter o número da referência da qual foram subtraídas, suprimindo o nome do autor, devendo ainda ter a pontuação (ponto, vírgula ou ponto e vírgula) apresentada antes da numeração em sobrescrito, sem espaço entre

ponto final e número da citação. Exemplo: as trabalhadoras também se utilizam da linguagem não verbal.⁷

Quando as citações oriundas de dois ou mais autores estiverem apresentadas de forma sequencial na referência (por exemplo, 1, 2, 3, 4 e 5), deverão estar em sobrescrito, separados por um hífen. Exemplo: estabeleceu os princípios da boa administração, sendo dele a clássica visão das funções do administrador.¹⁻⁵

Citações no texto para artigos na categoria Revisão. O número da citação pode ser acompanhado ou não do(s) nome(s) do(s) autor(es) e ano de publicação. Se forem citados dois autores, ambos são ligados pela conjunção “e”; se forem mais de dois, cita-se o primeiro autor, seguido da expressão “et al.”.

Exemplos:

Segundo Oliveira et al.,⁹ entende-se a rede como a transgressão de fronteiras, a abertura de conexões, a multiplicidade, a flexibilidade, a transparência, a interdependência e o acesso de todos a informação.

Entende-se a rede como a transgressão de fronteiras, a abertura de conexões, a multiplicidade, a flexibilidade, a transparência, a interdependência e o acesso de todos a informação.⁹

Citações diretas (transcrição textual) devem ser apresentadas no corpo do texto entre aspas, indicando o número da referência e a página da citação, independentemente do número de linhas. Exemplo: [...] “o ocidente surgiu diante de nós como essa máquina infernal que esmaga os homens e as culturas, para fins insensatos”.^{1:30-31}

As citações de pesquisa qualitativa (*verbatim*) serão colocadas em itálico, no corpo do texto, identificando entre parênteses a autoria e respeitando o anonimato. A identificação da autoria deve ser **sem** itálico. Exemplo: [...] *envolvendo mais os acadêmicos e profissionais em projetos sociais, conhecendo mais os problemas da comunidade* (e7).

Notas de rodapé: o texto deverá conter, no máximo, três notas de rodapé, que serão indicadas por: * primeira nota, ** segunda nota, *** terceira nota.

REFERÊNCIAS

As referências devem estar numeradas consecutivamente na ordem que aparecem no texto pela primeira vez e estar de acordo com os Requisitos Uniformes do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (*International Committee of Medical Journal*

Editors – **ICMJE**). Os títulos de periódicos devem ser abreviados de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*(<http://www2.bq.am.poznan.pl/czasopisma/medicus.php?lang=enq>) e **International Nursing Index**.

Não há limite para o número de referências nos manuscritos.

Atentar para: atualidade das referências (preferencialmente dos últimos cinco anos); prioridade de referências de artigos publicados em periódicos científicos; **citação em inglês das referências que estejam disponíveis on-line nesse idioma**; restringir para cerca de 30% o uso de referências que não possam ser recuperadas no original pelo leitor e/ou que não possam ter o impacto científico medido (literatura cinza, como: teses, dissertações, trabalhos de conclusão de curso, apostilas, anais, portarias e publicações legais oficiais) ou obras de reduzida expressão científica.

Não há necessidade de referenciar a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

No caso de usar algum *software* de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), os autores deverão converter as referências para texto.

ARTIGOS DE PERIÓDICOS

Artigo de periódico com até 6 autores

Senna MH, Andrade SR. Indicators and information in local health planning: the perspective of the family health strategy nurses. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2015 Dec [cited 2016 Mar 17]; 24(4):950-8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000400950&lng=en

Artigo de periódico com mais de 6 autores

Teixeira CC, Boaventura RP, Souza ACS, Paranaguá TTB, Bezerra ALQ, Bachion MM, et al. Vital signs measurement: an indicator of safe care delivered to elderly patients. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2015 Dec [cited 2016 Mar 07]; 24(4):1071-8. Available

from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000401071&lng=en.INCLUIR

Artigo cujo autor é uma organização

Diabetes Prevention Program Research Group. Hypertension, insulin, and pro insulin in participants with impaired glucose tolerance. *Hypertension*. 2002; 40(5):679-86.

Artigo sem indicação de autoria

21st century heart solution may have a sting in the tail. *BMJ*. 2002; 325(7357):184.

Artigo publicado em fascículo com suplemento

Andrade ACS, Peixoto SV, Friche AAL, Goston JL, César CC, Xavier CC, et al. Social context of neighborhood and socioeconomic status on leisure-time physical activity in a Brazilian urban center: The BH Health Study. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2015 Nov [cited 2016 Mar 17]; 31(Suppl 1):136-47. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015001300136&lng=en

Artigo publicado em numero com suplemento

Nowinski CJ, Victorson D, Debb SM, Gershon RC, .Input on NIH Toolbox inclusion criteria. *Neurology*. March 12, 2013; 80 (1 Supplement 3):S7-12.

Artigo publicado em número especial

Morera JAC, Parada AR, Ogowewo B, Gough H, Alava MMS, Zeferino MT, et al. The role of family relations, spirituality and entertainment in moderating peer influence and drug use among students of eight universities from five countries in Latin America and three from the Caribbean. *Texto Contexto Enferm*. [Internet]. 2015 [cited 2016 Mar 17]; 24(Spe):106-16. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000600106&lng=en

Artigo num periódico sem fascículo e sem volume

Outreach: bringing HIV-positive individuals into care. *HRSA Careaction*. 2002 Jun:1-6.

Artigo com paginação indicada por algarismos romanos

Chadwick R, Schuklenk U. The politics of ethical consensus finding. *Bioethics*. 2002; 16(2):iii-v.

Artigo contendo retratação

Feifel D, Moutier CY, Perry W. Safety and tolerability of a rapidly escalating dose-loading regimen for risperidone. J Clin Psychiatry. 2002; 63(2):169. Retraction of: Feifel D, Moutier CY, Perry W. J Clin Psychiatry. 2000; 61(12):909-11.

Artigos com erratas publicadas

Callegari DC, Correa JA, Pires OC, Braga RBC, Gimbo AFM, Souza AA, et al. Efeito hiperálgico da fentolamina, por via subaracnoidea, em ratos. Rev Bras Anesthesiol. 2015 Abr; 65(2):111-6. Errata em: Rev Bras Anesthesiol. 2016 Fev; 66(1):111-4.

Artigo republicado com correções

Mansharamani M, Chilton BS. The reproductive importance of P-type ATPases. Mol Cell Endocrinol. 2002; 188(1-2):22-5. Corrigido e republicado de: Mol Cell Endocrinol. 2001; 183(1-2):123-6.

Artigo publicado eletronicamente antes da versão impressa (ahead of print)

Ribeiro AM, Guimarães MJ, Lima MC, Sarinho SW, Coutinho SB. Fatores de risco para mortalidade neonatal em crianças com baixo peso ao nascer. Rev Saúde Pública; 43(1). ahead of print Epub 13 fev 2009.

Artigo no prelo

Baggio MA, Erdmann AL. The occurrence of the care ‘of us’ in the movements and fluctuations of the interactive processes in the hospital environment. Texto Contexto Enferm. 2016 prelo.

Artigo com numero no lugar de paginação tradicional

Williams JS, Brown SM, Conlin PR. Videos in clinical medicine. Blood-pressure measurement. N Engl J Med. 2009 Jan 29; 360(5):e6. PubMed PMID: 19179309.

Artigo de jornal

Conselho da UFSC aprova adesão do Hospital Universitário à Ebserh. Diário Catarinense, 2015 Dez 01; Notícias.

LIVROS

Livro padrão

Dornelles S, Padilha MI, Ramos FRS, Silva DGV, Leopardi MT, Erdmann AL. Investigação em Enfermagem de Reabilitação um novo conhecimento para guiar a prática de cuidados. Porto (PT): Universidade do Porto; 2014.

Capítulo de livro

Vargas MAO, Marques AMFB, Schoeller SD, Ferrazzo S, Ramos FRS, Heineck LH . Bioética social: delineando modos de cuidar em enfermagem. In: Sousa FGM, Backes DS, organizadores. Cuidado em enfermagem e saúde: diversidades e complexidades. Florianópolis (SC): Editora Papa-livro; 2015.

Livro com organizador, editor ou compilador

Padilha MI, Borenstein MS, Santos I, organizadores. Enfermagem – Historia de uma profissão. 2ª ed. São Caetano do Sul (SP): Difusão Editora; 2015.

Livro editado por uma organização

Ministério da Saúde (BR). As cartas da Promoção da Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.

Livro com data de publicação/editora desconhecida e/ou estimada

Ministério da Saúde. Secretaria de Recursos Humanos da Secretaria Geral (BR). Capacitação de enfermeiros em saúde pública para o Sistema Único de Saúde: controle das doenças transmissíveis. Brasília (DF): Ministério da Saúde; [199?].

Hoobler S. Adventures in medicine: one doctor's life amid the great discoveries of 1940-1990. [place unknown]: S.W. Hoobler; 1991.

Trabalho apresentado em congresso

Lima ACC, Kujawa H. Educação popular e saúde no fortalecimento do controle social. In: Anais do 7o Congresso Nacional da Rede Unida, 2006 Jul 15- 18; Curitiba, Brasil. Curitiba (PR): Rede Unida; 2006. Oficina 26.

Documentos legais

Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução n 466 de 12 de dezembro de 2012: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): MS; 2012.

Brasil. Lei N. 7.498, de 25 de junho de 1986: dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 26 Jun 1986. Seção 1.

Entidade coletiva

Ministério da Saúde (BR), Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. Planejamento estratégico do Ministério da Saúde: 2011-2015: resultados e perspectivas. 3ª ed. Brasília (DF): MS; 2014.

Tese/Dissertação

Alvarez AG. Tecnologia persuasiva na aprendizagem da avaliação da dor aguda em enfermagem [tese]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2014.

Relatórios de organizações

Ministério da Saúde (BR). IV Conferência Nacional de Saúde Mental: Intersectorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília (DF): Conselho Nacional de Saúde; Ministério da Saúde; 2010. Relatório final.

Material audiovisual

Lessmann JC, Guedes JAD, entrevistadoras. Lúcia Hisako Takase Gonçalves entrevista concedida ao acervo do Grupo de Estudos de História do Conhecimento da Enfermagem GEHCE/UFSC [fita cassete 60 min]. Florianópolis (SC): UFSC/GEHCE; 2006 jul 23.

Mapa

Santos RO, Moura ACSN. Santa Catarina: físico [mapa]. Florianópolis (SC): DCL; 2002.

Dicionários

Ferreira ABH. Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa. Curitiba (PR): Editora Positivo; 2014.

Homepage/web site

Ministério da Saúde [página na Internet]. Brasília (DF): MS; 2015 [cited 2016 Mar 07]. Available from: <http://portalsaude.saude.gov.br/>

Legislação na internet

Brasil. Lei 13021, de 8 de agosto de 2014: dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas. 2014. [cited 2016 Mar 06]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L13021.htmMODIFICADO

Material eletrônico

Programa de Pós- Graduação em Enfermagem. Anais do 3o Seminário Internacional de Filosofia e Saúde [CD- ROM]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2006.

Waterkemper R, Prado ML, Medina JLM, Reibnitz KS. To be the shadow – awareness of undergraduate nursing students: a case study. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2015 Dec [cited 2016 Mar 17]; 24(4):1079-86. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000401079&lng=en. Epub Nov 24, 2015.

Ferreira AC. História de vida de pessoas com deficiência física adquirida [dissertação da internet]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2015 [cited 2016 Mar 07]. Available from: <http://www.bu.ufsc.br/teses/PNFR0923-D.pdf>

Bases de dados/sistemas de recuperação na internet com autor individual/organização

Ministério da Previdência Social (BR). Base de dados históricos do Anuário Estatístico da Previdência Social: resumo de acidentes do trabalho – 2013 [Internet]. Brasília (DF): 2015 [cited 2016 Mar 07]. Available from: <http://www.previdencia.gov.br/dados-abertos/aeat-2013/estatisticas-de-acidentes-do-trabalho-2013/>

Livro na íntegra na internet

Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial [Internet]. 4 ed. Rio de Janeiro (RJ): Editora Fiocruz; 2007 [cited 2016 Mar 03]. Available from: <http://books.scielo.org/id/j94p9>

Homepage na internet

Revista Texto e Contexto Enfermagem [Internet]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2015 [cited 2016 Mar 06]. Available from: <http://www.textoecontexto.ufsc.br/pt/>

Observação: trabalhos não publicados não deverão ser incluídos nas referências, mas inseridos em nota de rodapé. Para outros exemplos de referências, consultar: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html. Para as abreviaturas de títulos de periódicos em português, consultar: <http://www.ibict.br> e, em outras línguas, se

necessário, consultar: International Nursing Index, Index Medicus ou <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=journals>.

Ensaaios clínicos randomizados, Revisões sistemáticas, Metanálises, Estudos observacionais em epidemiologia e Estudos qualitativos

A **Texto & Contexto Enfermagem** apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE) reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação, os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaaios Clínicos, validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do **ICMJE**. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

Os manuscritos submetidos à revista devem atender à sua política editorial e às instruções aos autores, que seguem a Rede EQUATOR e os *Uniform Requirements for Manuscripts* do ICMJE (<http://www.icmje.org>).

As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)

ClinicalTrials.gov

International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)

Netherlands Trial Register (NTR)

UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)

WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

Registro Brasileiro de Ensaaios Clínicos (ReBEC)

A **Texto & Contexto Enfermagem** defende as iniciativas destinadas ao aperfeiçoamento da apresentação dos resultados de estudos científicos, por meio do incentivo à utilização de guias internacionais pelos autores, na preparação dos artigos de ensaios clínicos randomizados, revisões sistemáticas, metanálises, estudos observacionais em epidemiologia e estudos qualitativos. Os guias internacionais são compostos por *checklists* e fluxogramas publicados nas declarações internacionais CONSORT (ensaaios clínicos randomizados), PRISMA (revisões sistemáticas e metanálises), STROBE (estudos

observacionais em epidemiologia) e COREQ (estudos qualitativos). Seu uso na preparação do manuscrito pode aumentar o potencial de publicação e, uma vez publicado, aumentar a utilização da referência em pesquisas posteriores.

- . Ensaio clínico randomizado – CONSORT ([checklistfluxograma](#)).
- . Revisões sistemáticas e metanálises – PRISMA ([checklistfluxograma](#)).
- . Estudos observacionais em epidemiologia – STROBE ([checklist](#)).
- . Estudos qualitativos – COREQ ([checklist](#)) publicado *Int. Journal for Quality in Health Care* em 2007 em formato de tabela no estudo *Consolidated criteria for reporting qualitative research* (COREQ): *a 32-item checklist for interviews and focus groups*.

Estudos de tradução e validação de instrumentos

Nas versões inglesa e espanhola, os estudos de tradução e validação de instrumentos devem preservar os itens do instrumento em português, idioma em que o estudo foi realizado.

ANEXO E

DIRETRIZES PARA AUTORES DAS NORMAS DE SUBMISSÃO DA REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM



INSTRUÇÕES AOS AUTORES

Política Editorial

A **REBEn** é atualmente na versão eletrônica. Tem, como público alvo, profissionais e estudantes de Enfermagem e da Saúde. Recebe a submissão de manuscritos nos idiomas português, inglês e espanhol.

Para manuscritos aceitos para publicação redigidos em português, será solicitada a tradução da versão final para o inglês, que será disponibilizada na versão eletrônica.

Além de seis fascículos regulares por ano, podem ser publicados, eventualmente, números especiais, de acordo com avaliação da pertinência pela Comissão de Publicação ou Conselho Editorial da REBEn, e com a aprovação expressa da Diretoria da ABEn Nacional.

Os manuscritos devem destinar-se exclusivamente à **REBEn**, não sendo permitida sua submissão simultânea a outro(s) periódico(s). Quando publicados, passam a ser propriedade da revista.

- **Declaração sobre Ética e Integridade em Pesquisa**

Para a publicação, a **REBEn** considera condição *sine qua non* que os manuscritos a ela submetidos tenham cumprido as diretrizes ético-legais que envolvem a elaboração de trabalhos acadêmicos e / ou técnico-científicos e a pesquisa com seres humanos ou com animais.

Em se tratando de pesquisa envolvendo seres humanos, e atendendo o disposto na Resolução CNS nº 466/2012, o(s) autor(es) deve(m) mencionar no manuscrito, a aprovação do projeto por Comitê de Ética reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, do Conselho Nacional de Saúde (CONEP-CNS), ou por órgão equivalente, quando tiver

sido executada em outro país. Do mesmo modo, deve(m) mencionar no manuscrito os procedimentos adotados para obtenção da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes da pesquisa.

A **REBEn** adota a exigência da Organização Mundial da Saúde e do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas de registro prévio dos ensaios clínicos (estudos experimentais randomizados) em plataforma que atenda os critérios elaborados por estas duas organizações. O número do registro do ensaio clínico deverá constar em nota de rodapé, na Página de Identificação do manuscrito, aspecto a que se condiciona a publicação.

Nos trabalhos de pesquisa experimental envolvendo animais, deve ser respeitada a Lei nº 11.794, de 8 de outubro de 2008, que regulamenta o inciso VII do § 1º do Art. 225 da Constituição Federal, estabelecendo procedimentos para o uso científico de animais; e as normas estabelecidas no *Guide for the Care and Use of Laboratory Animals (Institute of Laboratory Animal Resources, National Academy of Sciences, Washington, D.C., Estados Unidos)*, de 1996, e nos Princípios Éticos na Experimentação Animal (Colégio Brasileiro de Experimentação Animal – COBEA, disponível em: <www.cobea.org.br>), de 1991. O(s) autor(es) devem mencionar, no texto do manuscrito, o número do protocolo de aprovação do projeto, emitido por Comissão de Ética no Uso de Animais (CEUA), credenciada pelo Conselho Nacional de Controle de Experimentação Animal (CONCEA), órgão integrante do Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação.

A REBEn apoia as Recomendações para a Condução, Relatório, Edição e Publicação de Trabalhos Acadêmicos em Revistas Médicas (*Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals*), do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (*International Committee of Medical Journal Editors*). Essas recomendações, relativas à integridade e padrões éticos na condução e no relatório de pesquisas, estão disponíveis na URL <http://www.icmje.org/urm_main.html>. Do mesmo modo, apoia os padrões internacionais para publicação de pesquisa responsável, desenvolvidos pelo COPE (Committee on Publication Ethics) e destinados a editores e autores (disponíveis em: <<http://publicationethics.org/international-standards-editors-and-authors>>).

Conceitos, ideias ou opiniões emitidos nos manuscritos, bem como a procedência e exatidão das citações neles contidas, são de inteira responsabilidade do(s) autor(es).

A Revista Brasileira de Enfermagem adota o sistema Ithenticate para identificação de plágio.

Categorias de Manuscritos

Editorial – Texto sobre assunto de interesse para o momento histórico ou a produção do conhecimento veiculada a um determinado fascículo, com possível repercussão Enfermagem e Saúde. Pode conter até **duas (2) páginas**, incluindo até **duas referências**, quando houver.

Pesquisa – Estudo original e inédito, que contribui para agregar informação nova ou para

corroborar o conhecimento disponível sobre objeto de investigação relacionado ao escopo da Enfermagem e Saúde. Estão incluídos nesta categoria os ensaios clínicos randomizados. Deve conter um máximo de **quinze (15) páginas**, incluindo resumos e **no máximo 50 referências**.

Revisão – Estudo que reúne, de forma ordenada, resultados de pesquisas a respeito de um tema específico, auxiliando na explicação e compreensão de diferenças encontradas entre estudos primários que investigam a mesma questão, e aprofundando o conhecimento sobre o objeto da investigação. Utiliza métodos sistemáticos e critérios explícitos para identificar, selecionar e avaliar criticamente pesquisas relevantes, e para coletar e analisar dados dos estudos incluídos na revisão. Deve conter um máximo de **vinte (20) páginas**, incluindo resumos e **no máximo 50 referências**.

Reflexão – Formulação discursiva aprofundada, focalizando conceito ou constructo teórico da Enfermagem ou de área afim; ou discussão sobre um tema específico, estabelecendo analogias, apresentando e analisando diferentes pontos de vista, teóricos e/ou práticos. Deve conter um máximo de **dez (10) páginas**, incluindo resumos e **no máximo 10 referências**.

Relato de Experiência – Estudo em que se descreve uma situação da prática (ensino, assistência, pesquisa ou gestão/gerenciamento), as estratégias de intervenção e a avaliação de sua eficácia, de interesse para a atuação profissional. Deve conter um máximo de **dez (10) páginas**, incluindo resumos e **no máximo 10 referências**.

Eventualmente, poderão ser publicados ainda:

Autor convidado - Manuscrito elaborado por autor convidado. Deve conter no **máximo 15 páginas**, incluindo resumos e **até 30 referências**;

Resenha - de obra contemporânea, avaliada como sendo de interesse do público alvo da REBEn, deve conter no **máximo 2 páginas**, incluindo 2 referências, se houver;

Carta ao Editor - máximo **1 página**.

Resposta do autor - máximo 250 palavras

Preparo dos Manuscritos

Aspectos gerais

A **REBEn** adota os Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas (*Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals*), do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (*International Committee of Medical Journal Editors – ICMJE*), atualizados em abril de 2010. Esses requisitos, conhecidos como estilo *Vancouver*, estão disponíveis na URL <http://www.icmje.org/urm_main.html>.

Os manuscritos de todas as categorias aceitos para submissão à **REBEn** deverão ser preparados da seguinte forma: salvo em arquivo do *Microsoft® Office Word*, com

configuração obrigatória das páginas em papel A4 (210x297mm) e margens de 2 cm em todos os lados, fonte *Times New Roman* tamanho 12, espaçamento de 1,5 pt entre linhas, parágrafos com recuo de 1,25 cm.

- As páginas devem ser numeradas, consecutivamente, até às Referências.
- O uso de negrito deve se restringir ao título e subtítulos do manuscrito.
- O itálico será aplicado somente para destacar termos ou expressões relevantes para o objeto do estudo.
- Nas citações de autores, *ipsis litteris*, com até três linhas, usar aspas e inseri-las na sequência normal do texto; naquelas com mais de três linhas, destacá-las em novo parágrafo, sem aspas, fonte *Times New Roman* tamanho 11, espaçamento simples entre linhas e recuo de 3 cm da margem esquerda. No caso de fala de depoentes ou sujeitos de pesquisa, o mesmo procedimento deve ser adotado.

As citações de autores no texto devem ser numeradas de forma consecutiva, na ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto. Devem ser utilizados números arábicos, entre parênteses e sobrescritos, sem espaço entre o número da citação e a palavra anterior, e antecedendo a pontuação da frase ou parágrafo [Exemplo: cuidado⁽⁵⁾,]. Quando se tratar de citações sequenciais, os números serão separados por um traço [Exemplo: cuidado⁽¹⁻⁵⁾,]; quando intercaladas, separados por vírgula [Exemplo: cuidado^(1,3,5),].

Não devem ser usadas abreviaturas no título e subtítulos do manuscrito.

No texto, usar somente abreviações padronizadas. Na primeira citação, a abreviatura é apresentada entre parênteses, e os termos a que corresponde devem precedê-la. As notas de rodapé deverão ser restritas ao mínimo indispensável, não sendo aceitas notas de fim nos manuscritos.

As ilustrações (tabelas, quadros e figuras, como fotografias, desenhos, gráficos, etc.) serão numeradas, consecutivamente, com algarismos arábicos, na ordem em que forem inseridas no texto, não podendo ultrapassar o número de cinco.

Qualquer que seja o tipo de ilustração, sua identificação aparece na parte superior, precedida da palavra designativa (desenho, esquema, fluxograma, fotografia, gráfico, mapa, organograma, planta, quadro, retrato, figura, imagem, entre outros), seguida do número de ordem de sua ocorrência no texto, em algarismos arábicos, travessão e do respectivo título (Ex.: Tabela 1 - título). Após a ilustração, na parte inferior, indicar a fonte consultada, legenda, notas e outras informações necessárias à sua compreensão, se houver (ver: ABNT NBR 14724 / 2011 - Informação e documentação - Trabalhos acadêmicos — Apresentação).

As tabelas devem ser padronizadas conforme recomendações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Normas de apresentação tabular. 3.ed. Rio de Janeiro, 1993, disponíveis em <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>>.

O(s) autor(es) do manuscrito submetido à **REBEn** deve(m) providenciar a autorização, por escrito, para uso de ilustrações extraídas de trabalhos previamente publicados.

Estrutura do texto

Artigos de **Pesquisa** e de **Revisão** devem seguir a estrutura convencional: Introdução, Método, Resultados, Discussão e Conclusões (pesquisas de abordagem quantitativa) ou Considerações Finais (pesquisas de abordagem qualitativa) e Referências. Os manuscritos de outras categorias podem seguir estrutura diferente.

Independentemente da categoria, os manuscritos devem incluir:

a) Documento com página de identificação (Tile page)

É **um documento** que deve conter, na ordem apresentada, os seguintes dados: título do artigo (**máximo de 12 palavras**) em português (ou na língua original do manuscrito); nome do(s) autor(es), indicando, em nota de rodapé, Instituição a que pertence(m) e à qual o trabalho deve ser atribuído, e endereço eletrônico para troca de correspondência.

b) Documento principal

O documento principal, **sem identificação dos autores**, deve conter:

1) **Título do artigo:** no máximo de 12 palavras em português.

2) **Resumo e os descritores:** resumo limitado a **150 palavras**. Deve ser escrito com clareza e objetividade, o que, certamente, contribuirá para o interesse do público alvo na leitura do inteiro teor do manuscrito. O resumo deverá estar estruturado em **Objetivo, Método, Resultados e Conclusão (ou Considerações Finais)**.

Logo abaixo do resumo incluir, respectivamente, três descritores, três *palabras clave* do DeCS <<http://decs.bvs.br>> e três *key words* do MeSH <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>>;

Caso o manuscrito seja aprovado para publicação, o resumo em português deverá ser traduzido para a versão em inglês (Abstract) e espanhol (Resumen). A estrutura em inglês deve ser: *Objective, Method, Results, Conclusion* (ou *Final Considerations*). Em espanhol: *Introducción, Método, Resultados e Conclusión* (ou *Consideraciones Finales*).

3) **Corpo do texto:** Consiste no corpo do manuscrito, propriamente dito;

4) **Fomento:** antes da lista de referências, é obrigatório citar fonte de fomento à pesquisa (se houver).

5) **Agradecimentos:** Opcionalmente, devem ser colocados agradecimentos às pessoas que contribuíram para a realização do estudo, mas não se constituem autores

6) **Referências:** o número de referências é limitado conforme a categoria do manuscrito. As referências, apresentadas no final do trabalho, devem ser numeradas, consecutivamente, de acordo com a ordem em que foram incluídas no texto; e elaboradas de acordo com o

estilo *Vancouver*. Exemplos de referências nesse estilo, elaborados e atualizados pela Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos (*U.S. National Library of Medicine - NLM*), podem ser obtidos na URL http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html.

No mínimo, 50% das referências devem ser preferencialmente produções publicadas nos últimos 5 anos e destas, 20% nos últimos 2 anos. Recomenda-se evitar citações de teses, dissertações, livros e capítulos, exceto quando se tratar de referencial teórico (Ex: Handbook Cochrane).

Para os artigos disponibilizados em português e inglês, deve ser citada a versão em inglês, com a paginação correspondente.

Processo de Submissão e Avaliação de Manuscritos

Os manuscritos devem ser submetidos a REBEn por meio da URL <http://www.scielo.br/reben/>, acessando-se o link *Submissão Online*.

Antes de submeter o manuscrito os autores devem verificar as normas da REBEn. O preenchimento completo dos metadados na submissão é obrigatório.

O autor responsável pela submissão deve ter à mão toda a documentação necessária: página de título; documento principal, Declaração de ciência dos autores sobre as instruções de publicação da REBEn (Modelo de Declaração de Ciência de Instruções); carta ao editor; comprovante de aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética; comprovante de pagamento de taxa de submissão e Declaração de responsabilidade pela autoria, exclusividade de envio do manuscrito à REBEn, transferência de Direitos Autorais e ausência de conflito de interesses (Modelo de Declaração de Autoria).

Um *check list* para auxiliar os autores está disponível.

Para iniciar o processo, o responsável pela submissão deverá cadastrar-se previamente no sistema como autor. O sistema é autoexplicativo e, ao concluir o processo, será gerada uma ID para o manuscrito, com código numérico (Exemplo: 000001). O responsável pela submissão receberá uma mensagem informando a URL do manuscrito e um *login*, para que possa acompanhar, na interface de administração do sistema, o progresso do documento nas etapas do processo editorial.

Inicialmente, os editores avaliam o atendimento às normas para preparação de manuscritos; a inclusão do número do registro do ensaio clínico, quando for o caso, em nota de rodapé; o atendimento ao estilo *Vancouver* na elaboração da lista de referências; a clareza e objetividade do resumo; a inclusão dos descritores escolhidos entre os *DeCS* (*Descritores em Ciências da Saúde*) e *MeSH* (*Medical Subject Headings*); e o potencial do manuscrito para publicação e possível interesse dos leitores.

Quando algum destes aspectos não for considerado satisfatório, o manuscrito é rejeitado, sendo automaticamente arquivado no sistema. Quando avaliado positivamente, o

manuscrito é encaminhado para análise por pares (*peer review*), adotando-se a avaliação duplo-cega (*double blind review*), com que se busca garantir o anonimato dos autores e dos avaliadores. Os pareceres emitidos pelos avaliadores podem considerar o manuscrito *aceito*, *rejeitado* ou, ainda, que *requer revisões*, seja de forma ou de conteúdo. Os pareceres emitidos pelos avaliadores são apreciados pelas Editoras-Chefes, e um parecer final é enviado para os autores.

Revisão técnica de língua portuguesa e tradução dos manuscritos

A revisão técnica de linguagem, tradução do resumo para a versão em espanhol e inglês e a tradução dos manuscritos para a versão em inglês deverá ser providenciada pelos autores, conforme orientação da Secretaria da REBEn. O não cumprimento dessa exigência ocasionará o arquivamento do manuscrito.

Taxas de Submissão e de Editoração

Ao submeter um manuscrito para publicação na REBEn, é necessário realizar o pagamento de **TAXA DE SUBMISSÃO**, no valor de R\$ 220,00 (duzentos e vinte reais).

Em caso de o artigo ser aceito, é obrigatório o pagamento da **TAXA DE EDITORAÇÃO**, no valor de R\$ 1.100,00 (um mil e cem reais).

Essas taxas deverão ser pagas por meio de depósito bancário, em nome da Associação Brasileira de Enfermagem, CNPJ 33.989.468-0001-00, no Banco do Brasil, Agência: 3475-4, Conta Corrente: 220.482-7.

Para depósito internacional, o usuário deverá usar o código SWIFT - BRASBRRJBSA e IBAN (International Bank Account Number) - BR4800000000034750002204827C1 - Banco do Brasil - em nome da Associação Brasileira de Enfermagem.

O comprovante de pagamento da **TAXA DE SUBMISSÃO** deve ser inserido no sistema, no momento da submissão do manuscrito, como Documento Suplementar. No processo inicial de checagem inicial da documentação submetida, serão arquivados automaticamente manuscritos que não estiverem acompanhados da comprovação do pagamento da TAXA DE SUBMISSÃO. Ao ser efetivada a submissão e verificada a conformidade do manuscrito às normas de publicação, prossegue-se o processo de editoração. Finalizado o processo de avaliação, não se devolve a taxa de submissão caso o manuscrito não seja aceito para publicação.

O comprovante de pagamento da **TAXA DE EDITORAÇÃO** deverá ser encaminhado ao e-mail reben@abennacional.org.br, no prazo máximo de sete dias após o recebimento da confirmação de que o artigo foi aceito para publicação. **O não cumprimento dessa condição sujeita o artigo ao arquivamento em definitivo.**