

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO**

**Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária**

***BULLYING E ENGAGEMENT EM ENFERMEIROS***

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

Dissertação académica orientada pela Prof.(a) Doutora Elisabete Borges  
e coorientada pela Prof.(a) Doutora Margarida Abreu

**Tércio Medeiros Maio**

**Porto | 2016**



## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Doutora Elisabete Borges, pelo seu apoio, disponibilidade e sentido prático, e pela transmissão da sua experiência e ensinamentos ao longo deste percurso.

À Professora Doutora Margarida Abreu, coorientadora deste trabalho, pela disponibilidade e atenção demonstradas.

À Instituição de Saúde que autorizou a aplicação do instrumento de recolha de dados.

A todos os enfermeiros que aceitaram participar neste estudo, tornando possível a sua realização.

A todas as pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho.

Um agradecimento especial à minha esposa pelo seu apoio ao longo deste percurso.



## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

DGS - Direção Geral da Saúde

EU-OSHA - Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho

EWCS - *European Working Conditions Survey*

ICN - *International Council of Nurses*

INT-SO - Internacional - Saúde Ocupacional

JD-R - *Job Demands and Resources Model*

LIPT - *Leymann Inventory of Psychological Terrorization*

NAQ - *Negative Acts Questionnaire*

NAQ-R - *Negative Acts Questionnaire – Revised*

OIT - Organização Internacional do Trabalho

OMS - Organização Mundial da Saúde

PNSOC - Programa Nacional de Saúde Ocupacional

Q<sup>12</sup> - *Gallup's Workplace Audit*

SPSS22 - *Statistical Package for the Social Sciences, versão 22*

UWES - *Utrecht Work Engagement Scale*

WHS - *Work Harassment Scale*

DP - Desvio Padrão

e.g. - Por exemplo

et al. - e outros

gl - Graus de liberdade

i.e. - Isto é

M - Média

p - Probabilidade de significância

p. - Página

$r$  - Correlação de *Pearson*

$t$  - Valor do teste  $t$  de *Student*

$U$  - Valor do teste de *Mann-Whitney*

% - Percentagem

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	15
<b>1. BULLYING NO TRABALHO</b> .....	17
<b>1.1. Antecedentes do <i>Bullying</i></b> .....	20
<b>1.2. Consequências do <i>Bullying</i></b> .....	23
<b>1.4. <i>Bullying</i> nos Enfermeiros</b> .....	26
<b>1.5. Avaliação do <i>Bullying</i></b> .....	30
<b>2. ENGAGEMENT NO TRABALHO</b> .....	33
<b>2.1. Antecedentes e Consequências do <i>Engagement</i></b> .....	34
<b>2.2. <i>Engagement</i> nos Enfermeiros</b> .....	37
<b>2.3. Avaliação do <i>Engagement</i></b> .....	40
<b>3. BULLYING E ENGAGEMENT NO TRABALHO</b> .....	41
<b>3.1. <i>Bullying</i> e <i>Engagement</i> - Estratégias de Intervenção</b> .....	43
<b>4. METODOLOGIA</b> .....	49
<b>4.1. Questão de Investigação e Objetivos</b> .....	49
<b>4.2. Tipo de Estudo</b> .....	50
<b>4.3. Variáveis em Análise</b> .....	50
<b>4.4. População e Amostra</b> .....	52
<b>4.4.1. Caracterização da Amostra</b> .....	53
<b>4.4.1.1. Caracterização da Amostra Segundo as Variáveis Sociodemográficas</b> .....	53
<b>4.4.1.2. Caracterização da Amostra Segundo as Variáveis Profissionais</b> .....	54

<b>4.5. Instrumento de Recolha de Dados</b> .....	55
4.5.1. <i>Fidelidade das Escalas</i> .....	57
<b>4.6. Procedimentos Para a Recolha de Dados</b> .....	59
<b>4.7. Tratamento de Dados</b> .....	60
<b>4.8. Considerações Éticas</b> .....	62
<b>5. RESULTADOS</b> .....	63
5.1. <i>Bullying</i> nos Enfermeiros .....	63
5.2. Relação entre <i>Bullying</i> e Variáveis Sociodemográficas.....	66
5.3. Relação entre <i>Bullying</i> e Variáveis Profissionais.....	71
5.4. <i>Engagement</i> dos Enfermeiros.....	74
5.5. Relação entre <i>Engagement</i> e Variáveis Sociodemográficas .....	75
5.6. Relação entre <i>Engagement</i> e Variáveis Profissionais .....	79
5.7. Relação entre <i>Bullying</i> e <i>Engagement</i> .....	82
<b>6. DISCUSSÃO</b> .....	85
6.1. <i>Bullying</i> nos Enfermeiros .....	85
6.2. Relação entre <i>Bullying</i> e Variáveis Sociodemográficas.....	91
6.3. Relação entre <i>Bullying</i> e Variáveis Profissionais.....	94
6.4. <i>Engagement</i> dos Enfermeiros.....	96
6.5. Relação entre <i>Engagement</i> e Variáveis Sociodemográficas .....	98
6.6. Relação entre <i>Engagement</i> e Variáveis Profissionais .....	101
6.7. Relação entre <i>Bullying</i> e <i>Engagement</i> .....	103
<b>7. CONCLUSÃO</b> .....	105
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	109

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Diferentes níveis de intervenção no <i>bullying</i> no trabalho.....	46
TABELA 2: Caracterização da amostra segundo as variáveis sociodemográficas.....	53
TABELA 3: Caracterização da amostra em função de variáveis profissionais.....	54
TABELA 4: Classificação qualitativa da consistência interna e respectivos valores de alfa de <i>Cronbach</i> .....	57
TABELA 5: Apresentação do alfa de <i>Cronbach</i> do NAQ-R total e subescalas e comparação com outros estudos.....	58
TABELA 6: Apresentação do alfa de <i>Cronbach</i> da UWES total e subescalas e comparação com outros estudos.....	59
TABELA 7: Distribuição dos valores do NAQ-R total e subescalas.....	63
TABELA 8: Matriz de correlação de <i>Pearson</i> entre o NAQ-R total e subescalas.....	64
TABELA 9: Prevalências de <i>bullying</i> nos enfermeiros segundo os critérios 1, 2 e 3.....	64
TABELA 10: Prevalência de cada item (atos negativos) do NAQ-R, em ordem decrescente, quando aplicado o critério 1.....	65
TABELA 11: Prevalência de cada item (atos negativos), em ordem decrescente, quando aplicado o critério 3.....	66
TABELA 12: Correlação de <i>Pearson</i> entre o NAQ-R total, subescalas e a idade dos enfermeiros.....	67
TABELA 13: Comparação entre as médias do NAQ-R total e subescalas em função da idade, estado civil, habilitações literárias, ter filhos, dependentes a cargo, ajuda para cuidar de pessoa dependente, contribui exclusivamente com o seu salário e atividades de lazer.....	67
TABELA 14: Comparação entre as classificações médias do NAQ-R total e subescalas em função do sexo.....	71
TABELA 15: Correlação de <i>Pearson</i> entre o NAQ-R total, subescalas e os anos de experiência profissional e de antiguidade no serviço dos enfermeiros.....	71

TABELA 16: Comparação entre as médias do NAQ-R total e subescalas em função do turno de trabalho, anos de experiência profissional, anos de antiguidade no serviço e trabalho stressante.....	72
TABELA 17: Distribuição dos valores da UWES total e subescalas.....	74
TABELA 18: Matriz de correlação de <i>Pearson</i> entre a UWES total e subescalas.....	75
TABELA 19: Correlação de <i>Pearson</i> entre a UWES total, subescalas e a idade dos enfermeiros.....	75
TABELA 20: Comparação entre as médias da UWES total e subescalas em função da idade, estado civil, habilitações literárias, ter filhos, dependentes a cargo, ajuda para cuidar de pessoa dependente, contribui exclusivamente com o seu salário e atividades de lazer.....	76
TABELA 21: Comparação entre as classificações médias da UWES total e das subescalas segundo o sexo.....	79
TABELA 22: Correlação de <i>Pearson</i> entre a UWES total, subescalas e os anos de experiência profissional e de antiguidade no serviço dos enfermeiros.....	79
TABELA 23: Comparação entre as médias da UWES total e subescalas em função do turno de trabalho, anos de experiência profissional, anos de antiguidade no serviço e trabalho stressante.....	80
TABELA 24: Correlação de <i>Pearson</i> entre o NAQ-R total e subescalas e a UWES total e subescalas.....	82

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Modelo teórico para o estudo e a gestão do <i>bullying</i> no trabalho.....	19
FIGURA 2: Consequências individuais e organizacionais do <i>bullying</i> no trabalho.....	25
FIGURA 3: Modelo teórico explicativo do <i>bullying</i> nos enfermeiros.....	29
FIGURA 4: Modelo <i>Job Demands and Resources</i> .....	35



## RESUMO

O *bullying* no trabalho relaciona-se com a exposição a atos negativos de forma repetida, pelo menos uma vez por semana, e durante um determinado período de tempo, pelo menos seis meses (Einarsen et al., 2011). O *bullying* é prevalente nos enfermeiros e traduz-se em consequências nefastas como problemas mentais, elevados níveis de stress, sensação de esgotamento, interferência no desempenho laboral e produtividade e uma escassa satisfação laboral (Jurado, Pérez-Fuentes e Linares, 2016).

Por outro lado, o *engagement* é definido por Schaufeli e Bakker (2010) como um estado mental afetivo-motivacional positivo em relação ao trabalho que é caracterizado por vigor, dedicação e absorção. Enfermeiros com bons níveis de *engagement* apresentam níveis mais elevados de bem-estar no trabalho e compromisso com a organização, produzindo maior rentabilidade (Bargagliotti, 2012). A presença de *bullying* no trabalho pode influenciar os níveis de *engagement*. A redução do impacto do *bullying* no trabalho pode traduzir-se em níveis de *engagement* mais elevados dos trabalhadores (Einarsen et al., 2016). Perante a problemática apresentada emergiu a seguinte questão de investigação: qual a relação entre o *bullying* e o *engagement* nos enfermeiros dos cuidados de saúde primários de uma das ilhas do arquipélago dos Açores?

Integrado no Projeto "INT-SO - *Dos contextos de trabalho à saúde ocupacional dos profissionais de enfermagem, um estudo comparativo entre Portugal, Brasil e Espanha*", desenvolveu-se um estudo de natureza quantitativa, do tipo correlacional, transversal com os objetivos de identificar nos enfermeiros a presença de *bullying* e *engagement*, analisar a variação do *bullying* e *engagement* em função de características sociodemográficas e profissionais e analisar a associação entre o *bullying* e o *engagement*. Optou-se por uma amostra por conveniência, tendo participado no estudo 173 enfermeiros. Para a recolha de dados utilizou-se um questionário organizado em três grupos para a avaliação sociodemográfica e profissional, do *bullying*, utilizando-se o *Negative Acts Questionnaire-Revised* 22 itens (NAQ-R) (Einarsen e Hoel, 2001; traduzida para português por Araújo, McIntyre e McIntyre, 2004; e adaptada em enfermeiros portugueses por Borges e Ferreira,

2015) e do *engagement*, utilizando-se a *Utrecht Work Engagement Scale* nove itens (UWES) (Schaufeli e Bakker; 2003; traduzida para português por Marques Pinto e Picado, 2011).

Os resultados permitiram identificar a presença de *bullying* e que foi mais frequente em enfermeiros mais novos, com ajuda para cuidar de pessoa dependente, em horário de trabalho rotativo e com percepção de stress no trabalho. Identificaram-se bons níveis de *engagement*. Enfermeiros do sexo feminino, com parceiro, com filhos, sem ajuda para cuidar de pessoa dependente, com mais anos de experiência profissional, com horário de trabalho fixo e sem percepção de stress apresentaram níveis mais elevados de *engagement*. O *bullying* estava negativamente relacionado com o *engagement*.

Salienta-se a importância da formação dos gestores de enfermagem sobre prevenção e gestão do *bullying* e promoção do *engagement*, da realização do diagnóstico dos antecedentes organizacionais do *bullying* e do *engagement* e, em face deste, a elaboração de programas de saúde laboral.

**Palavras-chave:** *Bullying*, *Engagement*, Enfermeiros, Cuidados de Saúde Primários, NAQ-R

## ABSTRACT

**Title:** Bullying and Engagement Among Nurses

Workplace bullying is related to the exposure to repeated negative acts, at least once a week, during a certain amount of time, for at least six months (Einarsen et al., 2011). Bullying is prevalent in nurses and translates into negative consequences such as mental illness, high levels of stress, exhaustion, interference with work performance and productivity and scarce professional satisfaction (Jurado Perez-Fuentes and Linares, 2016).

On the other hand, engagement is defined by Schaufeli and Bakker (2010) as a positive affective-motivational state of mind related to work, which is characterized by vigor, dedication and absorption. Nurses with good levels of engagement have higher levels of well-being at work and commitment to the organization, producing greater profitability (Bargagliotti, 2012). The presence of workplace bullying may influence the levels of engagement. Reducing the impact of bullying at work can result in the increase of the levels of engagement of employees (Einarsen et al., 2016). According to the presented problem the following research question emerged: what is the relation between bullying and engagement in primary health care nursing on one of the islands of the Azores?

Integrated in the Project "*INT-SO - from work contexts to occupational health of nurses, a comparative study between Portugal, Brazil and Spain*", a quantitative nature, correlational and cross-sectional study has been developed aiming to identify in nursing the presence of bullying and engagement, to assess the variation of bullying and engagement in terms of sociodemographic and professional characteristics and to evaluate the association between bullying and engagement. A convenience sample was chosen, where 173 nurses participated in the study. A questionnaire was used for data collection, organized in three groups: for sociodemographic and professional assessment, to evaluate bullying, using the Negative Acts Questionnaire-Revised 22 items (NAQ-R) (Einarsen and Hoel, 2001; translated into Portuguese by Araújo, McIntyre and McIntyre, 2004; and adapted to Portuguese nurses by Borges and Ferreira, 2015) and engagement, using the Utrecht Work Engagement Scale nine items (UWES) (Schaufeli and Bakker, 2003; translated into Portuguese by Marques Pinto and Picado, 2011).

The results revealed the presence of bullying, which was more frequent among younger nurses without help to care for a care-dependent person, working rotating shifts schedules and with higher stress perception at work. Additionally, positive levels of engagement were revealed. Female nurses, with partner, with children, without help to care for a care-dependent person, with more years of professional experience, working fixed shifts and with low stress perception at work had higher levels of engagement. Bullying was negatively related to engagement.

The results underline the importance of training nursing managers on prevention and management of bullying and promoting engagement, in diagnosing organizational antecedents of bullying and engagement and, from this, the development of occupational health programs.

**Keywords:** Bullying, Engagement, Nurses, Primary Health Care, NAQ-R

## INTRODUÇÃO

O *bullying* no trabalho, e especificamente entre os enfermeiros, é um problema com representatividade, uma vez que aproximadamente um terço dos enfermeiros, a nível global, é vítima de *bullying* (Spector et al., 2014).

Einarsen et al. (2011) definem *bullying* no trabalho como agressão sistemática e violência dirigida a um ou mais indivíduos, por um ou mais indivíduos, que não são capazes de se defender. Estes autores relacionam o *bullying* com a exposição a atos ou comportamentos negativos no local de trabalho de forma repetida (i.e. pelo menos uma vez por semana) e durante um determinado período de tempo (i.e. pelo menos seis meses). Segundo Nielsen et al. (2014) estes atos no contexto laboral podem ter um forte impacto negativo na saúde e no bem-estar dos trabalhadores expostos ao *bullying*.

Sendo o *bullying* uma problemática emergente tal como refere o *International Council of Nurses* (ICN) (2015), num estudo realizado em diversos países, 25% dos enfermeiros reportaram *bullying* por parte de supervisores ou colegas. O *bullying* nos enfermeiros traduz-se em consequências nefastas aos níveis fisiológico, emocional e social (Jurado, Pérez-Fuentes e Linares, 2016).

A Direção Geral Saúde (DGS) (2013, p. 23) através do Programa Nacional de Saúde Ocupacional (PNSOC) propõe no seu objetivo quatro: "*Dinamizar a promoção da saúde no local de trabalho, e fomentar práticas de trabalho e estilos de vida saudáveis em empresas/estabelecimentos do setor privado e da Administração Pública*". A promoção da saúde no local de trabalho é, portanto, fundamental para a redução do impacto negativo do *bullying*.

Enquanto o *bullying* define um conceito negativo no trabalho, o *engagement* é definido por Schaufeli e Bakker (2010) como um estado mental afetivo-motivacional positivo em relação

ao trabalho que é caracterizado por vigor, dedicação e absorção. O *engagement* nos enfermeiros pode resultar em níveis mais elevados de iniciativa pessoal e motivação, rentabilidade para as organizações (Bargagliotti, 2012), bem-estar no trabalho e compromisso para com a organização (Brunetto et al., 2013).

O *bullying* e o *engagement* podem estar relacionados entre si. Os antecedentes e consequências do *bullying* podem coexistir como os que reduzem os níveis de *engagement* (Einarsen et al., 2011; Bakker e Demerouti, 2014). Assim, o impacto negativo do *bullying*, bem como dos seus antecedentes e consequências, pode influenciar negativamente os níveis de *engagement* dos trabalhadores (Einarsen et al., 2016).

Definiu-se como questão de investigação, a seguinte:

- ❖ Qual a relação entre o *bullying* e o *engagement* nos enfermeiros dos cuidados de saúde primários de uma das ilhas do arquipélago dos Açores?

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Enfermagem do Porto, desenvolveu-se um estudo integrado no Projeto "*INT-SO [Internacional - Saúde Ocupacional] - Dos contextos de trabalho à saúde ocupacional dos profissionais de enfermagem, um estudo comparativo entre Portugal, Brasil e Espanha*", de natureza quantitativa, do tipo correlacional e transversal, com a finalidade de contribuir para a elaboração de programas que promovam a saúde laboral dos enfermeiros.

Com a sua realização pretendeu-se concretizar os seguintes objetivos:

- Identificar a presença de *bullying* e de *engagement* nos enfermeiros;
- Analisar a variação do *bullying* e do *engagement* em função de características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros;
- Analisar a associação entre *bullying* e *engagement*.

Este documento está dividido em vários capítulos, iniciando-se com a revisão teórica do tema onde se abordam os conceitos de *bullying* e *engagement* no contexto laboral, os antecedentes e consequências, os instrumentos de avaliação, o *bullying* e *engagement* nos enfermeiros, a relação entre *bullying* e *engagement* e estratégias de intervenção (Capítulos 1 a 3). No capítulo 4, relativo à metodologia, apresentam-se a questão e os objetivos de investigação, tipo de estudo, variáveis, população e amostra, instrumento de recolha de dados, procedimentos, considerações éticas e tratamento de dados. Seguem-se a apresentação e discussão dos resultados, finalizando com a conclusão e referências bibliográficas.

## 1. BULLYING NO TRABALHO

Nos últimos 20 anos o *bullying* no contexto de trabalho tem vindo a ser alvo de maior atenção no âmbito da investigação (Nielsen et al., 2014).

De acordo com o *European Working Conditions Survey (EWCS)*, em 2005, na União Europeia, em média, 5% dos respondentes tinham a perceção de serem vítimas de *bullying* no trabalho nos últimos 12 meses. Em Portugal, a prevalência de *bullying* encontrada foi de 33,5%. Estes dados indicam que o *bullying* no trabalho é um problema prevalente em vários setores de atividade. O mesmo questionário (EWCS), aplicado em 2007, permitiu concluir que o *bullying* é frequente nos setores da saúde e da educação (Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (EU-OSHA), 2010).

Em vários países são usados termos diferentes para designar o *bullying* no trabalho. Por exemplo: em França - *harcelement moral, harcelement psychologique*; em Espanha - *acoso moral, hostigamiento psicologico, psicoterror laboral, ou maltrato psicologico*; na Bulgária - *tormoz*; na Finlândia - *kiusaaminen*; na Suécia, Itália, Polónia e Alemanha - *mobbing*; no Reino Unido - *bullying*; em Portugal são usados, igualmente, os termos assédio no local de trabalho ou assédio moral (EU-OSHA, 2010).<sup>1</sup>

Einarsen et al. (2011, p. 22) definem o *bullying* no trabalho da seguinte forma:

*Bullying at work means harassing, offending, or socially excluding someone or negatively affecting someone's work. In order for the label bullying (or mobbing) to be applied to a particular activity, interaction, or process, the bullying behavior has to occur repeatedly and regularly (e.g., weekly) and over a period of time (e.g., about six months). Bullying is an escalating process in the*

---

<sup>1</sup> No presente estudo de investigação adotou-se o termo *bullying* por ser o termo associado ao instrumento de recolha de dados utilizado - NAQ-R (Einarsen e Hoel, 2001; versão portuguesa de Araújo, McIntyre e McIntyre, 2004; adaptado em enfermeiros por Borges e Ferreira, 2015) - e por ser reconhecido como agressão sobre pessoas que, por razões distintas, são ou estão incapazes de se defender.

*course of which the person confronted ends up in an inferior position and becomes the target of systematic negative social acts. A conflict cannot be called bullying if the incident is an isolated event or if two parties of approximately equal strength are in conflict.*

Assim sendo, o conceito relaciona-se com a exposição a atos ou comportamentos negativos no local de trabalho de forma repetida (i.e. pelo menos uma vez por semana) e durante um determinado período de tempo (i.e. pelo menos seis meses). Para além da frequência e duração dos atos negativos, no *bullying* o poder formal ou informal entre a vítima e o agressor é desequilibrado; a pessoa que é alvo de *bullying*, ao longo do processo, culmina numa posição de poder inferior em que não se sente capaz de se defender (Einarsen, 2005, Einarsen, et al., 2011). Trata-se, portanto, de violência prolongada e não de episódios isolados de conflito (Nielsen et al., 2014).

Adicionalmente, pode-se efetuar a distinção entre o *bullying* relacionado com as pessoas e o relacionado com o trabalho. O relacionado com as pessoas manifesta-se através de comportamentos que afetam a integridade pessoal de alguém (e.g. insultar, difundir mexericos ou rumores, criticar maliciosa e persistentemente ou intimidar). O relacionado com o trabalho manifesta-se nas condições, circunstâncias ou desempenho de alguém no trabalho (e.g. prazos para atividades de trabalho irrazoáveis, sobrecarga de trabalho, monitorização excessiva do trabalho, atribuição de atividades abaixo do nível de competências do trabalhador, retenção propositada de informações necessárias para a realização de um trabalho ou funções atribuídas) (Einarsen, 2005; Einarsen et al., 2011).

O *bullying* pode, igualmente, manifestar-se na forma direta ou indireta (Einarsen et al., 2011; Nielsen et al., 2014). A forma direta diz respeito a comportamentos abusivos, declarados como o abuso verbal, comentários inapropriados ou repetidos com o propósito de minar ou o criticismo injustificado e desproporcionado da *performance* da pessoa no local de trabalho (Nielsen et al., 2014; Whittaker et al., 2015). O *bullying* indireto pode manifestar-se sob a forma de exclusão social, de rumores e mexericos verbalizados sobre alguém (Nielsen et al., 2014) ou por formas de *bullying* relacionadas com o trabalho como a exclusão deliberada de reuniões de trabalho, ser colocado de parte numa tomada de decisão importante e, no caso de trabalhadores com funções de gestão, por exemplo, colocarem o seu *staff* a responder diretamente a outra pessoa, minando a sua autoridade (Whittaker et al., 2015).

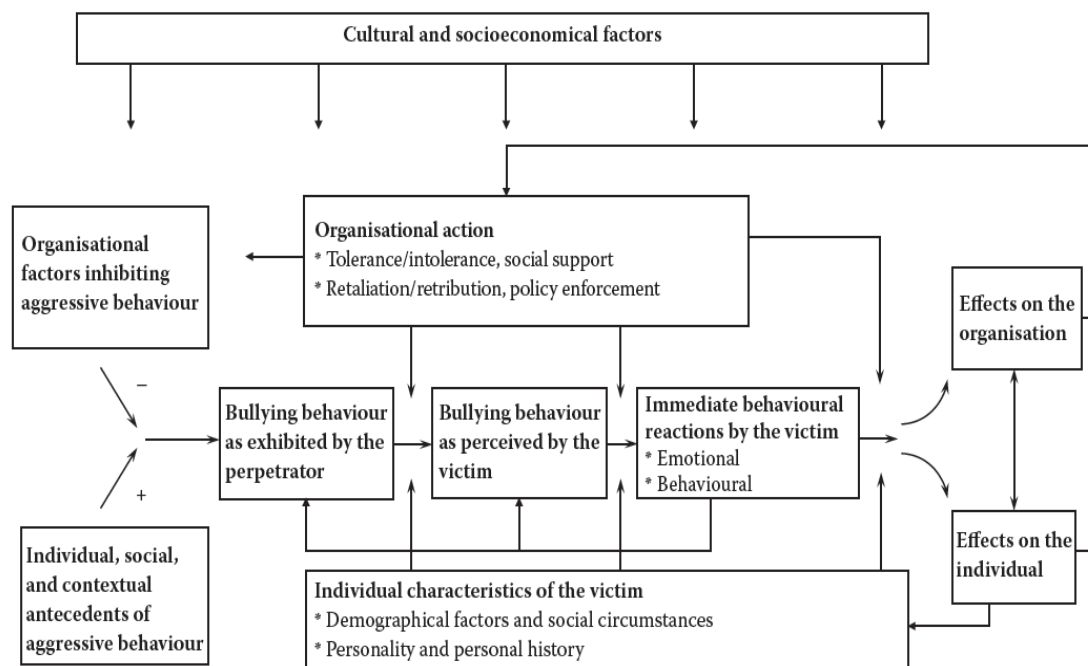
O *bullying* pode, ainda, ser diferenciado entre interpessoal ou organizacional. Interpessoal na medida em que envolve uma interação dinâmica entre pelo menos dois intervenientes,

é organizacional, quando a estrutura organizacional, as suas práticas ou procedimentos são percebidos como sendo opressivos, desgastantes ou humilhantes pelo trabalhador. Independentemente da forma de *bullying*, pode estar associado uma componente subjetiva, ou seja, alguém que é alvo de *bullying* pode não ser necessariamente vítima de *bullying*. Determinados comportamentos negativos podem ser encarados, por um lado, como sendo naturais e o trabalhador sente-se capaz de lidar positivamente com eles e podem, por outro lado, ser encarados como ofensivos, fazendo com que o trabalhador tenha a percepção de ser vítima de *bullying* (Einarsen et al., 2011).

Mais do que um fenómeno, o *bullying* no trabalho parece ser um processo gradual. Para Einarsen (2005) este processo pode iniciar-se com o conflito sobre situações no trabalho que podem evoluir para conflitos interpessoais e, progressivamente, podem surgir atos de estigmatização. Embora as ações possam ser de natureza diferente, têm como objetivo humilhar, intimidar, causar medo ou punir a vítima. Para este autor, os comportamentos negativos numa fase inicial são mais indiretos e subtis e em menor frequência, e numa fase posterior podem tornar-se mais diretos e agressivos, culminando na expulsão da vítima do trabalho.

A ocorrência de *bullying* no trabalho é multifatorial. Einarsen et al. (2011) apresentaram um modelo teórico para o estudo e gestão do *bullying* no trabalho (figura 1).

FIGURA 1: Modelo teórico para o estudo e gestão do *bullying* no trabalho



Fonte: Einarsen et al., 2011, p. 29

No modelo anterior pode-se verificar que a nível macro existem fatores culturais e sociais que podem influenciar a ocorrência de *bullying*. Além disso, fatores organizacionais e individuais das vítimas concorrem para a ocorrência de *bullying* que se traduz em consequências tanto organizacionais como individuais.

Em Portugal, o *bullying* no trabalho possui enquadramento legal (na lei denominado de assédio). O código de trabalho, Lei nº 7/2009, p. 934, define assédio da seguinte forma:

*Entende-se por assédio o comportamento indesejado, nomeadamente o baseado em factor de discriminação, praticado aquando do acesso ao emprego ou no próprio emprego, trabalho ou formação profissional, com o objectivo ou o efeito de perturbar ou constranger a pessoa, afectar a sua dignidade, ou de lhe criar um ambiente intimidativo, hostil, degradante, humilhante ou desestabilizador.*

Segundo a lei anterior a prática de assédio moral ou sexual constitui contraordenação muito grave.

O *bullying* no trabalho designa, portanto, um conceito negativo que é antecedido por fatores organizacionais e individuais.

### **1.1. Antecedentes do *Bullying***

A literatura revela que fatores organizacionais ou individuais podem anteceder a ocorrência de *bullying* no trabalho (Ariza-Montes et al., 2013).

Por exemplo, como fator organizacional, a Organização Internacional do trabalho (OIT) (2016) refere que existe uma relação bilateral entre o *stress* e o *bullying* no trabalho, em que o *stress* no trabalho pode constituir um fator de risco para a ocorrência de *bullying* e que este é um fator gerador de *stress* no trabalho.

Ambientes geradores de *stress* podem provocar estados mentais e comportamentos instáveis nos trabalhadores, tornando-os expostos ao *bullying* e podem despoletar, em potenciais agressores, comportamentos agressivos (Hauge, Skogstad e Einarsen, 2009; Drabek e Merecz, 2013).

A ambiguidade e conflito de papéis no trabalho são mencionados como dos principais fatores organizacionais geradores de *stress*, estando relacionados positivamente com a

ocorrência de *bullying* (Balducci, Fraccaroli e Schaufeli, 2011; Domínguez, Gil Monte e Devis, 2011; Einarsen et al., 2016). Ariza-Montes et al. (2013) concluíram que no setor da saúde, ambientes de trabalho imprevisíveis caracterizados por serem inseguros, pelos conflitos de papel, pela tensão ou stress excessivo são potenciadores do *bullying*. Além disso, permitem poucas oportunidades para a socialização e para a resolução de conflitos que poderão culminar em comportamentos agressivos e *bullying*.

Altos níveis de stress podem resultar nos designados comportamentos micropolíticos (Matthiesen e Einarsen, 2007). Estes autores referem que as organizações, por norma, não definem pelos trabalhadores cada aspeto relacionado com o desempenho do trabalho, ou com a vida da organização. Assim, as organizações esperam que os seus colaboradores preencham as lacunas nas estruturas formais da organização por tentarem atingir objetivos pessoais, participarem no processo de decisão, melhorarem os seus níveis de influência, protegerem o seu estatuto ou por estimularem a competitividade. Contudo, quando estas circunstâncias são intensas, pela falta de estruturas formais e de funções e responsabilidades claramente definidas, pode ser percecionado como altamente stressante por todos envolvidos, levando a conflitos e ambiguidades de papéis na organização que podem escalar para o *bullying*.

Outros fatores organizacionais como os conflitos interpessoais no trabalho, a falta de suporte social no trabalho (Domínguez, Gil Monte e Devis, 2011), a sobrecarga de trabalho (Balducci, Fraccaroli e Schaufeli, 2011) têm uma relação positiva com a ocorrência de *bullying*. Além disso, fatores como as perspectivas de promoção e a autonomia nas decisões possuem relação negativa com o *bullying* (Balducci, Fraccaroli e Schaufeli, 2011).

No setor da saúde têm vindo a ser estudados, igualmente, fatores organizacionais que podem anteceder a ocorrência de *bullying*. Segundo o estudo de Ariza-Montes et al. (2013), num estudo com 284 profissionais de saúde (21,5% eram enfermeiros), a probabilidade de exposição ao *bullying* era mais elevado nos que possuíam contrato permanente, que não estavam numa posição de gestão, entre os que trabalhavam por turnos, realizavam tarefas rotineiras e rotativas, sofriam de stress no trabalho, tinham pouca satisfação no trabalho e que não tiveram oportunidades de progressão na carreira.

Adicionalmente, estudos têm revelado alguns fatores individuais que podem anteceder o *bullying* no trabalho. Nielsen e Knardahl (2015) efetuaram um estudo prospetivo com 3060 trabalhadores, em que analisaram o impacto de algumas características de personalidade na ocorrência de *bullying* e na perceção de vitimização de *bullying*. Analisaram as seguintes

características de personalidade: ser intro ou extrovertido, ser alguém agradável (e.g. reservar tempo para ajudar os outros, ser empático), ser alguém consciencioso (e.g. não deixar trabalho importante por fazer), o neuroticismo (e.g. ficar facilmente irritado, frustrado, zangado, ou apresentar instabilidade emocional) e ser aberto ou expansivo. Verificaram que nenhuma destas características, à exceção do neuroticismo, foi significativa em predizer quanto a se alguém é mais frequentemente exposto ao *bullying*. Quanto ao neuroticismo, Balducci, Fraccaroli e Schaufeli (2011) verificaram, igualmente, uma relação positiva com o *bullying*.

Nielsen e Einarsen (2012) verificaram, numa meta análise que incluiu uma amostra de 77721 trabalhadores, que os problemas mentais estão associados a um aumento de ocorrência de *bullying*, sugerindo que quem possui problemas mentais pode violar expectativas, aborrecer outros, violar normas sociais ou interações amigáveis, fomentando comportamentos agressivos noutros.

No estudo de Ariza-Montes et al. (2013) o *bullying* emergiu como sendo mais prevalente, considerando as características individuais, entre os profissionais de saúde do sexo feminino, com filhos crianças, mais novos e com menos habilitações literárias.

Quanto aos agressores, Hauge, Skogstad e Einarsen (2009) concluíram, num estudo com 2539 trabalhadores, que os homens tinham maior probabilidade de se tornarem agressores e que o estatuto de ser vítima de *bullying* foi o preditor mais importante para alguém tornar-se agressor no local de trabalho. Estes dados são corroborados noutro estudo transversal de Matthiesen e Einarsen (2007) com 4742 trabalhadores em que verificaram que, em geral, as chamadas vítimas provocadoras (definidas como trabalhadores que são agressores e simultaneamente alvo de *bullying*) relataram mais experiências anteriores de *bullying* no trabalho. Relataram, igualmente, mais experiências de *bullying* na infância e frequentemente admitem que também agiram como agressores na sua infância.

A auto-estima instável também pode ser preditiva de *bullying*. Matthiesen e Einarsen (2007) verificaram que os agressores revelaram maiores níveis de auto-estima, combinada com uma menor estabilidade interna. Por outro lado, as vítimas de *bullying* reportaram uma menor auto-estima e menores competências sociais.

Para além destes antecedentes, Murray (2009) menciona que o agressor muito frequentemente sente necessidade de controlar todos os aspetos do ambiente laboral, pode ser teimoso ao extremo de evidenciar tendências psicopatas, ter uma perceção de si

próprio muito exagerado o que pode conduzir à ausência de remorso ou sentimentos de culpa mediante o mal infligido em outros.

Quanto aos fatores individuais que podem anteceder o *bullying*, Zapf e Einarsen (2011) concluíram que, em relação ao agressor, fatores como a necessidade de proteger a auto-estima, a falta de competências sociais e a manifestação de comportamentos micropolíticos podem anteceder a ocorrência de *bullying*. Em relação à vítima de *bullying*, fatores individuais como estar numa posição socialmente exposta no local de trabalho, ter insuficientes competências sociais e auto-assertividade podem anteceder a ocorrência de *bullying*. Contudo, nem todas as vítimas de *bullying* ou agressores têm o mesmo perfil. Segundo os mesmos autores, podem existir trabalhadores vítimas de *bullying* que possuem boas competências sociais ou que não possuem um perfil neurótico de personalidade. Isto revela que, efetivamente, as causas para a ocorrência de *bullying* no trabalho não residem exclusivamente nos fatores individuais manifestados tanto pelo agressor como pela vítima de *bullying*.

De forma resumida, a EU-OSHA (2010) menciona que o *bullying* ocorre no local de trabalho na presença de três dos quatro fatores seguintes: indefinições no desenho de trabalho (e.g. conflito e ambiguidade de papéis); gestão ou liderança incompetente; uma posição socialmente exposta do trabalhador alvo de *bullying*; um clima social no trabalho negativo ou hostil; ou uma cultura organizacional que tolera ou potencia o *bullying* na organização.

Seguidamente explana-se o que tem sido evidenciado pela investigação sobre o impacto negativo, organizacional e individual, do *bullying*.

## **1.2. Consequências do *Bullying***

O *bullying* no trabalho acarreta consequências organizacionais e individuais (EU-OSHA, 2010). Uma das consequências organizacionais é o impacto económico. Em 1990, Leymann mencionou que as consequências económicas podem ser elevadas. Por exemplo, trabalhadores que não possuem as condições de saúde (físicas, psíquicas ou emocionais) necessárias para desempenhar adequadamente as suas funções podem não trazer rentabilidade. O *bullying* pode resultar em longos períodos de abstenção do trabalho, numa queda catastrófica na produtividade, na intervenção frequente de gestores ou de

profissionais da saúde ocupacional (Leymann, 1990; Ariza-Montes, et al., 2013). Todo o esforço extra associado com a perda de produtividade pode ser estimado entre 30.000 e 100.000 dólares americanos por ano e por trabalhador exposto ao *bullying* (Leymann, 1990).

Ariza-Montes et al. (2013) mencionaram ainda outros aspetos relacionados com os custos económicos, embora sejam complexos de mensurar, nomeadamente: o impacto negativo na reputação de uma organização, o impacto na rotatividade dos profissionais nos serviços, o aumento dos erros e do absentismo e a corrosão da relação da organização com os clientes motivada pela falta de atenção dispensada aos seus objetivos e compromissos. Os custos podem tornar-se exponencialmente piores quando surgem processos por demissão sem justa causa ou pedidos de indemnização. Nielsen e Einarsen (2012) verificaram, na meta análise que efetuaram, que a exposição ao *bullying* provoca intenção de abandono do emprego, absentismo, menor satisfação no trabalho e menor compromisso com a organização.

Se as consequências negativas resultantes da presença de *bullying* são elevadas para as organizações em geral, são-no muito mais para as organizações que integram trabalhadores que providenciam assistência de forma direta e próxima das pessoas, como se verifica na enfermagem (Ariza-Montes et al., 2013).

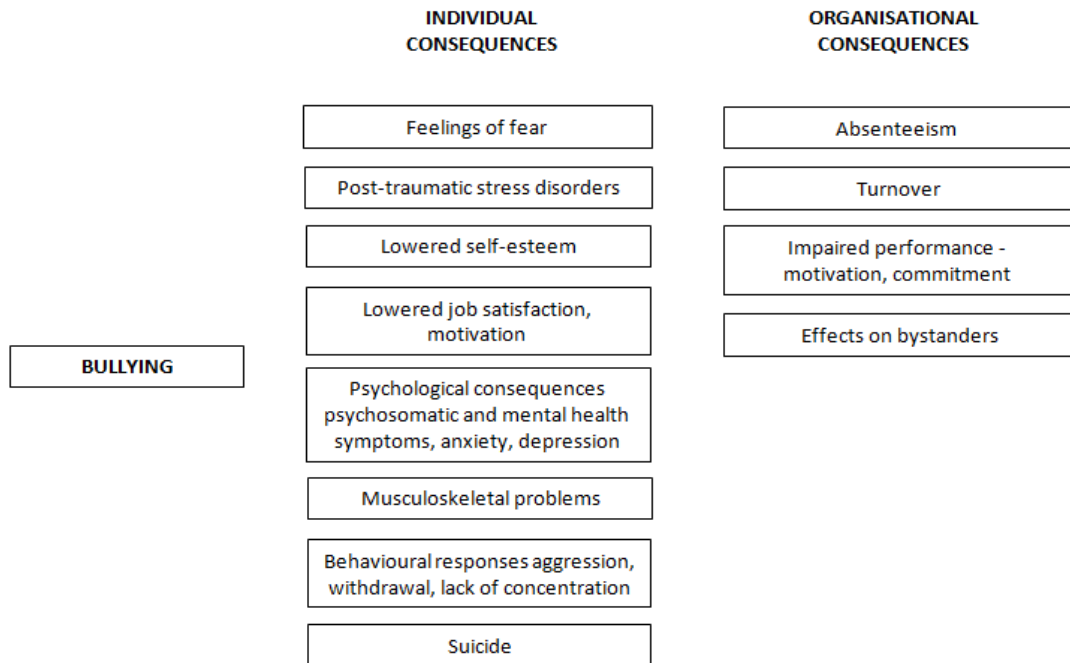
Além das consequências organizacionais com custos económicos elevados, a exposição ao *bullying* no trabalho pode provocar um conjunto de efeitos negativos sobre a saúde dos trabalhadores. Ser vítima de real ou percebido comportamento intencional, sistemático e negativo por parte de outra pessoa parece desenvolver reacções emocionais severas como medo, ansiedade, desamparo e depressão (Einarsen, 2005). Trabalhadores expostos ao *bullying* podem manifestar sintomas de stress pós-traumático (Nielsen e Einarsen, 2012; Laschinger e Nosko, 2015).

Na meta-análise realizada por Nielsen et al. (2014) foi evidenciado que o *bullying* está associado a consequentes problemas mentais e psicossomáticos e os problemas mentais também estão associados com a subsequente exposição ao *bullying*. Nielsen e Einarsen (2012) verificaram, além disso, que o *bullying* no trabalho estava positivamente com a ansiedade e depressão, *burnout* e problemas de saúde físicos. Domínguez, Gil Monte e Devis (2011) constataram uma relação positiva com problemas de saúde e absentismo.

O *bullying* pode, igualmente, afetar negativamente a eficiência de outros trabalhadores que, não sendo vítimas de *bullying*, podem vivenciar ou testemunhar as consequências do mesmo (Guimarães e Rimoli, 2006).

Resumidamente, na figura seguinte podem-se observar as consequências individuais e organizacionais do *bullying* no trabalho.

FIGURA 2: Consequências individuais e organizacionais do *bullying* no trabalho



Fonte: Adaptado de EU-OSHA, 2010, p. 84

Os problemas associados ao *bullying* que as vítimas enfrentam poderiam ser minimizados, se na presença de comportamentos negativos ou violentos fossem tomadas medidas imediatas. Contudo, o *bullying* pode persistir no seio das organizações. Murray (2009) refere que as vítimas de *bullying* podem ter receio de, pela denúncia do mesmo, serem rotuladas como pessoas problemáticas, de perderem oportunidades de progressão na carreira ou de perderem o emprego. Adicionalmente, o *bullying* pode persistir porque é criado um "muro branco de silêncio" que protege o agressor. Em alguns casos os gestores toleram estes comportamentos e protegem o agressor em vez da vítima. Estas circunstâncias podem conduzir à vivência de sintomas psicossomáticos tais como tensão nervosa, dores de cabeça, distúrbios alimentares, distúrbios do sono e início ou agravamento de doença crónica.

O *bullying* é, portanto, um risco psicossocial no trabalho que se caracteriza por elevados custos económicos, sociais e humanos cujos indicadores mais relevantes podem ser concretizados nos seguintes aspetos: uma perda de um potencial profissional para a organização, um prejuízo difícil de ser reparado no estado de saúde do trabalhador exposto ao *bullying*, uma provável deterioração de suas relações pessoais e familiares e um custo elevado para o sistema de saúde (Guimarães e Rimoli, 2006).

A ocorrência de *bullying* no trabalho traduz-se, portanto, em impactos negativos a diversos níveis. Seguidamente abordam-se os antecedentes e as consequências do *bullying* nos enfermeiros.

#### **1.4. *Bullying* nos Enfermeiros**

O *bullying* ocorre frequentemente no setor da saúde (EU-OSHA, 2010) e especialmente entre enfermeiros devido à sobrecarga de trabalho e à supervisão a que estão sujeitos (Nielsen et al., 2014).

O ICN (2015) verificou, num estudo realizado com enfermeiros do Canadá, Dinamarca, Índia, Coreia, Malásia, Suíça, Uganda, Estados Unidos da América e Zâmbia, que 25% dos enfermeiros em todos os países (à exceção da Suíça) reportaram *bullying* por parte de supervisores ou colegas. Identificaram o stress como um fator potenciador de outros riscos psicossociais no trabalho. Como fatores organizacionais potenciadores de riscos psicossociais no trabalho, os enfermeiros identificaram ainda: elevada pressão para desenvolver atividades no trabalho em pouco tempo, dotações de enfermagem abaixo do preconizado, a realização de trabalho extraordinário e a falta de equipamentos seguros.

O *bullying* é um fenómeno destruidor do ambiente de trabalho, diminuindo a produtividade e favorecendo o absentismo pelos danos psicológicos que este comporta. (Carvalho, 2010).

No caso dos enfermeiros prejudica a saúde física e mental com consequências negativas no seu desempenho profissional, na sua produtividade e qualidade dos cuidados prestados. Tem, igualmente, implicações negativas na satisfação dos utentes e consequências para as organizações. Apresenta ainda custos acrescidos com formação e integração de novos

profissionais e perdas indiretas, como é o caso do empobrecimento das relações de trabalho (Marques e Araújo, 2015).

Internacionalmente têm sido conduzidos estudos sobre o *bullying* nos enfermeiros, identificando os seus antecedentes organizacionais e individuais. Quanto a antecedentes organizacionais, Jurado, Pérez-Fuentes e Linares (2016) concluíram, numa revisão sistemática, que o *bullying* foi mais frequente nos enfermeiros com menor autonomia no trabalho, menor compromisso com a organização, menor satisfação laboral, que trabalhavam por turnos, em especial quando incluído o turno da noite, com problemas de comunicação com os colegas e baixo suporte social no trabalho.

Outros fatores organizacionais são igualmente identificados como antecedentes do *bullying* entre os enfermeiros. Por exemplo, as condições de trabalho ou a sobrecarga de trabalho estão positivamente associadas à ocorrência de *bullying* (Akyil, 2012; Ekici e Beder, 2014), bem como o estilo de liderança (Botolluzi, Caporale e Palese, 2014). Estes últimos autores verificaram que o papel da liderança participativa, adotada pelo supervisor de enfermagem, desempenha um papel chave na prevenção da ocorrência de *bullying*, sugerindo que um processo de tomada de decisão participativa, que reflète a habilidade do supervisor em ouvir as sugestões dos enfermeiros nas equipas e envolvê-los no processo de tomada de decisão, parece reduzir a ocorrência de *bullying*. Jurado, Pérez-Fuentes e Linares (2016) concluíram que, pelo contrário, um estilo de liderança autocrático promove a ocorrência de *bullying*.

Quanto ao agressor, Fontes e Carvalho (2012) verificaram que houve maior frequência de enfermeiros que referiram sofrer condutas de assédio moral de enfermeiros do sexo feminino, interpretando-se, contudo, pela composição laboral da enfermagem, na qual há predominância de mulheres.

Para além de fatores organizacionais, fatores individuais podem anteceder a ocorrência de *bullying*. Por exemplo, foram identificadas relações negativas entre a idade, a experiência profissional e a ocorrência de *bullying* (Ekici e Beder, 2014; Jurado, Pérez-Fuentes e Linares, 2016). O *bullying* é mais frequente no sexo masculino, nos solteiros e em quem possui menor nível de formação (Jurado, Pérez-Fuentes e Linares, 2016). A posição ocupada na organização também apresenta um valor preditivo quanto à ocorrência de *bullying* (Akyil, 2012). Reknes et al. (2014) constataram, num estudo longitudinal e prospetivo com 1582 enfermeiros, que os enfermeiros com sintomas de ansiedade, depressão e fadiga apresentaram um risco subsequente de exposição ao *bullying* mais elevado.

Têm sido, identicamente, efetuados estudos sobre as consequências do *bullying* nos enfermeiros. Ekici e Beder (2014) verificaram que o *bullying* teve um impacto negativo na *performance*, na motivação, nos níveis de energia, compromisso organizacional e na relação com os utentes. Verificaram também que estava relacionado positivamente com sintomas depressivos e com a probabilidade mais elevada de ocorrerem erros relacionados com a prática de enfermagem. Giorgi et al (2014), estudando as relações entre o clima organizacional, o *burnout* e o *bullying*, concluíram que o *bullying* possuía uma relação negativa com o envolvimento no trabalho, a comunicação, a autonomia e positiva com os problemas físicos e mentais.

Jurado, Pérez-Fuentes e Linares (2016) concluíram que existem consequências fisiológicas, emocionais e sociais. Entre elas a degradação da saúde mental ou problemas psicológicos, elevados níveis de stress, sintomas de stress pós-traumático, depressão, sensação de esgotamento, interferência no desempenho laboral da vítima e produtividade, menor capacidade de concentração e baixa motivação e uma escassa satisfação laboral. Reknes et al. (2014) verificaram que os enfermeiros expostos ao *bullying* apresentaram um elevado risco de reportar sintomas de ansiedade e fadiga.

Podem-se referir ainda as consequências diretas na prestação de cuidados. Michell et al. (2014) concluíram que quando existe pressão elevada no trabalho (por exemplo em resultado de *bullying*) os enfermeiros não exercem no seu melhor, resultando numa prestação de cuidados medíocre. Sendo que a segurança no trabalho é vital tanto para os enfermeiros como para os utentes, situações de violência no trabalho são indesejadas, pois poderão provocar erros devido à distração dos enfermeiros. Concluíram ainda que o *bullying* interfere na prestação de cuidados do enfermeiro, podendo colocar a saúde e a segurança do enfermeiro e do utente em risco. Se a violência no trabalho tornar-se parte da cultura da enfermagem (sendo tolerada ou até promovida) poderá resultar em profissionais que têm receio de solicitar apoio ou assistência dos seus colegas de trabalho, o que aumenta a probabilidade de erro.

Em Portugal têm sido conduzidos estudos com enfermeiros sobre o *bullying* (Sá et al., 2008; Carvalho, 2010; Borges, 2012; Marques, 2014). Sá et al. (2008), numa amostra de 107 enfermeiros, verificaram que os enfermeiros expostos ao *bullying* reportaram baixos níveis de saúde mental, níveis de *burnout* mais elevados e maior exaustão emocional.

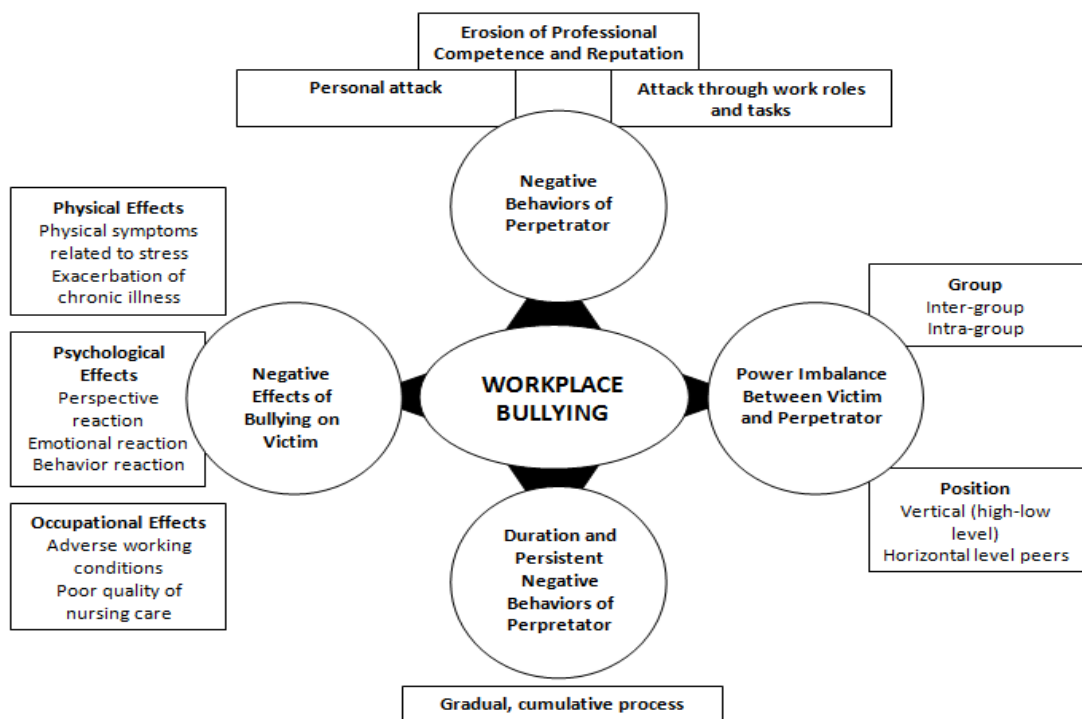
Carvalho (2010), num estudo efetuado com 399 enfermeiros, verificou que a percepção negativa do ambiente de trabalho influencia diferentes comportamentos de *bullying*, em

particular, associados ao desprestígio laboral e ao bloqueio à comunicação. No estudo realizado por Borges (2012), com 151 enfermeiros, verificou-se uma relação negativa entre a qualidade de vida e a presença de *bullying*.

Marques (2014) num estudo qualitativo de natureza descritiva fenomenológica verificou que, no que refere ao agressor, houve uma preponderância do tipo de assédio descendente face às agressões provocadas por colegas. Os motivos dos agressores prenderam-se com questões relacionadas com ameaça à sua auto-estima, ou com abuso de poder num contexto micropolítico instituído na organização. O principal objetivo do agressor consistiu em desestabilizar e desprestigiar a vítima, atingindo-a com comportamentos que a agrediam pessoal ou profissionalmente. Os fatores organizacionais associados a uma deficiente comunicação, deficiente gestão de conflitos, competitividade, deficiente estrutura hierárquica, liderança autocrática e reduzidas competências dos gestores foram potenciadores de um clima propício à ocorrência de *bullying*.

Resumidamente, na figura seguinte pode-se observar um modelo teórico explicativo da ocorrência de *bullying* nos enfermeiros.

FIGURA 3: Modelo teórico explicativo do *bullying* nos enfermeiros



Fonte: Lee, 2014, p. 260

O modelo explicativo do *bullying* no contexto de enfermagem (figura 3) assenta em quatro eixos: os atos negativos do agressor, o desequilíbrio de poder entre a vítima e o agressor, os efeitos negativos na vítima e a duração e frequência dos atos negativos do agressor.

Sendo que o *bullying* na enfermagem é um problema real, com sérias consequências organizacionais e individuais, é importante a sua avaliação no seio das organizações.

### **1.5. Avaliação do *Bullying***

Na literatura estão documentados vários instrumentos que têm sido usados para a avaliação da presença, frequência e intensidade do *bullying* no trabalho. Leymann (1990) desenvolveu o *Leymann Inventory of Psychological Terrorization* (LIPT). Esta escala contém 45 itens que representam vários comportamentos negativos. Para que ocorra o *bullying*, uma ou mais ações têm que ocorrer por um período de pelo menos seis meses e pelo menos com uma frequência semanal. Nesta escala não é apresentada nenhuma definição de *bullying*. Os respondentes que são alvo de *bullying* são identificados através das respostas aos itens. Outras versões desta escala foram desenvolvidas (Beswick, Gore e Palferman, 2006).

Outro instrumento relevante tem sido usado em vários estudos europeus (inclui estudos portugueses). Trata-se do *Negative Acts Questionnaire* (NAQ) desenvolvido por Einarsen e Raknes em 1997 (Beswick, Gore e Palferman, 2006). Esta escala foi posteriormente modificada por Einarsen e Hoel (2001) e denominada de *Negative Acts Questionnaire - Revised* (NAQ-R). A escala deriva de duas fontes: estudos de literatura e relatos de pessoas vítimas de *bullying*. Num conjunto de 22 itens (que correspondem a atos negativos) é solicitado aos respondentes que se posicionem, quanto à frequência de exposição a estes mesmos atos, entre cinco valores, sendo que o valor um corresponde a nunca e o cinco a diariamente. Um 23º item, após a apresentação da definição de *bullying* no trabalho, questiona o respondente sobre a sua perceção quanto à frequência de *bullying* nos últimos seis meses (Borges e Ferreira, 2015).

Outra escala utilizada para a avaliação do *bullying* é a *Work Harassment Scale* (WHS) que foi desenvolvida por Björkqvist, Österman e Hjelt-Bäck em 1994 e consiste em 24 itens que correspondem a atos negativos, em que os respondentes se posicionam entre cinco níveis

quanto à sua exposição. Outros investigadores têm usado métodos como as entrevistas, os estudos de caso, a observação, os grupos focais, entre outros, para a avaliação do *bullying* (Beswick, Gore e Palferman, 2006).

Os métodos explanados anteriormente destacam que o *bullying* pode ser avaliado de duas formas: a objetiva ou operacional e a subjetiva ou de autorrotulagem (Nielsen et al., 2014).

A abordagem objetiva identifica alguém como sendo alvo de *bullying* mediante a exposição, ou não, a pelo menos um comportamento negativo numa frequência mínima semanal e por um período de seis meses (o que é tipicamente definido nos estudos europeus). Este tipo de avaliação é efetuada através de uma *checklist* comportamental. Na avaliação subjetiva, é fornecida uma definição de *bullying* e questionam-se os respondentes se estão a ser alvo de *bullying* nos últimos meses (e.g. seis ou 12 meses). Este método permite medir a experiência de vitimização (Keashly, 2010).

Nos capítulos seguintes explana-se o conceito de *engagement* no trabalho, os seus antecedentes e consequências, o *engagement* nos enfermeiros e a avaliação do *engagement*.



## 2. ENGAGEMENT NO TRABALHO

O conceito de *engagement* na investigação foi primeiramente introduzido por Kahn (1990). Este autor mencionou uma relação entre o trabalhador que dispensa energia pessoal (física, cognitiva, emocional e mental) no seu trabalho e o trabalho em si que, sendo desafiante, permite ao trabalhador atingir o seu potencial.

Existem duas escolas de pensamento que consideram o *engagement* como um estado positivo de bem-estar, ou de preenchimento, relacionado com o trabalho. Por um lado, existem autores que referem que o *engagement* é um conceito diretamente oposto ao *burnout*. O *engagement* é caracterizado por energia, envolvimento e eficácia que são dimensões diretamente opostas às do *burnout*. Na ocorrência de *burnout* a energia transforma-se em exaustão, o envolvimento em cinismo e a eficácia em ineficácia. A visão alternativa encara o *engagement* como um conceito independente e distinto, contudo negativamente relacionado com o *burnout* (Bakker, Demerouti e Sanz-Vergel, 2014).

O *engagement* como conceito distinto é definido como um estado afetivo-emocional positivo acerca do trabalho. Os profissionais com elevados níveis de *engagement* têm um senso energético e uma ligação afetiva positiva com o seu trabalho e vêem-se capazes de lidar com as exigências do mesmo (Schaufeli, Bakker e Salanova, 2006).

Assim, o *engagement* é um estado mental positivo e gratificante relacionado com o trabalho que é caracterizado por três dimensões: vigor, dedicação e absorção. Em vez de ser um estado específico e momentâneo, o *engagement* refere-se a um estado afetivo-emocional persistente e profundo que não depende de um objeto, evento, indivíduo, ou comportamento específico. O vigor é caracterizado por elevados níveis de energia e resiliência mental do profissional enquanto trabalha, a vontade de investir esforço no trabalho e persistência mesmo em face de dificuldades. A dedicação é caracterizada como a presença de senso de significado, entusiasmo, inspiração, orgulho e desafio no trabalho. A

absorção é caracterizada pelo trabalhador estar plenamente concentrado e envolvido enquanto trabalha, pelo que o tempo é percebido como passando rapidamente (Schaufeli e Bakker, 2010; Bakker, Demerouti e Sanz-Vergel, 2014).

Trabalhadores com elevados níveis de *engagement* sentem-se compelidos a traçar e atingir objetivos desafiantes e desejam ser bem sucedidos. É mais do que simplesmente uma resposta a uma situação particular. Trabalhadores com elevados níveis de *engagement* assumem um compromisso pessoal para atingir os objetivos propostos. Não só têm energia, como entusiasticamente aplicam-na no seu trabalho. Não mantêm a sua energia em reserva para alguma situação em particular; todos os dias são merecedores da sua energia. Ficam tão envolvidos no seu trabalho que prestam atenção aos pormenores, à medida que procuram chegar à essência dos problemas que são encarados como desafios, e tornam-se absorptos no seu trabalho à medida que diminuem a sua resposta a possíveis distrações (Leiter e Bakker, 2010).

O *engagement* designa, portanto, um conceito positivo no trabalho com antecedentes e consequências organizacionais e individuais.

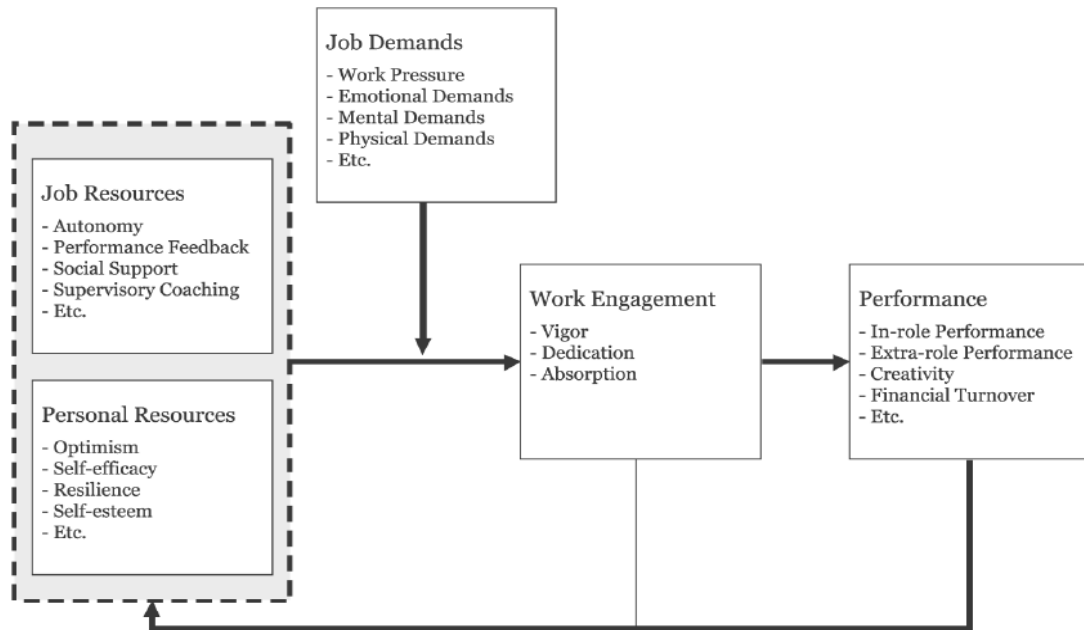
## **2.1. Antecedentes e Consequências do *Engagement***

Tradicionalmente, os antecedentes do *engagement* são classificados em duas categorias: situacionais/organizacionais (e.g. sobrecarga de trabalho, autonomia no trabalho) e individuais (e.g. neuroticismo, auto-eficácia) (Bakker, Demerouti e Sanz Vergel, 2014).

Os fatores situacionais e individuais, que são antecedentes do *engagement*, podem ser explicados e preditos com o recurso a um modelo designado por *Job Demands and Resources Model* (JD-R).

Bakker e Demerouti (2014) referem que o modelo, apresentado na figura 4, já se desenvolveu numa teoria que explica e prediz o bem-estar (e.g. *burnout*, saúde, motivação, *engagement*) dos trabalhadores e a sua *performance*.

FIGURA 4: Modelo *Job Demands and Resources*



Fonte: Bakker e Demerouti, 2008, p. 218

O modelo anterior contém os seguintes eixos (Bakker e Demerouti, 2008; 2014):

- *Job demands* - as exigências de trabalho referem-se aos aspectos físicos, psicológicos, sociais e organizacionais do trabalho que requerem esforço físico ou psicológico dos trabalhadores e que são, por isso, associados a custos fisiológicos e psicológicos do trabalhador (e.g. pressão elevada no trabalho ou interações emocionalmente exigentes com clientes). As exigências de trabalho, apesar de exigirem esforço por parte dos trabalhadores, não são necessariamente negativas. Contudo, são os mais importantes preditores da exaustão, queixas psicossomáticas e *burnout*, uma vez que as exigências de trabalho exigem que o trabalhador dispense energia;
- *Job resources* - os recursos de trabalho (e.g. suporte social dos colegas e supervisores, valorização e *feedback* da *performance*, autonomia no trabalho, participando, por exemplo, na tomada de decisão) são os aspectos físicos, psicológicos, sociais e organizacionais do trabalho que permitem atingir objetivos no trabalho, reduzir as exigências de trabalho e, por consequência, os custos fisiológicos e psicológicos, estimulando o desenvolvimento pessoal e a aprendizagem. São os mais importantes preditores do *engagement*, motivação e satisfação no trabalho, uma vez que os recursos de trabalho preenchem

necessidades psicológicas básicas como a necessidade de autonomia e de relacionamentos no trabalho;

- *Personal resources* - os recursos pessoais ou individuais do trabalhador (e.g. otimismo, auto-eficácia, resiliência e auto-estima) desempenham um papel importante no *engagement*. Estas têm que ver com a percepção que o trabalhador tem da sua capacidade para controlar e ter impacto sobre o ambiente de trabalho, com sucesso. Esta atitude positiva prediz igualmente a motivação, a *performance* e a satisfação no trabalho;
- *Performance* - o *engagement* tem um impacto positivo na *performance* do trabalhador. Na presença de bons níveis de *engagement* e boa *performance*, os trabalhadores possuem condições para criar os seus próprios recursos de trabalho que, por sua vez, potenciam o *engagement*, criando uma espiral positiva.
- Interações - as exigências de trabalho e os recursos de trabalho interagem entre si. Os recursos de trabalho podem diminuir o impacto negativo das exigências de trabalho. Por outro lado, as exigências de trabalho podem amplificar ou salientar os recursos de trabalho, resultando no aumento da motivação ou *engagement* dos trabalhadores. Ou seja, na presença de exigências elevadas de trabalho os recursos de trabalho tornam-se valiosos e potenciam a dedicação às atividades no trabalho. Este modelo prevê, igualmente, que os recursos individuais dos trabalhadores como otimismo, auto-eficácia, resiliência e auto-estima poderão funcionar como catalisadores, ajudando os trabalhadores a mobilizarem os recursos de trabalho de forma eficiente.

Estudos têm demonstrado o poder explicativo e preditivo do modelo apresentado anteriormente. Christian, Garza e Slaughter (2011), numa meta-análise que incluiu 230 artigos, sobre os antecedentes do *engagement*, concluíram que o *engagement* estava positivamente relacionado com a autonomia, variedade de atividades, ao nível de significado das atividades, ao *feedback* da *performance*, à capacidade de resolver problemas, à complexidade do trabalho e ao suporte social. Concluíram, igualmente, que o *engagement* estava negativamente relacionado com as exigências físicas e as condições de trabalho (*job demands*); e positivamente associado com o tipo de liderança transformacional. As características individuais, como ter uma atitude conscienciosa no trabalho e personalidade proativa (*personal resources*), também estavam positivamente relacionadas com o *engagement*.

Num estudo realizado por Law et al. (2011), com 1134 trabalhadores, verificaram-se relações positivas entre o *engagement* e a percepção de justiça no local de trabalho, valorização/recompensas da organização, salário, suporte do supervisor e percepção de clima psicológico seguro no trabalho. Torp et al. (2012) constataram, num estudo com 605 trabalhadores, que o controlo/autonomia no trabalho e o suporte social no trabalho predisseram o *engagement* dos trabalhadores. Tims, Bakker e Derks (2013) aferiram, num estudo com 288 trabalhadores, que existiram relações positivas entre o *engagement* e o *job crafting* que é a capacidade do trabalhador redesenhar ou de alterar aspetos do seu trabalho, de modo a adaptar as características do trabalho com as suas próprias necessidades, habilidades e preferências.

Relativamente às consequências do *engagement*, Christian, Garza e Slaughter (2011), numa revisão quantitativa, concluíram que o *engagement* estava positivamente relacionado com a *performance* e Saks (2006), num estudo realizado com 102 trabalhadores, verificou relações positivas com a satisfação no trabalho, compromisso organizacional, melhor comportamento de cidadania individual e organizacional, porém negativa com a intenção de mudar/abandonar o emprego. Tim, Baker e Derks (2013) verificaram, igualmente, que existia uma relação positiva entre o *engagement* e a satisfação no trabalho, contudo negativa com o *burnout*. Torp et al. (2012) constataram, ainda, que o *engagement* estava negativamente relacionado com o nível de depressão.

Segundo o modelo teórico e os estudos apresentados, trabalhadores com bons níveis de *engagement* apresentam maior satisfação no trabalho e melhor *performance*. Isso, por sua vez, terá um efeito potenciador nos recursos de trabalho e recursos pessoais que terão um impacto positivo no *engagement*.

Seguidamente explanam-se os antecedentes e consequências do *engagement* nos enfermeiros.

## **2.2. *Engagement* nos Enfermeiros**

Para a produção de uma prática de enfermagem assente em pressupostos éticos é essencial que os enfermeiros apresentem bons níveis de *engagement*. Isso não depende exclusivamente dos enfermeiros, mas também dos contextos da prática clínica, das

organizações e do próprio sistema de saúde (Keyko, 2014). Intervenções com qualidade e seguras requerem que os enfermeiros apresentem bons níveis de *engagement* no seu trabalho (Bargagliotti, 2012).

Por ser uma variável com relevância para as organizações de saúde, o *engagement* nos enfermeiros tem vindo a ser estudado quanto aos seus níveis, aos seus antecedentes e consequências e às relações com conceitos similares ou antagónicos.

Em vários estudos tem-se verificado quais os fatores organizacionais e individuais que antecedem o *engagement* nos enfermeiros. Bargagliotti (2012), numa análise concetual, concluiu que a confiança, a todos os níveis organizacionais (nos colegas, nos supervisores e na própria organização), e a autonomia no exercício da profissão são os antecedentes mais poderosos para o *engagement* dos enfermeiros.

Ainda em termos organizacionais, Thian, Kannusamy e Klainin-Yobas (2013), numa revisão de literatura e Fiabane et al. (2013), num estudo com 110 profissionais de saúde (41,8% da amostra eram enfermeiros), concluíram que a sobrecarga de trabalho, falta de controlo sobre o ambiente de trabalho, valorização e recompensas insuficientes, falta de suporte social, incongruência entre os valores do profissional e da organização, intenções de mudança de emprego e trabalhar em turnos rotativos podem ter um impacto negativo no *engagement*. Fiabane et al. (2013) concluíram ainda que a perceção de justiça no trabalho estava positivamente relacionada com o *engagement*.

Thian, Kannusamy e Klainin-Yobas (2013) concluíram, igualmente, que uma elevada qualidade de vida no trabalho, baixa disfunção social e baixo nível de stress associado com a prática clínica podem ter um impacto positivo no *engagement*. Jenaro et al. (2011), num estudo com 412 enfermeiros, verificaram resultados semelhantes e acrescentaram que a posição/cargo ocupado no trabalho estava positivamente relacionada com o *engagement*.

Também Brunetto et al. (2013), num estudo com 1228 enfermeiros, verificaram que a relação entre o enfermeiro e o seu supervisor, o trabalho em equipa e a perceção do suporte organizacional são antecedentes positivamente relacionados com o *engagement* dos enfermeiros.

Outro fator organizacional preponderante no *engagement* dos profissionais é o stress. Garrosa et al. (2011), num estudo com 508 enfermeiros, verificaram que o *engagement* estava negativamente associado com fatores organizacionais como o conflito e a ambiguidade de papéis. Thian, Kannusamy e Klainin-Yobas (2013) verificaram resultados

muito semelhantes e acrescentaram os conflitos interpessoais como um dos fatores geradores de stress comuns que influenciam negativamente o *engagement*.

Como fatores individuais que antecedem o *engagement*, Fiabane et al. (2013) verificaram que o locus de controlo externo e a personalidade do tipo A estavam negativamente relacionados com o *engagement* e que a boa saúde mental e física e a satisfação no trabalho estavam positivamente relacionadas com o *engagement*. Garrosa et al. (2011) concluíram que a exaustão emocional, a despersonalização e a falta de realizações pessoais no trabalho estavam negativamente relacionados com o *engagement*, enquanto a competência emocional, o otimismo e uma personalidade resistente estavam positivamente relacionados com o *engagement*.

Quanto às consequências do *engagement* nos enfermeiros, Bargagliotti (2012) verificou que os enfermeiros com bons níveis de *engagement* no trabalho apresentaram níveis mais elevados de iniciativa pessoal e motivação. Além disso, constataram uma diminuição das taxas de mortalidade dos utentes e maior rentabilidade para as organizações. Adicionalmente, Brunetto et al. (2013) verificaram que existia uma relação positiva entre o *engagement*, o bem-estar no trabalho e o compromisso organizacional, porém negativa com as intenções de mudança de serviço.

Também em Portugal têm sido conduzidos estudos sobre o *engagement* nos enfermeiros, relacionando-o com diversas variáveis. Correia (2012), num estudo realizado com 128 enfermeiros dos cuidados de saúde primários, estabeleceu a relação entre o *engagement* e o suporte social, verificando que à medida que aumentava a satisfação com a família, aumentava a dedicação no trabalho. Dias (2012) estudou a relação entre o *burnout*, *engagement* e a satisfação no trabalho com 1150 enfermeiros, verificando que existia uma relação negativa entre o *burnout* e *engagement*, porém positiva entre *engagement* e satisfação no trabalho. Silva et al. (2015) constataram, num estudo com 258 profissionais de saúde (73% da amostra eram enfermeiros), que o *engagement* estava negativamente relacionado com o *burnout*.

Sendo a prática de enfermagem exigente, é importante que os profissionais apresentem elevados níveis de *engagement*. Isso favorecerá um maior compromisso com a organização onde trabalham, maior produtividade, maior satisfação com o trabalho, qualidade da prática clínica e, por consequência, níveis mais elevados de satisfação das pessoas que são alvo das intervenções de enfermagem.

É importante, por isso, a realização da avaliação do *engagement* dos trabalhadores e em particular dos enfermeiros.

### 2.3. Avaliação do *Engagement*

Têm sido utilizados diversos instrumentos para a avaliação do *engagement* dos trabalhadores.

Um desses instrumentos é a *Gallup's Workplace Audit* ou Q<sup>12</sup>. Foi desenvolvida em 1998, sendo administrada em mais de sete milhões de trabalhadores em 112 países. Este instrumento é, essencialmente, um instrumento de gestão. Inclui 12 itens dispostos em escala tipo likert, variando desde o ponto um (discordo fortemente) até o ponto cinco (concordo fortemente). Existe ainda uma sexta opção de resposta (não sei/não se aplica). Este instrumento não mede diretamente o *engagement* dos trabalhadores, mas, antes, a percepção dos respondentes relativamente aos recursos de trabalho que são antecedentes do *engagement* (Shaufeli e Bakker, 2010).

Outro instrumento que tem sido usado para a avaliação do *engagement* é o Inventário de *Burnout* de *Oldenburg* (Demerouti e Bakker, 2008). Originalmente concebido para avaliar o *burnout*, possui itens formulados de forma positiva e negativa pelo que pode ser usado, igualmente, para a avaliação do *engagement*. Inclui duas dimensões: uma que varia desde o esgotamento (*burnout*) até ao vigor (*engagement*) e outra desde o cinismo (*burnout*) até à dedicação (*engagement*).

O instrumento mais amplamente usado para a avaliação do *engagement* dos trabalhadores tem sido a *Utrecht Work Engagement Scale* (UWSES) (Schaufeli e Bakker, 2003). Baseada na definição do *engagement*, inclui três subescalas: vigor, dedicação e absorção. Originalmente incluía 24 itens sendo que, devido às qualidades psicométricas da escala, a versão final ficou estabelecida em 17 itens. Posteriormente, foi desenvolvida uma versão de nove itens (Shaufeli, Bakker e Salanova, 2006). Todos os itens da escala estão orientados na mesma direção. Esta escala tem sido usada também em Portugal e em estudos com enfermeiros (e.g. Correia, 2012; Dias, 2012; Marques Pinto et al., 2015; Silva et al., 2015). A escala foi traduzida para português por Marques Pinto e Picado (2011).

Seguidamente explana-se a relação entre o *bullying* e o *engagement* no trabalho.

### 3. BULLYING E ENGAGEMENT NO TRABALHO

O *bullying* e o *engagement* são conceitos que podem estar relacionados entre si. Essa relação pode ser explicada através dos modelos JD-R (e.g. Bakker e Demerouti, 2008; 2014) e para estudo e gestão do *bullying* no local de trabalho (Einarsen et al., 2011).

O primeiro modelo explica que as características psicossociais do trabalho podem ser diferenciadas em dois fatores: as exigências de trabalho (*job demands*) e os recursos de trabalho (*job resources*) (Bakker e Demerouti, 2014).

Relativamente às exigências de trabalho, Crawford, Lepine e Rich (2010) efetuaram a distinção entre as exigências que podem ter um efeito estimulador no trabalhador (*challenge demands*) e as que podem funcionar como bloqueadoras para o trabalhador (*hindrance demands*). As últimas estão relacionadas com emoções negativas como medo e raiva à medida que bloqueiam o crescimento pessoal, a aprendizagem e a concretização de objetivos profissionais.

O *bullying* no trabalho inclui-se no tipo de exigência de trabalho bloqueadora. É classificado assim devido à dificuldade de *coping* e pelas consequências infligidas nas pessoas que são alvo de *bullying* (Einarsen et al., 2016).

Além disso, as exigências de trabalho (*challenge* ou *hindrance demands*) requerem esforço físico ou mental e, potencialmente, podem gerar stress relacionado com o trabalho. Por sua vez, o stress pode ser preditivo dos conflitos interpessoais que poderão escalar para o *bullying*. Por outro lado, os recursos de trabalho permitem alcançar objetivos e reduzir as exigências de trabalho, funcionando como fatores protetores da saúde individual e promotores do bem-estar no trabalho, reduzindo, igualmente, a ocorrência de *bullying* (Einarsen et al., 2016).

O modelo desenvolvido por Einarsen et al. (2011) prevê que fatores organizacionais como o suporte social, o conflito e a ambiguidade de papéis e fatores individuais da vítima como a personalidade, o estado emocional e mental podem concorrer para a ocorrência de *bullying* no trabalho. Ou seja, muitos dos fatores que explicam a presença de *bullying* no local de trabalho coexistem como fatores explicativos da diminuição dos níveis de *engagement* dos trabalhadores.

Essa relação, quer por via do estudo dos fatores que antecedem o *bullying* ou o *engagement*, quer por via do estudo da relação direta entre o *bullying* e o *engagement*, tem sido demonstrada em estudos internacionais. Rodríguez-Muñoz et al. (2009) conduziram dois estudos longitudinais e verificaram que as relações entre o *bullying* e o bem-estar relacionado com o trabalho foram todas negativas. O *bullying* estava negativamente relacionado com o vigor e a dedicação no trabalho (*engagement*). Estes resultados sugeriram que o *bullying* no local de trabalho poderá ser considerado uma causa, em vez de apenas uma consequência de baixos níveis de bem-estar.

No estudo realizado por Law et al. (2011) com 1134 trabalhadores verificaram-se relações negativas entre o *engagement*, as exigências físicas do trabalho, o sofrimento psicológico, a exaustão emocional e o *bullying*. Balducci, Fraccaroli e Schaufeli (2011) verificaram, num estudo com 609 trabalhadores, que as características psicológicas do trabalho (i.e. exigências de trabalho e recursos de trabalho) estão diretamente relacionadas com a ocorrência de *bullying*. Experiências negativas no trabalho podem predispor os trabalhadores para conflitos interpessoais que podem escalar para o *bullying*. Einarsen et al. (2016) constataram, num estudo efetuado com 312 trabalhadores, uma relação negativa entre o *bullying* e o *engagement*, entre o *engagement* e a ambiguidade e conflito de papéis e negativa entre o *bullying* e a ambiguidade e conflito de papéis.

Embora os estudos que relacionem o *bullying* e o *engagement* em enfermeiros sejam escassos, existe evidência da relação negativa entre estas duas variáveis nesta classe profissional. Por exemplo, Trépanier, Fernet e Austin (2013) verificaram, num estudo com 1179 enfermeiros, que o *bullying* estava positivamente relacionado com o *burnout*, porém negativamente relacionado com a satisfação, autonomia e competência no trabalho, boas relações interpessoais e *engagement*. Verificaram também que o *engagement* estava negativamente relacionado com o *burnout*, contudo positivamente relacionado com a satisfação, autonomia, competência no trabalho e boas relações interpessoais.

No estudo realizado por Setti et al. (2011) com 206 enfermeiros e médicos (75,7% da amostra eram enfermeiros) verificou-se que as variáveis organizacionais tinham um efeito significativo no *engagement* dos profissionais de saúde. Neste estudo concluíram que os níveis de eficácia, energia e envolvimento no trabalho estavam negativamente associados com a presença de problemas físicos e psicológicos e que um elevado nível de *engagement* estava associado a menos problemas de saúde. Este estudo revela, por via indireta, que as consequências do *bullying* (como os problemas físicos e psicológicos) podem resultar na diminuição do *engagement*.

Mediante as evidências do impacto negativo do *bullying* nas organizações e nos trabalhadores, inclusivamente no *engagement*, é importante que proativamente se desenvolvam e identifiquem mecanismos para prevenir, gerir e minimizar o impacto do *bullying*, por uma lado, e manter ou elevar os níveis de *engagement*, por outro.

### **3.1. *Bullying e Engagement* - Estratégias de Intervenção**

O *bullying* no local de trabalho é uma problemática que nos últimos anos tem sido alvo de atenção no cenário Europeu. Por exemplo, a Comissão das Comunidades Europeias (CCE, 2007) numa comunicação sobre estratégias para melhorar a qualidade e a produtividade do trabalho, para o período 2007-2012, defendeu que, na União Europeia, para combater os riscos psicossociais do trabalho (onde se inclui o *bullying*), fossem promovidas estratégias de prevenção e gestão destes nos setores de maior risco, nomeadamente: o desenvolvimento de instrumentos que garantam um nível elevado de respeito pela legislação; a divulgação de boas práticas a nível local; a formação dos empresários e dos trabalhadores; o desenvolvimento de instrumentos simples para facilitar a avaliação dos riscos do trabalho; a divulgação, em linguagem simples, de informações e orientações para prevenção e gestão dos riscos psicossociais, de fácil compreensão e execução; e a difusão mais eficaz das informações e melhor acesso a serviços de aconselhamento.

Em Portugal a problemática tem sido igualmente abordada. A DGS (2006) elaborou uma circular normativa com o tema: "*Melhorar o ambiente organizacional em prol da saúde dos profissionais*", dirigida a todos os profissionais de saúde. Nesta, foi delineada a abordagem organizada da violência (onde incluíram a "pressão moral") contra profissionais de saúde.

Para prevenir e gerir a violência, em termos de intervenções institucionais, refere que a abordagem deve ser: integrada, centrando-se na prevenção (com um foco na eliminação das causas da violência e na avaliação a longo prazo da situação em geral e de cada intervenção) e incorporando o tratamento e reabilitação de todos os afetados pela violência; sistemática, com objetivos e estratégias a curto, médio e longo prazo e articulada numa série de passos fundamentais – identificação e caracterização da violência, avaliação do risco de violência, intervenção, monitorização e avaliação; participativa, criando-se um ambiente de confiança, diálogo e negociação, envolvendo todas as partes interessadas; sensível a especificidades culturais e de género; não discriminatória, devendo ser combatida qualquer forma de discriminação relacionada ou originada pela violência.

Adicionalmente, através do PNSOC, no segundo ciclo para o período temporal 2013/2017, é previsto no objetivo quatro a promoção da saúde e práticas de trabalho e estilos de vida saudáveis. A descrição do objetivo é a seguinte: "*Dinamizar a promoção da saúde no local de trabalho, e fomentar práticas de trabalho e estilos de vida saudáveis em empresas/estabelecimentos do setor privado e da Administração Pública*" (PNSOC, 2013, p. 23).

Mais recentemente, a DGS (2014) elaborou um documento sobre violência interpessoal, onde menciona o *mobbing* (*bullying* no trabalho) como forma de violência interpessoal e aborda um conjunto de intervenções que devem ser encetadas pelas organizações e profissionais de saúde.

Como qualquer problema com contornos complexos, prevenir a ocorrência de *bullying* constitui a medida mais eficiente, porque envolve menos custos aos vários níveis já apresentados ao longo do enquadramento teórico. Desta forma, poderão existir nas organizações estratégias que, por um lado, desencorajem os potenciais agressores e, por outro, encorajem os supervisores/gestores, colegas e os próprios trabalhadores expostos ao *bullying* a denunciarem e a envidarem esforços na resolução deste.

A EU-OSHA (2010) define como boas práticas gerais para a prevenção e gestão do *bullying* no trabalho, as seguintes:

- A promoção do conhecimento e reconhecimento do *bullying*. Isso permitirá reduzir as resistências a possíveis intervenções com vista à prevenção ou minimização dos impactos do *bullying*; as intervenções para as quais os trabalhadores estão preparados têm maior garantia de sucesso;

- O *bullying* no trabalho deve ser encarado como um problema do ambiente de trabalho. A prevenção e redução do *bullying* devem concentrar-se nas características psicossociais do trabalho, em especial os seus riscos, na cultura organizacional e nas práticas de liderança. Iniciativas focalizadas nas características de personalidade são pouco eficazes;
- A elaboração de políticas anti-*bullying* e códigos de conduta, incluindo procedimentos claros e operacionais sobre a prevenção e gestão do *bullying* que sustentem a gestão eficaz do mesmo;
- A construção de uma cultura de respeito no local de trabalho. As intervenções dos gestores são importantes, por isso as competências dos gestores (e por inerência dos restantes trabalhadores) na prevenção e gestão do *bullying* devem ser desenvolvidas;
- Quando o *bullying* ocorre deve ser gerido imediatamente com todos os envolvidos;
- Consultores externos que estejam envolvidos na gestão do *bullying* devem adotar uma postura neutra e imparcial.

Mais especificamente, a intervenção no *bullying* pode processar-se a três níveis: primário, secundário e terciário (Vartia e Leka, 2011). No primeiro nível pretende-se prevenir o *bullying* e os seus efeitos proativamente. No segundo pretende-se reverter a progressão do *bullying* e aumentar os recursos dos indivíduos para lidarem com o mesmo. No terceiro pretende-se a reabilitação, tentando-se reduzir os impactos negativos do *bullying*. Para além dos níveis de intervenção, pode-se intervir no *bullying* a vários níveis nas organizações, nomeadamente: nas políticas organizacionais, nas funções ou tarefas e a nível individual. Estes diferentes níveis de intervenção, bem como alguns exemplos de intervenções, podem ser observados na tabela 1.

TABELA 1: Diferentes níveis de intervenção no *bullying* no trabalho

Level Of Work	Stage Of Prevention		
Organization Interventions			
	Primary interventions for the prevention and reduction of bullying	Secondary interventions to reverse and stop the process or increase the resources of individuals	Tertiary interventions for reducing the negative impacts of bullying and restoring the health of the victims of bullying
Society / Policy	Law / regulation Collective agreements Policy / code of conduct	Court case Industrial tribunal	Provision of rehabilitation opportunities
Organization / Employer	Antibullying policy  Code of conduct Development of organizational culture Management training Organizational surveys	Handling procedures  Mediation Investigation	Corporate agreements, programmes, and contracts of professional aftercare
Job / Task	Psychosocial work environment redesign Risk analyses Training (awareness, recognition of bullying)	Staff surveys Case analysis Training (e.g., conflict management, investigative skills) Conflict resolution, mediation	Group recovery programmes
Individual / Job Interface	Training (e.g., assertiveness training)	Social support, counselling	Therapy counselling, physical activities, redress

Fonte: Vartia e Leka, 2011, p. 371

Especificamente no contexto da profissão de enfermagem, Longo (2010) menciona que os supervisores/gestores de enfermagem têm um papel vital na mudança de um ambiente negativo que possa estar presente nas suas equipas, por examinarem problemas resultantes de comportamentos disruptivos por parte dos profissionais. Quando identificam um problema de violência no trabalho precisam tomar ação imediata para garantir que o abuso cesse, que o agressor seja responsabilizado e que sejam levadas a cabo estratégias que previnam a repetição de comportamentos violentos.

Em virtude das consequências positivas associadas ao *engagement*, as organizações têm revelado interesse em desenvolver o *engagement* dos seus trabalhadores. As intervenções com o objetivo de elevar os níveis de *engagement* dos trabalhadores requerem um esforço sustentado.

Estas podem ser classificadas a diferentes níveis: organizacionais, no trabalho e individuais (Bakker, Albrecht e Leiter, 2011; Rodríguez-Muñoz e Bakker, 2013; Bakker, Demerouti e Sanz-Vergel, 2014):

- Na organização - é importante o envolvimento dos gestores que devem encarar o *engagement* como um dos valores fundamentais da organização;
- No trabalho - desenvolvimento, por um lado, dos recursos de trabalho e recursos pessoais (*job resources* e *personal resources*) dos trabalhadores e, por outro, a

otimização das exigências de trabalho (*job demands*). Uma vez que a interação entre as exigências e os recursos de trabalho pode proporcionar níveis de *engagement* mais elevados, é importante a realização do diagnóstico das exigências e recursos de trabalho existentes e a formação dos trabalhadores no sentido de aprenderem a combinar as exigências de trabalho com os recursos de trabalho. Pode ser necessário, igualmente, desenvolver o suporte social, mudar procedimentos de trabalho para elevar o *feedback* do mesmo, criar oportunidades onde os trabalhadores troquem experiências dentro das organizações ou elevar a autonomia na realização das atividades de trabalho;

- Individuais - construção de recursos pessoais como o capital psicológico (e.g. percepção de auto-eficácia, otimismo, esperança e resiliência). A formação pode ter como objetivo a construção de inteligência emocional e estratégias de comportamento adaptativo positivo. Pode ser necessária a formação sobre o *job crafting*, em que os trabalhadores aprendem a proativamente alterar o seu próprio ambiente de trabalho e a usar as suas forças de forma a estabelecerem objetivos pessoais.

A presença de *bullying* pode ter um impacto negativo no bem-estar, na energia, no vigor e na dedicação dos trabalhadores. Sendo assim, a intervenção, a qualquer nível de prevenção, sobre o *bullying*, pode ter um impacto direto e positivo no aumento dos níveis de *engagement* dos profissionais. Isso poderá impulsionar as condições necessárias para uma maior satisfação laboral, produtividade, qualidade e segurança dos cuidados prestados no caso dos enfermeiros. Adicionalmente, para que os níveis de *engagement* dos profissionais se mantenham ou se elevem, pode ser necessário que as organizações encetem um conjunto de estratégias como as referidas anteriormente.

Nos capítulos seguintes apresenta-se a metodologia.



## 4. METODOLOGIA

Neste capítulo são explanados o conjunto de métodos e técnicas que permitiram construir o processo de investigação, de forma a dar-se resposta aos objetivos de investigação e para se obterem resultados precisos e interpretáveis relacionados com a questão de investigação (Fortin, Côte e Fillion, 2009).

Apresenta-se, portanto, o desenho de investigação que inclui a questão de investigação e os objetivos, o tipo de estudo, as variáveis em análise, a população e amostra, o instrumento de recolha de dados, os procedimentos para a recolha de dados, o tratamento dos dados e, por fim, as considerações éticas inerentes ao processo de investigação.

### 4.1. Questão de Investigação e Objetivos

Independente do cariz da investigação é-lhe sempre inerente um problema que pode ser evidenciado sob a forma de uma pergunta (Coutinho, 2014). Neste capítulo apresentam-se a questão de investigação e os objetivos.

A questão de investigação:

- ❖ Qual a relação entre o *bullying* e o *engagement* nos enfermeiros dos cuidados de saúde primários de uma das Ilhas do arquipélago dos Açores?

Os objetivos formulados:

- Identificar a presença de *bullying* nos enfermeiros;

- Analisar a variação do *bullying* em função de características sociodemográficas dos enfermeiros;
- Analisar a variação do *bullying* em função de características profissionais dos enfermeiros;
- Identificar o nível de *engagement* dos enfermeiros;
- Analisar a variação do *engagement* em função de características sociodemográficas dos enfermeiros;
- Analisar a variação do *engagement* em função de características profissionais dos enfermeiros;
- Analisar a associação entre o *bullying* e o *engagement*.

## 4.2. Tipo de Estudo

Este estudo é de natureza quantitativa, transversal e correlacional. Quantitativo, porque se pretendeu colocar em evidência e avaliar as relações entre variáveis e explicá-las. (Fortin, Côte e Filion, 2009; Coutinho, 2014). Transversal, porque envolveu a recolha de dados, procurando-se estabelecer o *status* dos fenómenos em estudo e as suas relações, num ponto específico no tempo (Polit, Beck e Hungler, 2004). A investigação do tipo correlacional apoia-se nos estudos descritivos e procura estabelecer relações entre conceitos ou variáveis. Após definidos os conceitos, verificam-se as relações que existem entre um certo número de variáveis precisas, depois explica-se de que forma as variáveis estão ligadas entre si (Fortin, Côte e Filion, 2009).

## 4.3. Variáveis em Análise

Os conceitos usados no estudo designam-se por variáveis. Estas formam a substância das questões de investigação e devem ser definidas não só de forma concetual, mas também operacional, sendo-lhes atribuídos valores numéricos com vista a permitir a sua mensuração (Fortin, Côte e Filion, 2009).

A variável principal em estudo foi o *bullying* que foi medida pelo NAQ-R desenvolvido originalmente por Einarsen e Hoel (2001), sendo traduzida para português por Araújo, McIntyre e McIntyre (2004) e adaptada em enfermeiros portugueses por Borges e Ferreira (2015).

Fazem parte das variáveis secundárias o *engagement* e as variáveis sociodemográficas e profissionais. O *engagement* foi medido pela *Utrecht Work Engagement Scale* (UWES) desenvolvida por Schaufeli e Bakker (2003) e traduzida para português por Marques Pinto e Picado (2011). As variáveis sociodemográficas e profissionais foram medidas através de um grupo de questões, sendo que as sociodemográficas foram: o sexo, a idade, o estado civil, as habilitações literárias, o número de filhos, existência de pessoas dependentes a cargo, existência de ajuda para prestar cuidados a pessoa dependente, se no núcleo familiar depende exclusivamente do seu salário e se pratica algum tipo de atividade de lazer fora do seu horário de trabalho. As profissionais foram: local de trabalho, tipo de contrato, turnos de trabalho, tempo de experiência profissional expresso em anos, tempo de antiguidade no serviço expresso em anos e se considera o seu trabalho stressante.

Explicita-se em seguida a operacionalização de algumas variáveis para efeitos de tratamento de estatístico.

Variáveis sociodemográficas:

- Estado civil – foi agrupada em duas categorias: com parceiro (casado/em união de facto) e sem parceiro (solteiro, divorciado, viúvo);
- Idade - foi agrupada em dois grupos a partir de um ponto de corte correspondente à mediana:  $\leq 37$  anos e  $\geq 38$  anos;
- Habilitações Literárias – foi agrupada em duas categorias: Licenciatura e Pós-Graduação (especialidade, pós-graduação, mestrado, doutoramento);
- Pessoas dependentes a cargo – foi agrupada em duas categorias: sim (criança, pessoa idosa, pessoa com deficiência, outra situação) e não.
- Ajuda para cuidados a pessoa dependente – foi agrupada em duas categorias: sim (ajuda social, ajuda económica, ajuda familiar, outra situação) e não;
- Dependem exclusivamente do seu salário - foi agrupada em duas categorias: sim e não (não contribui com o seu salário, outros membros da família também contribuem, outra situação);

Variáveis profissionais:

- Tipo de contrato - foi agrupada em duas categorias: definitivo (quadro da instituição, contrato por tempo indeterminado) e precário (termo certo, recibos verdes, e outro tipo de contrato precário);
- Turnos de trabalho - foi agrupada em duas categorias: fixo e rotativo;
- Experiência profissional - foi agrupada em dois grupos a partir de um ponto de corte correspondente à mediana:  $\leq 13$  anos e  $\geq 14$  anos;
- Antiguidade no serviço - foi agrupada em dois grupos a partir de um ponto de corte correspondente à mediana:  $\leq 8$  anos e  $\geq 9$  anos.

#### **4.4. População e Amostra**

A população alvo foi constituída por enfermeiros que exerciam funções em cuidados de saúde primários numa ilha dos Açores. Como critério de inclusão foi definido que os enfermeiros teriam de trabalhar há pelo menos seis meses na Instituição de Saúde onde se aplicou o instrumento de recolha de dados.

A população total elegível para inclusão no estudo foi de 235 enfermeiros. Para além dos enfermeiros que não cumpriam o critério de inclusão, 19 enfermeiros foram excluídos porque integravam a equipa na qual o investigador exercia funções de gestão. A decisão foi tomada considerando-se a possibilidade das respostas destes 19 enfermeiros serem condicionadas, fruto da relação profissional existente com o investigador.

A técnica de amostragem utilizada foi a não probabilística, uma vez que não seguiu os princípios básicos da teoria das probabilidades. Neste tipo de amostragem a probabilidade de um sujeito de pertencer à amostra não é igual à dos restantes sujeitos (Maroco, 2007). Tratou-se, portanto, de uma amostra por conveniência.

A amostra foi constituída por 173 enfermeiros, resultando numa taxa de adesão de 73,6%.

Seguidamente apresenta-se a caracterização da amostra.

#### 4.4.1. Caracterização da Amostra

Nos subcapítulos seguintes apresentam-se os dados referentes à caracterização da amostra em função das variáveis sociodemográficas e profissionais.

##### 4.4.1.1. Caracterização da Amostra Segundo as Variáveis Sociodemográficas

Na tabela 2 observa-se a distribuição, em termos de frequências absolutas e relativas, das variáveis sociodemográficas.

TABELA 2: Caracterização da amostra segundo as variáveis sociodemográficas

Variáveis		N	%
<b>Sexo</b>	Masculino	20	11,6
	Feminino	153	88,4
<b>Idade</b>	≤ 37 anos	72	41,6
	≥ 38 anos	101	58,4
<b>Estado civil</b>	Sem parceiro	58	33,5
	Com parceiro	114	65,9
	Não responde	1	0,6
<b>Habilitações literárias</b>	Licenciatura	125	72,3
	Pós-Graduação	42	24,3
	Não responde	6	3,5
<b>Ter filhos</b>	Sim	122	70,5
	Não	51	29,5
<b>Dependentes a cargo</b>	Sim	85	49,1
	Não	86	49,7
	Não Responde	2	1,2
<b>Ajuda para cuidar de pessoa dependente</b>	Sim	42	49,4
	Não	41	48,2
	Não se aplica/Não responde	2	2,3
<b>Depende exclusivamente do seu salário</b>	Sim	33	19,1
	Não contribui com o seu salário	10	5,8
	Outros membros da família também contribuem	120	69,4
	Não responde	10	5,8
<b>Atividades de lazer</b>	Sim	94	54,3
	Não	78	45,1
	Não responde	1	0,6

Verifica-se, conforme a tabela 2, que a amostra é composta maioritariamente por enfermeiras (88,4%). Relativamente à variável *idade* aferiu-se que a maioria (58,4%) tem idade igual ou superior a 38 anos. A média de idades foi de 39,6 anos ( $DP=7,7$ ; mínimo=28 anos, máximo=57 anos). Na tabela 2 constata-se, igualmente, que a maior parte dos enfermeiros têm parceiro (65,9%), licenciatura (72,3%) e filhos (70,5%). Relativamente à variável *dependentes a cargo* verifica-se uma distribuição equitativa, sendo que, dos enfermeiros que possuem dependentes a cargo, 49,4% possui ajuda para prestar cuidados à pessoa dependente. Quanto à variável *depende exclusivamente do seu salário*, 69,4% respondeu que outros membros da família também contribuem com o seu salário no núcleo familiar. A maioria dos enfermeiros pratica atividades de lazer (54,3%).

#### 4.4.1.2. Caracterização da Amostra Segundo as Variáveis Profissionais

Na tabela 3 apresenta-se a distribuição, em termos de frequências absolutas e relativas, das variáveis profissionais.

TABELA 3: Caracterização da amostra em função de variáveis profissionais

Variáveis		N	%
Tipo de vínculo	Definitivo	172	99,4
	Precário	1	0,6
Turnos de trabalho	Fixo	113	65,3
	Rotativo	56	32,4
	Não responde	4	2,3

Todos os enfermeiros desempenham funções no contexto dos cuidados de saúde primários. Observa-se na tabela 3 que os enfermeiros possuem, na sua maioria, vínculo definitivo (99,4%) e trabalham em horário fixo (65,3%).

Relativamente às variáveis *experiência profissional* e *antiguidade no serviço* a média é de 16,1 anos ( $DP=7,7$ ) e 10,4 anos ( $DP=7,9$ ), respetivamente e a maioria dos enfermeiros considera que o seu trabalho é stressante (79,2%).

## 4.5. Instrumento de Recolha de Dados

O instrumento de recolha de dados selecionado foi um questionário. Este incluiu três grupos: um questionário de caracterização sociodemográfica e profissional, o NAQ-R desenvolvido originalmente por Einarsen e Hoel (2001), sendo traduzido para português por Araújo, McIntyre e McIntyre (2004) e adaptado em enfermeiros portugueses por Borges e Ferreira (2015) e a UWES desenvolvida por Schaufeli e Bakker (2003) e traduzida para português por Marques Pinto e Picado (2011). O Instrumento de recolha de dados foi disponibilizado pelo grupo de investigação do projeto "*INT-SO - Dos contextos de trabalho à saúde ocupacional dos profissionais de enfermagem, um estudo comparativo entre Portugal, Brasil e Espanha*", no qual o presente estudo se integra.

O primeiro grupo do questionário foi composto por questões que visaram caracterizar sociodemográfica e profissionalmente os enfermeiros.

O segundo grupo foi constituído pelo NAQ-R. Este é composto por 23 itens que avaliam o *bullying*. Os 22 primeiros itens estão dispostos em escala tipo Likert de cinco pontos e visam determinar a frequência com que os respondentes, nos últimos seis meses, foram sujeitos aos atos negativos expressos nos itens. Em cada um dos itens o respondente pode posicionar-se no valor um (nunca), dois (de vez em quando), três (mensalmente), quatro (semanalmente) ou cinco (diariamente). O item 23 apresenta uma definição de *bullying* e solicita-se ao respondente que indique se nos últimos seis meses tem sido alvo de *bullying* no seu trabalho (método de autorrotulagem).

Borges e Ferreira (2015) fizeram a adaptação do NAQ-R numa amostra de 151 enfermeiros portugueses. Aferiram, através da análise de componentes principais forçada a quatro fatores, pelo método varimax e normalização Keiser, que a solução obtida explicou 50,3% da variância total da escala e que o índice de Kaiser-Meyer-Olkin apresentou um valor significativo de  $KMO=0,81$ , o que indica uma boa correlação entre os itens. Foram assim, nessa adaptação, consideradas quatro subescalas que as autoras designaram como Intimidação, Exclusão, Qualidade/Sobrecarga de trabalho e Subvalorização do trabalho. Considerando o estudo realizado, e por se tratar de uma adaptação a uma amostra de enfermeiros portugueses, com bons resultados de fidelidade e validade e com uma análise

de componentes principais que indicou quatro fatores, no presente estudo optou-se por considerar as mesmas quatro subescalas do NAQ-R.

Para a análise da prevalência de *bullying* foram usados os seguintes critérios (Araújo, 2009; Borges, 2012; Sá, 2008):

- Que o respondente se situe em pelo menos um dos 22 itens no valor quatro (semanalmente) ou cinco (diariamente);
- Que o respondente se autorrotule como vítima de *bullying* através do item 23, situando-se na resposta três (sim, de vez em quando), quatro (sim, várias vezes por semana) ou cinco (sim, quase todos os dias);
- Que o respondente tenha dado resposta positiva simultaneamente no primeiro e segundo critérios.

O terceiro grupo do instrumento de recolha de dados visou avaliar o nível de *engagement* dos enfermeiros através da UWES. Esta escala originalmente foi desenvolvida com 17 itens, sendo que em algumas análises psicométricas posteriores encontraram-se dois itens inconsistentes, desta forma em alguns estudos foi usada uma versão de 15 itens (Demerouti et al., 2001).

Posteriormente, foi criada uma versão de nove itens (Schaufeli, Bakker e Salanova, 2006). Em cada item é solicitado ao respondente que pense nas suas tarefas profissionais e avalie com que frequência sente os sentimentos expressos nos mesmos; em cada item pode posicionar-se em sete níveis: zero (nenhuma vez), um (algumas vezes por ano), dois (uma vez ou menos por mês), três (algumas vezes por mês), quatro (uma vez por semana), cinco (algumas vezes por semana) ou seis (todos os dias). Para a avaliação do *engagement* podem ser usados os valores das subescalas e o valor total da escala. Valores mais elevados na UWES total e em cada uma das subescalas revelam um maior *engagement*. A escala de nove itens foi a utilizada no presente estudo.

A UWES consiste em três subescalas que são altamente relacionadas: o vigor, a dedicação e a absorção. Esse padrão de relacionamento é observado entre amostras de diferentes países. Isto significa que o *engagement* é um construto que consiste em três aspetos intimamente relacionados que são medidos por três subescalas internas consistentes (Schaufeli e Bakker, 2003).

#### 4.5.1. Fidelidade das Escalas

A fidelidade é a precisão e a constância das medidas obtidas com a ajuda de um instrumento de medida. É a capacidade de um instrumento de medir de uma vez para outra um mesmo objeto de forma consistente. O instrumento é fiel se ele dá resultados comparáveis em situações comparáveis. Existem vários critérios para avaliar os instrumentos de medida, entre eles a consistência interna que designa a concordância existente entre todos os enunciados individuais que constituem o instrumento de medida. Mede a homogeneidade de um conjunto de enunciados que servem para medir distintos aspetos de um mesmo conceito (Fortin, Côté e Fillion, 2009).

Para a avaliação da consistência interna recorreu-se ao alfa de *Cronbach*, pois é adequado para utilização em escalas de tipo Likert e permite determinar até que ponto cada enunciado da escala mede um dado conceito da mesma forma que os outros. Deve ser reavaliado cada vez que uma escala é usada (Fortin, Côté e Fillion, 2009). O alfa de *Cronbach* define-se como a proporção de variabilidade nas respostas que resulta das reais diferenças dos sujeitos. Ou seja, as diferenças nas respostas devem-se a diferenças de opiniões dos sujeitos e não a diferentes interpretações dos itens. Este coeficiente varia entre zero e um (Pestana e Gageiro, 2005); na tabela 4 observa-se como se classificam os níveis de consistência interna, segundo estes autores.

TABELA 4: Classificação qualitativa da consistência interna e respetivos valores de alfa de *Cronbach*

<b>Classificação da consistência interna</b>	<b>Valores de alfa de <i>Cronbach</i></b>
<b>Muito boa</b>	Alfa superior a 0,9
<b>Boa</b>	Alfa entre 0,8 e 0,9
<b>Razoável</b>	Alfa entre 0,7 e 0,8
<b>Fraca</b>	Alfa entre 0,6 e 0,7
<b>Inadmissível</b>	Alfa < 0,6

Fonte: Pestana e Gageiro, 2005, p. 526

Referente ao NAQ-R total e subescalas, na tabela seguinte, pode-se observar a sua consistência interna, determinada pelo alfa de *Cronbach* e a comparação com estudos realizados em Portugal por Borges (2012) e Sá (2008).

TABELA 5: Apresentação do alfa de *Cronbach* do NAQ-R total e subescalas e comparação com outros estudos

NAQ-R 22	Nº de Itens	Identificação dos Itens	Presente estudo	Borges e Ferreira (2015)	Sá (2008)
<b>NAQ-R Total</b>	22	---	0,934	0,86	0,881
<b>Intimidação</b>	8	2,8,9,10,15,19,20,22	0,866	0,74	---
<b>Exclusão</b>	8	1,5,6,7,12,13,14,17	0,861	0,76	---
<b>Qualidade/Sobrecarga de trabalho</b>	4	11, 16,18,21	0,735	0,76	---
<b>Subvalorização do trabalho</b>	2	3,4	0,702	0,67	---

O valor de alfa de *Cronbach* total indica que este instrumento de medida produz poucos erros, pois possui um coeficiente de fidelidade muito bom, acima de 0,9. Os estudos de Borges (2012) e Sá (2008) indicam um coeficiente bom. Os alfas de *Cronbach* das subescalas Intimidação e Exclusão são considerados bons e razoáveis nas subescalas Qualidade/Sobrecarga de trabalho e Subvalorização do trabalho. No estudo de Borges (2012), à exceção da subescala Subvalorização do trabalho (com alfa de *Cronbach* fraco, mas que possui apenas dois itens), apresenta coeficientes razoáveis.

Desta forma, pode-se considerar que o NAQ-R, no presente estudo, apresenta uma consistência interna muito boa, aspeto importante na definição da fidelidade do instrumento e com valores semelhantes com os estudos apresentados na tabela 5.

Relativamente à UWES, estudos revelam que os valores de alfa de *Cronbach* da versão de nove itens são ligeiramente inferiores aos das versões de 15 e 17 itens (Schaufeli e Bakker, 2003), uma vez que os valores de alfa de *Cronbach* tendencialmente diminuem com um número menor de itens no instrumento de medida (Fortin, Côte e Filion, 2009). Contudo, o valor de alfa *Cronbach* da UWES total, assim como os das subescalas, indicam uma boa consistência interna tanto no presente estudo como em estudos comparativos (em enfermeiros portugueses e em amostras internacionais de trabalhadores de diversas áreas), como se observa na tabela 6.

TABELA 6: Apresentação do alfa de *Cronbach* da UWES total e subescalas e comparação com outros estudos

UWES 9 Itens	Nº de Itens	Identificação dos Itens	Presente estudo	Dias (2012)	Marques Pinto et al. (2015) <sup>1</sup>	Shaufeli e Bakker (2003) <sup>2</sup>
<b>UWES Total</b>	9	---	0,926	---	0,94	0,91
<b>Vigor</b>	3	1,2,5	0,891	0,818	---	0,76
<b>Dedicação</b>	3	3,4,7	0,857	0,838	---	0,87
<b>Absorção</b>	3	6,8,9	0,782	0,768	---	0,79

Legenda: <sup>1</sup> UWES 17 itens; <sup>2</sup> média de alfa de *Cronbach* da UWES nove itens obtida a partir de 23 estudos que foram conduzidos entre 1999 e 2003 em 9 países

Conforme a tabela 6, o valor de alfa de *Cronbach* da UWES total indica um coeficiente de fidelidade muito bom. O mesmo acontece nos estudos de Dias (2012) e documentados por Shaufeli e Bakker (2003). Os alfas de *Cronbach* das subescalas Vigor e Dedicação possuem coeficientes bons, a subescala Absorção apresenta um valor razoável, a mesma tendência verifica-se no estudo de Dias (2012).

Pode-se considerar, portanto, que no presente estudo a UWES apresenta uma consistência interna muito boa, aspecto importante na definição da fidelidade do instrumento e com valores semelhantes com os estudos apresentados na tabela 6.

Seguidamente explicitam-se os procedimentos para a recolha de dados.

#### 4.6. Procedimentos Para a Recolha de Dados

Referente aos procedimentos para a aplicação do instrumento de recolha de dados, primeiramente, foi solicitada autorização ao Conselho de Administração da Instituição de Saúde onde se efetuou a recolha de dados. O investigador foi informado da autorização em janeiro de 2016.

A Instituição de Saúde onde se recolheu os dados é composta por vários centros de saúde e cada um deles possui uma direção de enfermagem. Assim, após autorização, o investigador reuniu-se pessoalmente com cada um diretores de enfermagem. Nestas reuniões o investigador explicitou o estudo de investigação, disponibilizou o número de cópias suficientes do instrumento de recolha de dados e solicitou a colaboração na distribuição

dos mesmos pelas equipas/chefias operacionais. As reuniões com as direções de enfermagem ocorreram entre janeiro e fevereiro de 2016.

Após as reuniões com os diretores de enfermagem, o investigador contactou todos os enfermeiros em funções de gestão operacional dos vários centros de saúde, uma vez que estes estariam diretamente implicados na aplicação dos questionários aos enfermeiros das equipas. Nesses contactos foram explicitados os procedimentos relacionados com a aplicação do instrumento de recolha de dados. Foi solicitado, assim, a cada enfermeiro em funções de chefia operacional que entregasse a cada elemento de enfermagem das suas equipas, com critérios de inclusão, o instrumento de recolha de dados e as respetivas declarações de consentimento informado. Para se garantir o rigor na aplicação do instrumento de recolha de dados, as informações explicitadas pelo investigador aos diretores de enfermagem e enfermeiros em funções de gestão operacional foram disponibilizadas, igualmente, por correio eletrónico.

O instrumento de recolha de dados foi entregue a cada enfermeiro junto com um envelope para que, após preenchimento, fosse colocado no seu interior e selado pelos próprios. Este procedimento garantiu que o acesso à informação fosse exclusivo do investigador. À medida que os questionários foram sendo preenchidos foram remetidos às respetivas direções de enfermagem, sendo posteriormente recolhidos pelo investigador.

O período para a aplicação dos questionários foi de três semanas em cada centro de saúde. Uma vez que a aplicação dos questionários em cada centro de saúde não se iniciou simultaneamente, no seu conjunto, a aplicação dos questionários operacionalizou-se no espaço temporal compreendido entre janeiro de 2016 e março de 2016.

Seguidamente explicita-se o tratamento dos dados.

## **4.7. Tratamento de Dados**

A procura de relações ou de associações entre as variáveis faz-se através de procedimentos estatísticos que fornecem uma medida quantificada do grau de relação entre as variáveis em estudo (Coutinho, 2014). Para o tratamento de estatística descritiva e inferencial dos dados foi usado o *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 22 (SPSS22).

A estatística descritiva utiliza-se para descrever e sintetizar os dados, chamados de estatísticas (Polit, Beck e Hungler, 2004). Foram usadas neste estudo frequências absolutas e relativas bem como medidas de tendência central como a média, e de variabilidade como o desvio padrão.

A estatística indutiva ou inferencial permite com base nos elementos ou experimentados tirar conclusões para um domínio mais vasto de onde esses elementos provieram. As inferências são feitas através de intervalos de confiança e de testes estatísticos paramétricos e não paramétricos (Pestana e Gageiro, 2005).

Relativamente aos testes paramétricos, neste estudo usou-se o teste-*t* (*t*) para amostras independentes. O teste-*t* para amostras independentes compara os modos de evoluir de uma variável contínua em dois grupos independentes (Fortin, Côte e Fillion, 2009).

Em relação aos testes não paramétricos, foi utilizado o teste de *Mann-Whitney (U)* quando na presença de variável nominal ou ordinal em dois grupos independentes (Polit, Beck e Hungler, 2004).

Como nível de significância foi definido 0,05 ( $p < 0,05$ ). Este nível é comumente aceite e usado nas ciências sociais (Polit, Beck e Hungler, 2004).

Para a avaliação das correlações entre duas variáveis métricas usou-se a correlação de *Pearson (r)*. Este coeficiente mede a intensidade e a direção da associação de tipo linear entre duas variáveis quantitativas (Maroco, 2007). Varia entre -1 e 1. Quando é igual a 1 significa que as duas variáveis têm uma correlação perfeita positiva. Quando é -1 significa que têm uma correlação perfeita negativa. Quando é zero significa que não existe relação linear entre as variáveis. Em ciências exatas sugere-se que a correlação de *Pearson* menor que 0,2 é muito baixa, entre 0,2 e 0,39 é baixa, entre 0,4 e 0,69 é moderada, entre 0,7 e 0,89 é alta e entre 0,9 e 1 é uma associação muito alta. A mesma lógica aplica-se nas correlações negativas (Pestana e Gageiro, 2005).

Os valores estatísticos apresentados, nas situações aplicáveis (e.g. frequências relativas), foram apresentados com uma casa decimal.

Tratando-se este estudo do tipo correlacional, o interesse principal foi a descrição das relações entre as variáveis sem se procurar, necessariamente, estabelecer uma conexão causal (Polit, Beck e Hungler, 2004).

## **4.8. Considerações Éticas**

Em ética é primordial tomar em conta a responsabilidade dos investigadores a respeito da proteção dos direitos das pessoas. A investigação no domínio da saúde envolve seres humanos, pelo que as considerações éticas estão envolvidas em todas as fases da investigação (Fortin, Côte e Fillion, 2009).

A aplicação do instrumento de recolha de dados careceu de autorização do Conselho de Administração da Instituição de Saúde, da Comissão de Ética da Escola Superior de Enfermagem do Porto bem como do consentimento informado dos enfermeiros. Foi igualmente garantida em todo o processo a confidencialidade dos enfermeiros. O instrumento de recolha de dados foi acompanhado por solicitação formal de consentimento informado e os enfermeiros, logo após o preenchimento do mesmo, colocaram-no num envelope que foi selado e entregue desta forma ao investigador.

Nos capítulos seguintes apresentam-se os resultados do estudo em função dos objetivos da investigação.

## 5. RESULTADOS

Neste capítulo são apresentados os resultados obtidos através da aplicação do instrumento de recolha de dados em função dos objetivos da investigação.

### 5.1. *Bullying* nos Enfermeiros

Relativamente à presença de *bullying* nos enfermeiros, apresentam-se os resultados referentes à distribuição dos valores do NAQ-R total e subescalas, a matriz de correlação de *Pearson* entre o NAQ-R total e subescalas e a prevalência de *bullying*.

Na tabela 7 apresentam-se a média, o desvio padrão, os mínimos e máximos verificados nos itens (atos negativos no local de trabalho) no NAQ-R total e subescalas.

TABELA 7: Distribuição dos valores do NAQ-R total e subescalas

NAQ-R	Nº de itens	N	<u>M</u>	<u>DP</u>	Mínimo	Máximo
Intimidação	8	173	1,2	0,4	1	5
Exclusão	8	173	1,4	0,4	1	4
Qualidade/Sobrecarga de trabalho	4	173	1,5	0,5	1	4
Subvalorização do trabalho	2	173	1,6	0,9	1	5
NAQ-R total	22	173	1,4	0,4	1	4

Verifica-se, na tabela 7, que no NAQ-R total e subescalas os enfermeiros situaram-se, quanto à média da frequência de atos negativos no local de trabalho, entre o valor 1 (nunca) e o valor 2 (de vez em quando). No NAQ-R total a média das respostas é de 1,4 (DP=0,4), na subescala Subvalorização do trabalho de 1,6 (DP=0,9), na subescala

Qualidade/Sobrecarga de trabalho de 1,5 ( $\underline{DP}=0,5$ ), na subescala Exclusão de 1,4 ( $\underline{DP}=0,4$ ) e na subescala Intimidação de 1,2 ( $\underline{DP}=0,4$ ).

Com a matriz de correlação de *Pearson* entre o NAQ-R total e subescalas, apresentada na tabela seguinte, pretende-se analisar a evolução das subescalas e a que melhor explica a variância do NAQ-R total.

TABELA 8: Matriz de correlação de *Pearson* entre o NAQ-R total e subescalas

NAQ-R	1	2	3	4	5
<b>1. Intimidação</b>	1				
<b>2. Exclusão</b>	0,755*	1			
<b>3. Qualidade/Sobrecarga de trabalho</b>	0,722*	0,721*	1		
<b>4. Subvalorização do trabalho</b>	0,580*	0,547*	0,647*	1	
<b>5. NAQ – R total</b>	0,907*	0,909*	0,877*	0,743*	1

Legenda: \* $p<0,05$ ; \*\*  $p<0,01$

Conforme se verifica na tabela 8, as correlações entre o NAQ-R total e subescalas são todas positivas. A associação é muito alta entre o NAQ-R total e as subescalas Exclusão,  $r(173)=0,909$ ;  $p=0,000$  e Intimidação,  $r(173)=0,907$ ;  $p=0,000$  e alta nas subescalas Qualidade/Sobrecarga de trabalho,  $r(173)=0,877$ ;  $p=0,000$  e Subvalorização do trabalho,  $r(173)=0,743$ ;  $p=0,000$ . Estas associações corroboram que o NAQ-R total e subescalas evoluem no mesmo sentido, de forma positiva.

A subescala Exclusão é a que melhor explica a variância do NAQ-R total (82,6%), seguido da Intimidação (82,2%), Qualidade/Sobrecarga de trabalho (76,9%), e Subvalorização do trabalho (55,2%).

Relativamente à prevalência de *bullying* nos enfermeiros, verificaram-se os resultados apresentados na tabela seguinte.

TABELA 9: Prevalências de *bullying* nos enfermeiros segundo os critérios 1, 2 e 3

Critérios	Descrição	Prevalência % (N)
<b>1</b>	Resposta em pelo menos um dos 22 itens, na posição 4 ou 5	22,0 (38)
<b>2</b>	Resposta no item 23 na posição 3, 4 ou 5	9,2 (16)
<b>3</b>	Critérios 1 e 2	6,9 (12)

Observa-se na tabela 9 que, segundo o critério 1, a prevalência de *bullying* é de 22,0%; segundo o critério 2, de 9,2% e segundo o critério 3, de 6,9%.

Aplicando-se os critérios 1 e 3 foi possível determinar a frequência dos atos negativos nos enfermeiros por cada um dos 22 itens do NAQ-R, conforme apresentado nas tabelas 10 e 11.

TABELA 10: Prevalência de cada item (atos negativos) do NAQ-R, em ordem decrescente, quando aplicado o critério 1

Itens	Atos negativos no local de trabalho	N	%
3	Ser obrigado a desempenhar funções abaixo do nível das suas competências	19	11
4	Retirarem ou substituírem responsabilidades chave da sua função por outras pouco importantes e/ou desagradáveis	12	6,9
21	Ser exposto a uma quantidade de trabalho excessiva e impossível de realizar	12	6,9
19	Ser pressionado a não reclamar aquilo a que tem direito (e.g. baixa médica, feriados, despesas de deslocação)	7	4
1	Alguém esconde informação que afecta o seu desempenho	6	3,5
5	Espalharem rumores/boatos acerca de si	5	2,9
8	Berrarem-lhe ou ser alvo de explosões de raiva	5	2,9
13	Críticas constantes sobre o seu trabalho e esforço	5	2,9
18	Vigilância/controlo excessivo do seu trabalho	5	2,9
2	Ser humilhado ou ridicularizado em relação ao seu trabalho	4	2,3
9	Comportamento de intimidação (apontarem-lhe o dedo, invasão do seu espaço pessoal, empurrões, bloquearem/barrarem-lhe o caminho)	4	2,3
16	Serem-lhe atribuídas tarefas com objectivos ou prazos irrealistas ou impossíveis	4	2,3
6	Ser ignorado, excluído ou marginalizado	3	1,7
11	Ser constantemente lembrado dos seus erros ou enganos	3	1,7
17	Serem feitas acusações contra si	3	1,7
20	Ser objecto de gozo e sarcasmo (ironia) excessivos	3	1,7
7	Ser insultado ou fazerem comentários ofensivos acerca da sua pessoa (hábitos e origens), atitudes ou vida privada.	2	1,2
10	Insinuações ou sinais de que deveria deixar o emprego	2	1,2
12	Ser ignorado ou enfrentar reacções hostis quando se aproxima de alguém	2	1,2
14	As suas opiniões ou pontos de vista são ignoradas	2	1,2
15	Ser alvo de “partidas” por parte de pessoas com quem não se dá bem	1	0,6
22	Ameaças de violência ou mesmo sofrer de abuso físico	1	0,6

Constata-se, conforme a tabela 10, que os itens 3, 4 e 21 são os mais prevalentes e os itens 15 e 22 os menos prevalentes.

Em relação à aplicação do critério 3 pode-se verificar na tabela seguinte a prevalência de cada um dos 22 itens (atos negativos) do NAQ-R.

TABELA 11: Prevalência de cada item (atos negativos), em ordem decrescente, quando aplicado o critério 3

Item	Atos negativos no local de trabalho	N	%
3	Ser obrigado a desempenhar funções abaixo do nível das suas competências	5	3,0
4	Retirarem ou substituírem responsabilidades chave da sua função por outras pouco importantes e/ou desagradáveis	5	3,0
21	Ser exposto a uma quantidade de trabalho excessiva e impossível de realizar	5	3,0
19	Ser pressionado a não reclamar aquilo a que tem direito (e.g. baixa médica, feriados, despesas de deslocação)	4	2,4
1	Alguém esconde informação que afecta o seu desempenho	2	1,2
2	Ser humilhado ou ridicularizado em relação ao seu trabalho	3	1,2
8	Berrarem-lhe ou ser alvo de explosões de raiva	2	1,2
9	Comportamento de intimidação (apontarem-lhe o dedo, invasão do seu espaço pessoal, empurrões, bloquearem/barrarem-lhe o caminho)	2	1,2
16	Serem-lhe atribuídas tarefas com objectivos ou prazos irrealistas ou impossíveis	2	1,2
20	Ser objecto de gozo e sarcasmo (ironia) excessivos	2	1,2
5	Espalharem rumores/boatos acerca de si	1	0,6
10	Insinuações ou sinais de que deveria deixar o emprego	1	0,6
11	Ser constantemente lembrado dos seus erros ou enganos	1	0,6
12	Ser ignorado ou enfrentar reacções hostis quando se aproxima de alguém	1	0,6
13	Críticas constantes sobre o seu trabalho e esforço	1	0,6
14	As suas opiniões ou pontos de vista são ignoradas	1	0,6
17	Serem feitas acusações contra si	1	0,6
18	Vigilância/controlo excessivo do seu trabalho	1	0,6
6	Ser ignorado, excluído ou marginalizado	0	0
7	Ser insultado ou fazerem comentários ofensivos acerca da sua pessoa (hábitos e origens), atitudes ou vida privada.	0	0
15	Ser alvo de “partidas” por parte de pessoas com quem não se dá bem	0	0
22	Ameaças de violência ou mesmo sofrer de abuso físico	0	0

Constata-se que os itens 3, 4 e 21 são os mais prevalentes e que os itens 6, 7, 15 e 22 não apresentam qualquer prevalência, quando aplicado o critério 3.

No subcapítulo seguinte apresentam-se os dados referentes à variação do *bullying* em função das variáveis sociodemográficas dos enfermeiros.

## 5.2. Relação entre *Bullying* e Variáveis Sociodemográficas

Na tabela 12 apresenta-se a correlação entre o NAQ-R total, subescalas e a idade dos enfermeiros.

TABELA 12: Correlação de *Pearson* entre o NAQ-R total, subescalas e a idade dos enfermeiros

Variável sociodemográfica	Idade
<b>NAQ - R</b>	
<b>Intimidação</b>	-0,318
<b>Exclusão</b>	-0,038
<b>Qualidade/Sobrecarga de trabalho</b>	-0,156
<b>Subvalorização do trabalho</b>	-0,135
<b>NAQ – R Total</b>	-0,123

Legenda: \*p<0,05; \*\*p<0,01

Constata-se na tabela anterior que todas as correlações entre o NAQ-R total, subescalas e a idade dos enfermeiros não são estatisticamente significativas. Apesar disso, pode-se verificar uma tendência de correlação negativa tanto no NAQ-R total como nas subescalas.

Recorrendo-se ao teste-*t* para amostras independentes, em função das variáveis sociodemográficas, obtiveram-se os resultados apresentados na tabela 13.

TABELA 13: Comparação entre as médias do NAQ-R total e subescalas em função da idade, estado civil, habilitações literárias, ter filhos, dependentes a cargo, ajuda para cuidar de pessoa dependente, contribui exclusivamente com o seu salário e atividades de lazer

NAQ - R	Idade	N	M	DP	t (gl) p
Intimidação	≤ 37 anos	72	1,2	0,4	1,314 (171) 0,190
	≥ 38 anos	101	1,2	0,4	
Exclusão	≤ 37 anos	72	1,4	0,4	0,434 (171) 0,665
	≥ 38 anos	101	1,4	0,5	
Qualidade/Sobrecarga de trabalho	≤ 37 anos	72	1,6	0,6	<b>2,214 (171) 0,028</b>
	≥ 38 anos	101	1,4	0,5	
Subvalorização do trabalho	≤ 37 anos	72	1,8	1,0	<b>2,214 (171) 0,029</b>
	≥ 38 anos	101	1,5	0,8	
NAQ-R total	≤ 37 anos	72	1,4	0,4	1,556 (171) 0,121
	≥ 38 anos	101	1,3	0,4	
NAQ - R	Estado civil	N	M	DP	t (gl) p
Intimidação	Sem parceiro	58	1,2	0,2	-0,705 (170) 0,482
	Com parceiro	114	1,2	0,5	
Exclusão	Sem parceiro	58	1,4	0,3	-1,440 (170) 0,152
	Com parceiro	114	1,4	0,5	
Qualidade/Sobrecarga de trabalho	Sem parceiro	58	1,5	0,4	-0,778 (170) 0,438
	Com parceiro	114	1,5	0,6	
Subvalorização do trabalho	Sem parceiro	58	1,6	0,7	-0,796 (170) 0,427
	Com parceiro	114	1,7	0,9	
NAQ-R total	Sem parceiro	58	1,3	0,2	-1,192 (170) 0,235
	Com parceiro	114	1,4	0,5	

Continua

NAQ - R	Habilitações literárias	N	M	DP	t (gl) p
Intimidação	Licenciatura	125	1,2	0,4	-0,543 (165) 0,588
	Pós-Graduação	42	1,2	0,4	
Exclusão	Licenciatura	125	1,4	0,5	-0,908 (165) 0,365
	Pós-Graduação	42	1,5	0,4	
Qualidade/Sobrecarga de trabalho	Licenciatura	125	1,5	0,5	-0,162 (165) 0,872
	Pós-Graduação	42	1,5	0,6	
Subvalorização do trabalho	Licenciatura	125	1,6	0,9	-0,521 (165) 0,603
	Pós-Graduação	42	1,7	0,9	
NAQ-R total	Licenciatura	125	1,4	0,4	-0,656 (165) 0,513
	Pós-Graduação	42	1,4	0,4	
NAQ - R	Ter filhos	N	M	DP	t (gl) p
Intimidação	Sim	122	1,2	0,4	0,814 (171) 0,417
	Não	51	1,2	0,3	
Exclusão	Sim	122	1,4	0,4	0,543 (171) 0,588
	Não	51	1,4	0,4	
Qualidade/Sobrecarga de trabalho	Sim	122	1,5	0,6	0,774 (171) 0,440
	Não	51	1,6	0,5	
Subvalorização do trabalho	Sim	122	1,6	0,8	1,022 (171) 0,308
	Não	51	1,8	0,9	
NAQ-R total	Sim	122	1,4	0,4	0,856 (171) 0,393
	Não	51	1,4	0,4	
NAQ - R	Dependentes a cargo	N	M	DP	t (gl) p
Intimidação	Sim	85	1,2	0,5	0,584 (169) 0,560
	Não	86	1,2	0,3	
Exclusão	Sim	85	1,4	0,5	0,409 (169) 0,683
	Não	86	1,4	0,4	
Qualidade/Sobrecarga de trabalho	Sim	85	1,5	0,6	1,244 (169) 0,215
	Não	86	1,6	0,5	
Subvalorização do trabalho	Sim	85	1,7	0,9	-0,058 (169) 0,954
	Não	86	1,6	0,8	
NAQ-R total	Sim	85	1,4	0,5	0,640 (169) 0,523
	Não	86	1,4	0,3	
NAQ - R	Ajuda para cuidar de pessoa dependente	N	M	DP	t (gl) p
Intimidação	Sim	42	1,3	0,6	-1,740 (81) 0,088
	Não	41	1,1	0,1	
Exclusão	Sim	42	1,4	0,5	0,211 (81) 0,834
	Não	41	1,4	0,4	
Qualidade/Sobrecarga de trabalho	Sim	42	1,5	0,7	-0,961 (81) 0,339
	Não	41	1,4	0,4	
Subvalorização do trabalho	Sim	42	1,9	1,1	<b>-2,174 (81) 0,033</b>
	Não	41	1,4	0,6	
NAQ-R total	Sim	42	1,4	0,6	-1,281 (81) 0,205
	Não	41	1,3	0,3	

Continua

NAQ - R	Contribui exclusivamente com o seu salário	N	M	DP	t (gl) p
Intimidação	Sim	33	1,3	0,6	1,467 (161) 0,151
	Não	130	1,2	0,3	
Exclusão	Sim	33	1,5	0,6	0,806 (161) 0,422
	Não	130	1,4	0,4	
Qualidade/Sobrecarga de trabalho	Sim	33	1,6	0,7	0,592 (161) 0,557
	Não	130	1,5	0,5	
Subvalorização do trabalho	Sim	33	1,7	0,9	0,526 (161) 0,600
	Não	130	1,6	0,8	
NAQ-R total	Sim	33	1,5	0,6	1,288 (161) 0,200
	Não	130	1,3	0,3	

NAQ - R	Atividades de lazer	N	M	DP	t (gl) p
Intimidação	Sim	94	1,2	0,4	-0,818 (170) 0,396
	Não	78	1,2	0,3	
Exclusão	Sim	94	1,5	0,4	-0,988 (170) 0,324
	Não	78	1,4	0,4	
Qualidade/Sobrecarga de trabalho	Sim	94	1,5	0,5	-0,605 (170) 0,546
	Não	78	1,5	0,6	
Subvalorização do trabalho	Sim	94	1,7	0,9	-0,903 (170) 0,368
	Não	78	1,6	0,8	
NAQ-R total	Sim	94	1,4	0,4	-0,977 (170) 0,330
	Não	78	1,3	0,4	

Constata-se na tabela 13, relativamente à variável *idade*, resultados estatisticamente significativos nas subescalas Qualidade/Sobrecarga de trabalho,  $t(171)=2,214$ ;  $p=0,028$  e Subvalorização do trabalho,  $t(171)= 2,214$ ;  $p=0,029$ ; sendo que a média é superior em ambas as subescalas nos enfermeiros com idade igual ou inferior a 37 anos, quando comparada com os enfermeiros com idade igual ou superior a 38 anos ( $M=1,4$ ;  $DP=0,5$  e  $M=1,5$ ;  $DP=0,8$ , respetivamente). Os resultados no NAQ-R total e nas subescalas Intimidação e Exclusão são semelhantes.

Quanto à variável *estado civil*, os resultados não são estatisticamente significativos. Verifica-se, porém, uma tendência para médias superiores no NAQ-R total e na subescala Subvalorização do trabalho no grupo de enfermeiros com parceiro, quando em comparação com os sem parceiro. Nas restantes subescalas as médias são semelhantes em ambos os grupos.

Em relação à variável *habilitações literárias* não foram encontrados resultados estatisticamente significativos. No NAQ-R total e nas subescalas Intimidação e Qualidade/Sobrecarga de trabalho as médias são semelhantes em ambos os grupos. Verifica-se uma tendência para médias superiores nas subescalas Exclusão e Subvalorização

do trabalho nos enfermeiros com pós-graduação, quando em comparação com os enfermeiros com licenciatura.

Os resultados em função da variável *ter filhos* não são estatisticamente significativos. Constata-se, no NAQ-R total e nas subescalas Intimidação e Exclusão, que as médias são semelhantes. Nas subescalas Qualidade/Sobrecarga de trabalho e Subvalorização do trabalho é revelada uma tendência para médias superiores nos enfermeiros sem filhos, quando comparadas com os que têm filhos.

Não se verificam resultados estatisticamente significativos em função da variável *dependentes a seu cargo*. No NAQ-R total e nas subescalas Intimidação e Exclusão as médias são semelhantes. Verifica-se uma tendência, contudo, na subescala Subvalorização do trabalho, para média superior nos enfermeiros com dependentes a seu cargo, quando comparada com os enfermeiros sem dependentes a seu cargo. Na subescala Qualidade/Sobrecarga de trabalho os enfermeiros sem dependentes a seu cargo apresentam a média superior, quando comparados com os que têm dependentes a seu cargo.

Em função da variável *ajuda para cuidar de pessoa dependente* verificam-se resultados significativos na subescala Subvalorização do trabalho  $t(81)=-2,174$ ;  $p=0,033$ , em que a média é superior nos enfermeiros com ajuda para cuidar de pessoa dependente ( $\underline{M}=1,9$ ;  $\underline{DP}= 1,1$ ), em comparação com os sem ajuda ( $\underline{M}=1,4$ ;  $\underline{DP}$ ; 0,6). No NAQ-R total e restantes subescalas os resultados não são significativos.

Quanto à variável *contribui exclusivamente com o seu salário*, não foram encontrados resultados estatisticamente significativos. Verifica-se, porém, uma tendência para médias superiores no NAQ-R total e subescalas nos enfermeiros que contribuem exclusivamente com o seu salário no agregado familiar, quando em comparação com os enfermeiros que não contribuem exclusivamente com o seu salário.

Na variável *atividades de lazer* os resultados não são estatisticamente significativos. Contudo, constata-se que, tendencialmente, no NAQ-R total e nas subescalas Exclusão, Subvalorização do trabalho as médias são superiores nos enfermeiros que praticam atividades de lazer, em comparação com os enfermeiros que não as praticam. Nas restantes subescalas as médias são semelhantes.

Quanto à variável *sexo*, foi utilizado o teste de *Mann-Whitney (U)* para amostras independentes. Podem-se observar os resultados na tabela seguinte.

TABELA 14: Comparação entre as classificações médias do NAQ-R total e subescalas em função do sexo

NAQ - R	Sexo	N	Mean Rank	U p
Intimidação	Masculino	20	89,30	1.576,000; 0,819
	Feminino	153	86,70	
Exclusão	Masculino	20	97,52	1.740,500; 0,314
	Feminino	153	85,62	
Qualidade/Sobrecarga de trabalho	Masculino	20	96,08	1.711,500; 0,380
	Feminino	153	85,81	
Subvalorização do trabalho	Masculino	20	95,82	1.706,500; 0,377
	Feminino	153	85,85	
NAQ-R total	Masculino	20	94,85	1.687,000; 0,455
	Feminino	153	85,97	

Observa-se na tabela anterior que os resultados em função da variável *sexo* não são estatisticamente significativos. Verifica-se, contudo, que os enfermeiros posicionam-se num nível superior ao das enfermeiras no NAQ-R total e subescalas.

Seguidamente apresentam-se os resultados referentes à variação do *bullying* em função das variáveis profissionais dos enfermeiros.

### 5.3. Relação entre *Bullying* e Variáveis Profissionais

Na tabela 15 apresenta-se a correlação de *Pearson* entre o NAQ-R total, subescalas e os anos de experiência profissional e de antiguidade no serviço dos enfermeiros.

TABELA 15: Correlação de *Pearson* entre o NAQ-R total, subescalas e os anos de experiência profissional e de antiguidade no serviço dos enfermeiros

NAQ - R	Variáveis profissionais	Experiência profissional	Antiguidade no serviço
Intimidação		-0,135	-0,068
Exclusão		-0,013	0,041
Qualidade/Sobrecarga de trabalho		-0,109	0,005
Subvalorização do trabalho		-0,122	-0,024
NAQ - R Total		-0,100	-0,011

Legenda: \*p<0,05; \*\*p<0,01

Na tabela anterior constata-se que todas as correlações entre o NAQ-R total, subescalas e os anos de experiência profissional e de antiguidade no serviço dos enfermeiros não são

estatisticamente significativas. Verifica-se, contudo, uma tendência para correlação negativa entre o NAQ-R total e subescalas com a variável anos de experiência profissional.

Quanto à variável *anos de antiguidade no serviço* observa-se uma tendência de correlação negativa no NAQ-R total e nas subescalas Intimidação, Subvalorização do trabalho, porém positiva nas subescalas Exclusão e Qualidade/Sobrecarga de trabalho.

Recorrendo-se ao teste-t para amostras independentes, obtiveram-se os resultados apresentados na tabela seguinte, onde se observa a comparação entre as médias do NAQ-R total e subescalas em função das variáveis profissionais, nomeadamente: turno de trabalho, anos de experiência profissional, anos de antiguidade no serviço e trabalho stressante.

TABELA 16: Comparação entre as médias do NAQ-R total e subescalas em função do turno de trabalho, anos de experiência profissional, anos de antiguidade no serviço e trabalho stressante

NAQ - R	Turno de trabalho	N	M	DP	t (gl) p
Intimidação	Fixo	113	1,1	0,2	<b>-3,065 (167) 0,003</b>
	Rotativo	56	1,4	0,6	
Exclusão	Fixo	113	1,4	0,4	<b>-2,146 (167) 0,033</b>
	Rotativo	56	1,5	0,5	
Qualidade/Sobrecarga de trabalho	Fixo	113	1,4	0,4	<b>-2,698 (167) 0,009</b>
	Rotativo	56	1,7	0,7	
Subvalorização do trabalho	Fixo	113	1,5	0,7	<b>-2,729 (167) 0,008</b>
	Rotativo	56	2,0	1,1	
NAQ-R total	Fixo	113	1,3	0,3	<b>-2,909 (167) 0,005</b>
	Rotativo	56	1,5	0,6	
NAQ - R	Experiência profissional	N	M	DP	t (gl) p
Intimidação	≤ 13 anos	78	1,2	0,4	0,991 (171) 0,323
	≥ 14 anos	95	1,2	0,4	
Exclusão	≤ 13 anos	78	1,4	0,4	-0,414 (171) 0,679
	≥ 14 anos	95	1,4	0,5	
Qualidade/Sobrecarga de trabalho	≤ 13 anos	78	1,6	0,5	0,653 (171) 0,515
	≥ 14 anos	95	1,5	0,6	
Subvalorização do trabalho	≤ 13 anos	78	1,8	1,0	1,622 (171) 0,107
	≥ 14 anos	95	1,5	0,8	
NAQ-R total	≤ 13 anos	78	1,4	0,4	0,644 (171) 0,521
	≥ 14 anos	95	1,4	0,4	
NAQ - R	Antiguidade no serviço	N	M	DP	t (gl) p
Intimidação	≤ 8 anos	75	1,3	0,4	1,450 (171) 0,149
	≥ 9 anos	98	1,2	0,4	
Exclusão	≤ 8 anos	75	1,4	0,4	0,351 (171) 0,726
	≥ 9 anos	98	1,4	0,4	
Qualidade/Sobrecarga de trabalho	≤ 8 anos	75	1,6	0,6	0,770 (171) 0,442
	≥ 9 anos	98	1,5	0,5	
Subvalorização do trabalho	≤ 8 anos	75	1,7	0,9	0,080 (171) 0,937
	≥ 9 anos	98	1,6	0,9	
NAQ-R total	≤ 8 anos	75	1,4	0,4	0,819 (171) 0,414
	≥ 9 anos	98	1,4	0,4	

Continua

NAQ - R	Trabalho stressante	N	M	DP	t (gl) p
Intimidação	Sim	137	1,2	0,4	-1,625 (170) 0,106
	Não	35	1,1	0,2	
Exclusão	Sim	137	1,5	0,4	<b>-2,679 (170) 0,008</b>
	Não	35	1,2	0,3	
Qualidade/Sobrecarga de trabalho	Sim	137	1,6	0,6	<b>-3,717 (170) 0,000</b>
	Não	35	1,3	0,3	
Subvalorização do trabalho	Sim	137	1,7	0,9	-1,199 (170) 0,232
	Não	35	1,5	0,7	
NAQ-R total	Sim	137	1,4	0,4	<b>-2,430 (170) 0,016</b>
	Não	35	1,2	0,2	

Conforme se verifica na tabela 16, em função da variável *turno de trabalho*, os resultados são estatisticamente significativos no NAQ-R total e subescalas. No NAQ-R total,  $t(167)=-2,909$ ;  $p=0,005$  e nas subescalas Intimidação,  $t(167)=-3,065$ ;  $p=0,003$ , Exclusão  $t(167)=-2,146$ ;  $p=0,033$ , Qualidade/Sobrecarga de trabalho,  $t(167)=-2,698$ ;  $p=0,009$  e Subvalorização do trabalho,  $t(167)=-2,729$ ;  $p=0,008$  as médias são superiores nos enfermeiros que trabalham em horário rotativo, quando comparadas com os que trabalham em horário fixo.

Os resultados do NAQ-R total e subescalas em função da variável *experiência profissional* não são significativos. No NAQ-R total e nas subescalas Intimidação e Exclusão as médias são semelhantes em ambos os grupos. Observa-se, no entanto que, tendencialmente, as médias são superiores nas subescalas Qualidade/Sobrecarga de trabalho e Subvalorização do trabalho nos enfermeiros com 13 anos ou menos de experiência profissional, quando em comparação com os enfermeiros com 14 ou mais anos de experiência profissional.

Os resultados no NAQ-R total e subescalas em função da variável *anos de antiguidade no serviço* não são significativos. No NAQ-R total e subescala Exclusão as médias são semelhantes em ambos os grupos. Porém, verifica-se que, nas subescalas Intimidação, Qualidade/Sobrecarga de trabalho e Subvalorização do trabalho, tendencialmente, as médias são superiores nos enfermeiros com 8 anos ou menos de antiguidade no serviço, quando em comparação com os que têm 9 anos ou mais de antiguidade no serviço.

Em função da variável *trabalho stressante* constata-se que existem resultados estatisticamente significativos no NAQ-R total,  $t(170)=-2,430$ ;  $p=0,016$  e nas subescalas Exclusão,  $t(170)=-2,679$ ;  $p=0,008$  e Qualidade/Sobrecarga de trabalho,  $t(170)=-3,717$ ;  $p=0,000$ , em que as médias são superiores nos enfermeiros que consideram o seu trabalho stressante, quando em comparação com os que não o consideram. Nas restantes

subescalas verifica-se que as médias são superiores, tendencialmente, nos enfermeiros que consideram o seu trabalho stressante.

Seguidamente apresentam-se os resultados referentes à distribuição dos valores da UWES total e subescalas, a matriz de correlação de *Pearson* entre a UWES total e subescalas e o nível de *engagement* dos enfermeiros.

#### 5.4. *Engagement* dos Enfermeiros

Relativamente à distribuição dos valores da UWES total e subescalas, na tabela 17 apresentam-se a média, o desvio padrão, os mínimos e máximos verificados na UWES total e subescalas.

TABELA 17: Distribuição dos valores da UWES total e subescalas

UWES	Nº de itens	N	<u>M</u>	<u>DP</u>	Mínimo	Máximo
Vigor	3	172	4,3	1,4	1	6
Dedicação	3	173	4,4	1,3	0	6
Absorção	3	173	4,3	1,3	0	6
UWES total	9	173	4,3	1,2	1	6

De acordo com a tabela anterior na UWES total e subescalas os enfermeiros situaram-se, em média, quanto ao nível de *engagement*, entre os níveis 4 (uma vez por semana) e 5 (algumas vezes por semana).

Verifica-se que na UWES total a média é 4,3 (DP=1,2). A subescala com a média superior é a Dedicação (M=4,4; DP=1,3), seguida das subescalas Vigor (M=4,3; DP=1,4) e Absorção (M=4,3; DP=1,3).

Com a matriz de correlação de *Pearson* entre a UWES total e subescalas, apresentada na tabela seguinte, pretende-se analisar a evolução das subescalas e a que melhor explica a variância da UWES total.

TABELA 18: Matriz de correlação de *Pearson* entre a UWES total e subescalas

UWES	Vigor	Dedicação	Absorção	UWES total
Vigor	1			
Dedicação	0,837**	1		
Absorção	0,688**	0,723**	1	
UWES total	0,923**	0,933**	0,882**	1

Legenda: \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$

Conforme se verifica na tabela anterior, as correlações entre a UWES total e subescalas são todas positivas e estatisticamente significativas. A associação é muito alta entre a UWES total e as subescalas Vigor,  $r(172)=0,923$ ;  $p=0,000$  e Dedicação,  $r(173)=0,933$ ;  $p=0,000$  e alta com a subescala Absorção,  $r(173)=0,882$ ;  $p=0,000$ . Estas associações corroboram que todas as subescalas e a UWES total evoluem no mesmo sentido, de forma positiva.

A subescala Dedicação é a que melhor explica a variância da UWES total (87,0%), seguida do Vigor (85,1%) e Absorção (77,7%).

Seguidamente apresentam-se os dados referentes à variação do *engagement* em função das variáveis sociodemográficas dos enfermeiros.

## 5.5. Relação entre *Engagement* e Variáveis Sociodemográficas

Na tabela 19 apresenta-se a correlação entre a UWES total, subescalas e a idade dos enfermeiros.

TABELA 19: Correlação de *Pearson* entre a UWES total, subescalas e a idade dos enfermeiros

Variável sociodemográfica	Idade
UWES	
Vigor	0,145
Dedicação	0,122
Absorção	0,144
UWES total	0,151

Legenda: \* $P < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$

Constata-se na tabela anterior que todas as correlações entre a UWES total, subescalas e a idade dos enfermeiros não são estatisticamente significativas. Apesar disso, pode-se verificar uma tendência de correlação positiva (UWES total e subescalas).

Recorrendo-se ao teste-t para amostras independentes, em função das variáveis sociodemográficas, obtiveram-se os resultados apresentados na tabela 20.

TABELA 20: Comparação entre as médias da UWES total e subescalas em função da idade, estado civil, habilitações literárias, ter filhos, dependentes a cargo, ajuda para cuidar de pessoa dependente, contribui exclusivamente com o seu salário e atividades de lazer

UWES	Idade	N	M	DP	t (gl) p
Vigor	≤ 37 anos	72	4,2	1,4	-0,883 (170) 0,379
	≥ 38 anos	100	4,4	1,3	
Dedicação	≤ 37 anos	72	4,3	1,3	-1,348 (171) 0,180
	≥ 38 anos	101	4,5	1,3	
Absorção	≤ 37 anos	72	4,1	1,3	-1,706 (171) 0,090
	≥ 38 anos	101	4,4	1,3	
UWES total	≤ 37 anos	72	4,2	1,2	-1,459 (171) 0,147
	≥ 38 anos	101	4,5	1,2	
UWES	Estado civil	N	M	DP	t (gl) p
Vigor	Sem parceiro	58	4,0	1,4	-1,961 (169) 0,052
	Com parceiro	113	4,5	1,3	
Dedicação	Sem parceiro	58	4,1	1,3	<b>-2,029 (170) 0,044</b>
	Com parceiro	114	4,6	1,3	
Absorção	Sem parceiro	58	4,1	1,3	-1,095 (170) 0,275
	Com parceiro	114	4,4	1,4	
UWES total	Sem parceiro	58	4,1	1,2	-1,886 (170) 0,061
	Com parceiro	114	4,5	1,2	
UWES	Habilitações Literárias	N	M	DP	t (gl) p
Vigor	Licenciatura	124	4,2	1,3	-1,219 (164) 0,225
	Pós-Graduação	42	4,5	1,4	
Dedicação	Licenciatura	125	4,3	1,3	-1,769 (165) 0,079
	Pós-Graduação	42	4,7	1,4	
Absorção	Licenciatura	125	4,2	1,3	-1,822 (165) 0,070
	Pós-Graduação	42	4,6	1,4	
UWES total	Licenciatura	125	4,2	1,2	-1,778 (165) 0,077
	Pós-Graduação	42	4,6	1,3	
UWES	Ter filhos	N	M	DP	t (gl) p
Vigor	Sim	121	4,5	1,2	<b>-2,601 (170) 0,011</b>
	Não	51	3,9	1,5	
Dedicação	Sim	122	4,6	1,2	<b>-3,249 (171) 0,002</b>
	Não	51	3,9	1,5	
Absorção	Sim	122	4,5	1,2	<b>-2,854 (171) 0,005</b>
	Não	51	3,8	1,5	
UWES total	Sim	122	4,5	1,1	<b>-3,043 (171) 0,003</b>
	Não	51	3,8	1,4	
UWES	Dependentes a cargo	N	M	DP	t (gl) p
Vigor	Sim	84	4,4	1,2	-0,850 (168) 0,397
	Não	86	4,2	1,4	
Dedicação	Sim	85	4,6	1,2	-1,560 (169) 0,121
	Não	86	4,3	1,4	
Absorção	Sim	85	4,4	1,2	-1,103 (169) 0,272
	Não	86	4,2	1,5	
UWES total	Sim	85	4,5	1,1	-1,305 (169) 0,194
	Não	86	4,2	1,3	

Continua

UWES	Ajuda para cuidar de pessoa dependente	N	M	DP	t (gl) p
Vigor	Sim	42	4,2	1,5	1,581 (80) 0,118
	Não	40	4,6	0,9	
Dedicação	Sim	42	4,4	1,4	1,445 (81) 0,153
	Não	41	4,8	0,9	
Absorção	Sim	42	4,1	1,2	<b>2,339 (81) 0,022</b>
	Não	41	4,7	1,0	
UWES total	Sim	42	4,2	1,2	<b>2,019 (81) 0,047</b>
	Não	41	4,7	0,8	

UWES	Contribui exclusivamente com o seu salário	N	M	DP	t (gl) p
Vigor	Sim	33	4,2	1,2	-0,454 (160) 0,651
	Não	129	4,4	1,4	
Dedicação	Sim	33	4,4	1,2	-0,434 (161) 0,665
	Não	130	4,5	1,3	
Absorção	Sim	33	4,4	1,0	0,260 (161) 0,795
	Não	130	4,3	1,3	
UWES total	Sim	33	4,3	1,0	-0,247 (161) 0,805
	Não	130	4,4	1,2	

UWES	Atividades de Lazer	N	M	DP	t (gl) p
Vigor	Sim	94	4,3	1,3	0,716 (169) 0,475
	Não	78	4,4	1,4	
Dedicação	Sim	94	4,3	1,3	1,851 (170) 0,066
	Não	78	4,6	1,2	
Absorção	Sim	94	4,2	1,3	1,293 (170) 0,198
	Não	78	4,4	1,4	
UWES total	Sim	94	4,2	1,2	1,389 (170) 0,167
	Não	78	4,5	1,2	

Como se constata na tabela 20, relativamente à variável *idade*, os resultados não são estatisticamente significativos. Verifica-se, contudo, uma tendência para médias superiores na UWES total e subescalas nos enfermeiros com idade igual ou superior a 38 anos, quando em comparação com os enfermeiros com idade igual ou inferior a 37 anos.

Quanto à variável *estado civil*, verificam-se resultados estatisticamente significativos na subescala Dedicação,  $t(170)=-2,029$ ;  $p=0,044$ . A média é superior nos enfermeiros com parceiro ( $M=4,6$ ;  $DP=1,3$ ) em relação aos sem parceiro ( $M=4,1$ ;  $DP=1,3$ ). Em relação à UWES total e restantes subescalas observa-se uma tendência para médias superiores nos enfermeiros com parceiro, quando em comparação com os sem parceiro.

Em função da variável *habilitações literárias* os resultados não são estatisticamente significativos. Contudo, verifica-se uma tendência para médias superiores na UWES total e subescalas nos enfermeiros com pós-graduação, quando em comparação com os que têm licenciatura.

Na variável *ter filhos* os resultados são estatisticamente significativos na UWES total e subescalas. Na UWES total,  $t(171)=-3,043$ ;  $p=0,003$  e nas subescalas Vigor,  $t(170)=-2,601$ ;  $p=0,011$ , Dedicção,  $t(171)=-3,249$ ;  $p=0,002$  e Absorção,  $t(171)=-2,854$ ;  $p=0,005$  os enfermeiros com filhos apresentam médias superiores, quando em comparação com os sem filhos.

Na variável *dependentes a cargo* não se verificam resultados estatisticamente significativos. Porém, verifica-se uma tendência para médias superiores na UWES total e subescalas nos enfermeiros com dependentes a cargo, quando em comparação com os enfermeiros sem dependentes a cargo.

Quanto à variável *ajuda para cuidar de pessoa dependente*, os resultados são significativos na UWES total,  $t(81)=2,019$ ;  $p=0,047$  e na subescala Absorção,  $t(81)=2,339$ ;  $p=0,022$ ; as médias são superiores nos enfermeiros sem ajuda ( $M=4,7$ ;  $DP=0,8$  e  $M=4,7$ ;  $DP=1,0$ , respetivamente) em comparação com os que têm ajuda ( $M=4,2$ ;  $DP=1,2$  e  $M=4,1$ ;  $DP=1,2$ , respetivamente). Nas restantes subescalas, tendencialmente, as médias são superiores nos enfermeiros sem ajuda para cuidar de pessoa dependente.

Os resultados em função da variável *contribui exclusivamente com o seu salário* não são estatisticamente significativos. Contudo, constata-se que, tendencialmente, à exceção da subescala Absorção em que a média é superior nos enfermeiros que contribuem exclusivamente com o seu salário, as médias são superiores em quem não contribui exclusivamente com o seu salário.

Os resultados em função da variável *atividades de lazer* não são estatisticamente significativos. Contudo, verifica-se que, tendencialmente, as médias são superiores na UWES total e subescalas nos enfermeiros que não praticam atividades de lazer, quando em comparação com os que praticam atividades de lazer.

Quanto à variável *sexo*, foi utilizado o teste de *Mann-Whitney (U)* para amostras independentes. Os resultados podem-se observar na tabela seguinte.

TABELA 21: Comparação entre as classificações médias da UWES total e das subescalas segundo o sexo

UWES	Sexo	N	Mean Rank	U p
Vigor	Masculino	20	53,58	861,500; 0,001
	Feminino	152	90,83	
Dedicação	Masculino	20	58,02	950,500; 0,006
	Feminino	153	90,79	
Absorção	Masculino	20	46,00	710,000; 0,000
	Feminino	153	92,36	
UWES total	Masculino	20	49,58	781,500; 0,000
	Feminino	153	91,89	

Os resultados, como se constata na tabela anterior, em função da variável *sexo* são estatisticamente significativos. Na UWES total,  $U=781,500$ ;  $p=0,000$  e nas subescalas Vigor,  $U=861,500$ ;  $p=0,001$ , Dedicação,  $U=950,500$ ;  $p=0,006$  e Absorção,  $U=710,000$ ;  $p=0,000$  as enfermeiras posicionam-se num nível superior ao dos enfermeiros.

Seguidamente apresentam-se os resultados referentes à variação do *engagement* em função das variáveis profissionais dos enfermeiros.

## 5.6. Relação entre *Engagement* e Variáveis Profissionais

Na tabela 22 apresenta-se a correlação entre a UWES total, subescalas e os anos de experiência profissional e de antiguidade no serviço dos enfermeiros.

TABELA 22: Correlação de *Pearson* entre a UWES total, subescalas e os anos de experiência profissional e de antiguidade no serviço dos enfermeiros

UWES	Variáveis profissionais	Experiência profissional	Antiguidade no serviço
Vigor		0,178*	0,067
Dedicação		0,184*	0,031
Absorção		0,204**	0,059
UWES total		0,207**	0,059

Legenda: \* $p<0,05$ ; \*\*  $P<0,01$

Constata-se na tabela anterior que as correlações entre a UWES total, subescalas e os *anos de experiência profissional* são estatisticamente significativas, e todas positivas. A correlação entre a UWES total,  $r(171)=0,207$ ;  $p=0,007$  e a subescala Absorção,

$r(171)=0,204$ ;  $p=0,007$  são baixas. As correlações com as subescalas Vigor,  $r(170)=0,178$ ;  $p=0,020$  e Dedicção,  $r(171)=0,184$ ;  $p=0,016$  são muito baixas.

As correlações da UWES total e subescalas com a variável *anos de antiguidade no serviço* não são estatisticamente significativas. Verifica-se, contudo, uma tendência para correlação positiva na UWES total e subescalas.

Recorrendo-se ao teste-t para amostras independentes obtiveram-se os resultados apresentados na tabela seguinte, onde se observa a comparação entre as médias da UWES total e subescalas em função das variáveis profissionais, nomeadamente: turno de trabalho, anos de experiência profissional, anos de antiguidade no serviço e trabalho stressante.

TABELA 23: Comparação entre as médias da UWES total e subescalas em função do turno de trabalho, anos de experiência profissional, anos de antiguidade no serviço e trabalho stressante

UWES	Turno de trabalho	N	M	DP	t (gl) p
Vigor	Fixo	113	4,5	1,3	2,682 (166) 0,008
	Rotativo	55	3,9	1,4	
Dedicção	Fixo	113	4,6	1,2	2,408 (167) 0,017
	Rotativo	56	4,1	1,4	
Absorção	Fixo	113	4,5	1,2	3,004 (167) 0,003
	Rotativo	56	3,8	1,4	
UWES total	Fixo	113	4,5	1,1	2,993 (167) 0,003
	Rotativo	56	3,9	1,3	
UWES	Experiência profissional	N	M	DP	t (gl) p
Vigor	≤ 13 anos	78	4,2	1,4	-1,288 (170) 0,199
	≥ 14 anos	94	4,4	1,3	
Dedicção	≤ 13 anos	78	4,2	1,3	-1,767 (171) 0,079
	≥ 14 anos	95	4,6	1,3	
Absorção	≤ 13 anos	78	4,0	1,4	-2,395 (171) 0,018
	≥ 14 anos	95	4,5	1,2	
UWES total	≤ 13 anos	78	4,1	1,3	-2,013 (171) 0,046
	≥ 14 anos	95	4,5	1,1	
UWES	Antiguidade no serviço	N	M	DP	t (gl) p
Vigor	≤ 8 anos	75	4,2	1,3	-0,684 (170) 0,495
	≥ 9 anos	97	4,4	1,4	
Dedicção	≤ 8 anos	75	4,5	1,2	0,654 (171) 0,514
	≥ 9 anos	98	4,4	1,4	
Absorção	≤ 8 anos	75	4,2	1,4	-0,325 (171) 0,746
	≥ 9 anos	98	4,3	1,3	
UWES total	≤ 8 anos	75	4,3	1,2	-0,156 (171) 0,876
	≥ 9 anos	98	4,3	1,3	

Continua

UWES	Trabalho stressante	N	M	DP	t (gl) p
Vigor	Sim	136	4,2	1,4	<b>3,089 (169) 0,003</b>
	Não	35	4,8	0,8	
Dedicação	Sim	137	4,3	1,4	<b>3,513 (170) 0,001</b>
	Não	35	5,0	0,8	
Absorção	Sim	137	4,2	1,4	<b>2,442 (170) 0,017</b>
	Não	35	4,7	1,1	
UWES total	Sim	137	4,2	1,3	<b>3,351 (170) 0,001</b>
	Não	35	4,8	0,8	

Como se verifica na tabela 23 em função da variável *turno de trabalho* os resultados são estatisticamente significativos na UWES total e subescalas. Na UWES total,  $t(167)=2,993$ ;  $p=0,003$  e nas subescalas Vigor,  $t(166)=2,682$ ;  $p=0,008$ , Dedicação,  $t(167)=2,408$ ;  $p=0,017$  e Absorção  $t(167)=3,004$ ;  $p=0,003$  as médias são superiores nos enfermeiros que trabalham em horário fixo, quando em comparação com os enfermeiros que trabalham em horário rotativo.

Constata-se que na variável *experiência profissional* existem resultados estatisticamente significativos na UWES total,  $t(171)=-2,013$ ;  $p=0,046$  e na subescala Absorção,  $t(171)=-2,395$ ;  $p=0,018$ . Em ambos os casos os enfermeiros com 14 ou mais anos de experiência profissional apresentam médias superiores ( $M=4,5$ ;  $DP=1,1$  e  $M=4,5$ ;  $DP=1,2$ , respetivamente), quando em comparação com os que têm 13 ou menos anos de experiência profissional ( $M=4,1$ ;  $DP=1,3$  e  $M=4,0$ ;  $DP=1,4$ , respetivamente). Nas restantes subescalas verifica-se uma tendência para médias superiores nos enfermeiros com 14 ou mais anos de experiência profissional, quando em comparação com os de 13 ou menos anos de experiência profissional.

Os resultados em função da variável *antiguidade no serviço* não são estatisticamente significativos. Verifica-se, contudo, que a UWES total apresenta médias semelhantes em ambos os grupos e uma tendência para médias superiores nas subescalas Vigor e Absorção nos enfermeiros com 9 ou mais anos de antiguidade no serviço. Na subescala Dedicação a média é superior nos enfermeiros com 8 ou menos anos de antiguidade no serviço.

Os resultados são estatisticamente significativos na UWES total e subescalas em função da variável *trabalho stressante*. Na UWES total  $t(170)=3,351$ ;  $p=0,001$ , nas subescalas Vigor,  $t(169)=3,089$ ;  $p=0,003$ , Dedicação,  $t(170)=3,513$ ;  $p=0,001$  e Absorção  $t(170)=2,442$ ;  $p=0,017$  as médias são superiores nos enfermeiros que não consideram o seu trabalho stressante, quando em comparação com os que consideram o seu trabalho stressante.

Seguidamente apresentam-se os dados que permitem relacionar as variáveis *bullying* e *engagement*.

## 5.7. Relação entre *Bullying* e *Engagement*

Na tabela 24 observa-se a correlação de *Pearson* entre o NAQ-R total e subescalas e a UWES total e subescalas.

TABELA 24: Correlação de *Pearson* entre o NAQ-R total e subescalas e a UWES total e subescalas

NAQ-R	UWES	Vigor	Dedicação	Absorção	UWES total
Intimidação		-0,193*	-0,245**	-0,163*	-0,218**
Exclusão		-0,215**	-0,304**	-0,158*	-0,245**
Qualidade/Sobrecarga de trabalho		-0,282**	-0,321**	-0,250**	-0,312**
Subvalorização do trabalho		-0,173*	-0,242**	-0,170*	-0,212**
NAQ – R Total		-0,246**	-0,320**	-0,206**	-0,280**

Legenda: \* $p < 0,05$ ; \*\*  $P < 0,01$

Verifica-se na tabela anterior, que todas as correlações entre o NAQ-R e a UWES são negativas e estatisticamente significativas, ou seja, quanto mais elevados são os scores de *bullying* (total e subescalas), menos elevados são os níveis de *engagement* dos enfermeiros (total e subescalas). A correlação entre o NAQ-R total e a UWES total,  $r(173) = -0,280$ ;  $p = 0,000$  é baixa. As correlações entre o NAQ-R total e as subescalas da UWES são baixas; a mais elevada verifica-se na Dedicação  $r(173) = -0,320$ ;  $p = 0,000$ , seguida do Vigor,  $r(172) = -0,246$ ;  $p = 0,001$  e a menos elevada na Absorção  $r(173) = -0,206$ ;  $p = 0,007$ .

A correlação mais elevada entre as subescalas do NAQ-R e as subescalas da UWES verifica-se entre a Qualidade/Sobrecarga de trabalho e a Dedicação  $r(173) = -0,321$ ;  $p = 0,000$  (correlação baixa); a menos elevada verifica-se entre as subescalas Exclusão e Absorção  $r(173) = -0,158$ ;  $p = 0,038$  (correlação muito baixa).

Na subescala Intimidação a correlação mais elevada verifica-se com a subescala Dedicação  $r(173) = -0,245$ ;  $p = 0,001$  (correlação baixa). Na subescala Subvalorização do trabalho a correlação mais elevada verifica-se com a subescala Dedicação  $r(173) = -0,242$ ;  $p = 0,001$  (correlação baixa).

A subescala Qualidade/Sobrecarga de trabalho do NAQ-R é a que melhor explica a variância na UWES total (9,7%), seguida da Exclusão (6,0%); e a subescala Dedicção da UWES é a que melhor explica a variância no NAQ-R total (10,2%), seguida do Vigor (6,0%).

Nos capítulos seguintes apresenta-se a discussão dos resultados em função dos objetivos da investigação.



## 6. DISCUSSÃO

Neste capítulo efetua-se a discussão dos resultados obtidos em função dos objetivos da investigação.

### 6.1. *Bullying* nos Enfermeiros

Os esforços para se implementarem medidas de prevenção e gestão do *bullying* no ambiente ocupacional dependem da informação da sua prevalência. Contudo, os resultados de prevalência de *bullying* no ambiente ocupacional podem apresentar variações quando comparados em diversos estudos, dependendo da forma como é avaliado (Zapf et al., 2011).

Em alguns estudos tem sido estabelecido como parâmetro para a avaliação do *bullying* a frequência e a duração de atos negativos (medição objetiva ou operacional mediante uma *checklist* comportamental). Noutros, tem sido utilizado a percepção do sujeito em relação ao fenómeno de *bullying* (método subjetivo ou de autorrotulagem) e a dos dois métodos, tornando complexa a comparação de prevalências (Fontes e Carvalho, 2012).

Considerando os diferentes métodos de avaliação, tendencialmente, as prevalências são superiores nos métodos objetivos de avaliação em comparação com os subjetivos (Keashly, 2010). No presente estudo, quanto à prevalência de *bullying* nos enfermeiros, em função do critério 1 [resposta em pelo menos um dos 22 itens do NAQ-R no valor 4 (semanalmente) ou 5 (diariamente)] foi de 22,0%; em função do critério 2 [autorrotulagem através do item 23 do NAQ-R, situando-se no valor 3 (sim, de vez em quando), 4 (sim, várias

vezes por semana) ou 5 (sim, quase todos os dias] foi de 9,2%; e em função do critério 3 (resposta positiva simultaneamente ao primeiro e segundo critérios) foi de 6,9%.

Em estudos conduzidos em enfermeiros portugueses com métodos semelhantes de avaliação do *bullying* e utilizando o mesmo instrumento de recolha de dados - NAQ-R - verificam-se prevalências semelhantes. Aplicando os critérios 1, 2 e 3, Borges (2012) num estudo com 151 enfermeiros/alunos de cursos de pós-licenciatura de especialização em enfermagem verificou uma prevalência de 26,4%, 9,4% e 5,9%, respetivamente e Sá (2008) num estudo com 416 enfermeiros provenientes das áreas de oncologia, saúde mental e psiquiatria, um hospital geral e enfermeiros/alunos de cursos de especialização em enfermagem verificou uma prevalência de 21,2%, 8,4% e 4,1%, respetivamente. Apesar da proveniência dos enfermeiros ser de contextos ocupacionais diferentes, os valores de prevalência são semelhantes.

A discrepância que se verifica entre os valores de prevalência quando aplicado o critério 1 e quando aplicados os critérios 2 e 3 sugere, por um lado, que os atos negativos podem não ser percecionados pelos enfermeiros como sendo *bullying*. Por outro, pode haver dificuldade no reconhecimento de que se é vítima de *bullying*, pois pode ser considerado como uma fraqueza pessoal (Chipps et al., 2013).

Estudos internacionais apresentam, igualmente, prevalências de *bullying*. Etienne (2014) num estudo com 95 enfermeiros e usando o NAQ-R para a medição do *bullying*, no método da autorrotulagem, verificou uma prevalência de 16%. Chipps et al. (2013) num estudo com 167 profissionais de saúde (44,7% da amostra eram enfermeiros) e usando o NAQ-R para a avaliação do *bullying* verificaram uma prevalência de 5,6%, no método da autorrotulagem.

Num estudo longitudinal desenvolvido por Einarsen e Nielsen (2015) numa amostra de 2539 trabalhadores (usando um ponto de corte no NAQ-R, em que os respondentes com pontuação igual ou acima de 33 foram considerados como sendo alvo de *bullying*) verificaram uma prevalência de 12,5%. No método da autorrotulagem observaram uma prevalência de 4,6%.

Zapf et al. (2011) analisaram a prevalência encontrada em vários estudos internacionais com trabalhadores provenientes de diversos setores de atividade profissional, nos quais foram usados o método objetivo de avaliação do *bullying* (respondentes posicionaram-se em pelo menos uma conduta/ato negativo na frequência de pelo menos uma vez por semana nos últimos seis meses) e verificaram uma prevalência média de 11,9%. Com a

conjugação dos dois métodos, objetivo e autorrotulagem, verificaram uma prevalência média de 3,7%.

Conforme verificado nos diversos estudos anteriores, a ocorrência de *bullying* nos enfermeiros portugueses e de outros países bem como em trabalhadores de outros setores de atividade é uma realidade. Contudo, as prevalências encontradas variam entre estudos. As diferenças podem dever-se, por um lado, a escolhas metodológicas (avaliação objetiva e/ou subjetiva, os instrumentos de recolha de dados usados, o tempo a que se reporta a avaliação do *bullying*), bem como à influência de características culturais e socioeconómicas próprias das regiões onde foram efetuados os estudos (Einarsen et al., 2011).

Segundo Zapf et al. (2011) existe um risco elevado de alguém ser alvo de *bullying* nos setores da saúde e que pertencem ao setor público. Nas organizações públicas os contratos tendem a ser longos ou definitivos e os trabalhadores tendem a ter maior resistência em abandonar os seus empregos. Nestes contextos os conflitos interpessoais podem prolongar-se por vários anos, podendo escalar para o *bullying* (Zapf et al., 2011; Fontes e Carvalho, 2012). Algumas profissões (onde se inclui a profissão de enfermagem) exigem um envolvimento pessoal e emocional elevado, levando a que informações pessoais dos trabalhadores possam tornar-se conhecidas, elevando as probabilidades de alguém tornar-se um alvo de *bullying*. Adicionalmente, a subjectividade relacionada com a avaliação e apreciação dos enfermeiros pode originar oportunidades para hostilidade ou agressão (Zapf et al., 2011).

Dados indiretos revelam, identicamente, que na enfermagem o *bullying* é prevalente. Por exemplo, no estudo realizado por Fontes e Carvalho (2012) com 230 enfermeiros verificou-se que 64,82% já havia presenciado colegas vítimas de condutas de assédio moral no trabalho. Jurado, Pérez-Fuentes e Linares (2016) numa revisão de literatura de 18 estudos verificaram que a percentagem de enfermeiros que haviam presenciado condutas de *bullying* situava-se, em média, em 43%.

Em Portugal, no relatório da DGS (2015) sobre a notificação on-line de violência contra profissionais de saúde (as notificações de violência podem não constituir necessariamente *bullying*), por uma diferença considerável, o grupo profissional que notificou um maior número de episódios de violência foi os enfermeiros (324 notificações), seguido dos médicos (86 notificações).

No presente estudo foi possível determinar, não apenas a prevalência de *bullying*, mas também, a frequência dos atos negativos. Em função do critério 1 verificou-se que os itens

3 (Ser obrigado a desempenhar funções abaixo do nível das suas competências) e 4 (Retirarem ou substituírem responsabilidades chave da sua função por outras pouco importantes e/ou desagradáveis) foram os mais prevalentes. No seu conjunto estes itens, no presente estudo, compõem a subescala Subvalorização do trabalho. O item 21 (Ser exposto a uma quantidade de trabalho excessiva e impossível de realizar) *in exequo* com o item 4, pertence à subescala Qualidade/Sobrecarga de trabalho. Os itens com menor prevalência - 15 (Ser alvo de “partidas” por parte de pessoas com quem não se dá bem) e 22 (Ameaças de violência ou mesmo sofrer de abuso físico) pertencem à subescala Intimidação. Nos estudos de Borges (2012) e Sá (2008) verificam-se resultados semelhantes; os itens 3 e 21 foram os mais prevalentes. No estudo de Borges (2012) os itens com prevalência menor pertencem às subescalas Intimidação e Exclusão. No estudo de Sá (2008) os itens 15 e 22 foram pouco prevalentes.

Em relação à prevalência dos itens em função do critério 3 constatou-se que, no presente estudo, os itens 3, 4 e 21 mantiveram-se como os mais prevalentes. No estudo de Borges (2012) o item 3 foi o mais prevalente, no de Sá (2008) o segundo mais prevalente. O item 4 no estudo de Borges (2012) foi o terceiro mais prevalente e no de Sá (2008) o quinto mais prevalente. O item 21, tanto no estudo de Borges (2012) como no de Sá (2008), foi o segundo item mais prevalente (percentagem igual à do item 3).

No estudo de Etienne (2014) o item 3 foi o quarto mais prevalente, o item 4, o 12º mais prevalente e o item 21, o terceiro mais prevalente. Chipps et al. (2013) no seu estudo verificaram que o item 3 foi o terceiro mais prevalente, o item 4, o nono mais prevalente e o item 21, o 14º mais prevalente.

A comparação de prevalências por item revela semelhanças nos estudos em enfermeiros portugueses. Em estudos internacionais os itens 3, 4 e 21 apresentam prevalências elevadas.

No presente estudo os itens 3 e 4 constituem a subescala Subvalorização do trabalho, o item 21 pertence à subescala Qualidade/Sobrecarga de trabalho. Os atos negativos associados à Subvalorização do trabalho e à Qualidade/sobrecarga do trabalho constituem formas indiretas de agressão ou de agressão relacionada com os aspetos do trabalho que são mais subtis (Zapf et al., 2011), de carácter psicológico e de maior dificuldade na sua detecção (Carvalho, 2010), ao contrário de outros atos negativos mais evidentes ou físicos associados à Intimidação ou Exclusão. Sendo que a profissão de enfermagem é a maioritariamente composta por profissionais do sexo feminino (na Região Autónoma dos

Açores existem 1631 enfermeiras e 357 enfermeiros; OE, 2015) e 88,4% da amostra do presente estudo é do sexo feminino, parece lógico que os atos negativos percebidos fossem de natureza mais sutil e indireta. Ressalva-se, contudo, que o item 22 (ameaças de violência ou mesmo sofrer de abuso físico), quando aplicado o critério 1, apresentou prevalência, embora a menos elevada (0,6%). Nos estudos de Sá (2008), Chipps et al. (2013) e Etienne 2014 observaram-se resultados semelhantes.

Estes resultados sugerem, adicionalmente, que existem fatores profissionais e organizacionais que poderão ter potenciado a percepção de *bullying* por parte dos enfermeiros.

Por um lado, os enfermeiros têm reforçado a sua formação profissional por meio de cursos de pós-graduação, especialização [segundo a OE (2015) desde 2004 o número de enfermeiros especialistas tem vindo a aumentar progressivamente, sendo que no final de 2015 era de 14833 e em 2004 era de 6734 enfermeiros], entre outros, sendo que, após a finalização da formação pós-graduada, poderão não haver oportunidades profissionais que permitam uma transposição das competências adquiridas para os contextos de trabalho, potenciando, desta forma, a percepção de atos negativos relacionados com a Subvalorização do trabalho.

Por outro lado, as elevadas exigências de trabalho, tanto pela natureza do exercício da profissão de enfermagem, como pela sobrecarga de trabalho (e.g. dotações de enfermeiros inferiores às preconizadas nos contextos de trabalho) podem ter potenciado a percepção de atos negativos relacionados com a Qualidade/Sobrecarga de trabalho. Akyil et al. (2012) num estudo realizado com 180 enfermeiros verificaram que 55,2% da amostra reportou as más condições de trabalho como a mais importante causa de *bullying* no trabalho. Similarmente, Ekici (2014) numa amostra de 309 enfermeiros verificou que o *bullying* estava positivamente associado com a carga de trabalho. Nielsen et al. (2014) numa meta-análise verificaram que o *bullying* ocorre frequentemente no setor da saúde, especialmente entre os enfermeiros, devido à sobrecarga de trabalho.

A sobrecarga de trabalho e as exigências mais elevadas de trabalho, em adição ao controlo limitado sobre as condições de trabalho, podem conduzir a maiores níveis de pressão e stress (Giorgi, 2014) que potenciam comportamentos hostis e agressivos que podem escalar para o *bullying*. Maiores exigências de trabalho aumentam, em quatro vezes, a probabilidade de alguém ser alvo de *bullying*, quando em comparação com trabalhadores com exigências menores de trabalho (Salin, 2015), pois podem diminuir a energia e a

motivação dos trabalhadores, provocar insatisfação, despoletar a sensação de que é impossível alterar as condições de trabalho, fazendo destes potenciais alvos de agressores [Organização Mundial da Saúde (OMS), 2003; Salin, 2015]. A tensão e a frustração criadas em ambientes ocupacionais com elevadas exigências de trabalho podem ser projetadas nos colegas de trabalho (Hauge, Skogstad e Einarsen, 2009). Todavia, elevados recursos de trabalho (e.g. autonomia no trabalho, possibilidade de utilização das competências profissionais, ambiente em que não há subvalorização do trabalho) parecem prevenir a ocorrência de *bullying* ao longo do tempo (Baillien et al., 2011).

No presente estudo foi possível identificar a ocorrência de *bullying* numa instituição de Saúde da Região Autónoma dos Açores. João (2013) verificou resultados significativos, em que na Região Açoriana os enfermeiros percecionaram mais condutas de *mobbing* (*bullying* no trabalho) quando em comparação com as Regiões Norte, Centro e Sul do Continente Português. Contudo, segundo o relatório da DGS (2015), sobre a notificação on-line de violência (a notificação de violência pode não ser necessariamente *bullying*) contra profissionais de saúde, não se registaram notificações de violência da Região Autónoma dos Açores.

Coadjuvadamente, em estudos internacionais tem-se verificado que é frequente os enfermeiros que são alvo de *bullying* tolerarem a agressão, não apresentando queixa e guardando silêncio (Akyil et al., 2012; Jurado, Pérez-Fuentes e Linares, 2016).

Esses factos poderão sugerir que o *bullying*, apesar de ser um problema vivenciado nas organizações, pode ser tolerado pela ausência de políticas que protejam o trabalhador alvo de *bullying* e que desencorajem o agressor. Por outro lado, os enfermeiros poderão não estar despertos para o *bullying*, não o percecionando.

Seguidamente apresenta-se a discussão dos resultados da relação do *bullying* com as variáveis sociodemográficas.

## 6.2. Relação entre *Bullying* e Variáveis Sociodemográficas

Em função da variável *sexo* verificou-se que, tendencialmente, os enfermeiros ocuparam um nível superior, quanto à percepção de serem alvo de *bullying*, em relação às enfermeiras. Sá (2008) e Borges (2012) também não verificaram resultados significativos.

Salin (2015) concluiu que, para os homens, trabalhar numa profissão dominada pelo outro sexo constituiu um fator de risco para se tornarem alvo de *bullying*.

Em estudos com enfermeiros os homens surgem como o grupo que está mais exposto ao *bullying*. Carvalho (2010) e João (2013) verificaram que os enfermeiros vivenciam mais condutas de *bullying*. Jurado, Pérez-Fuentes e Linares (2016) na análise que efetuaram a vários estudos com enfermeiros verificaram que os homens estão em maior risco de se tornarem alvo de *bullying*.

Relativamente à variável *idade* verificou-se que os enfermeiros mais novos (idade igual ou inferior a 37 anos) apresentaram percepção mais elevada de atos negativos associados à Qualidade/Sobrecarga de trabalho e Subvalorização do trabalho.

Sá (2008) verificou resultados semelhantes, em que o *bullying* foi mais frequente nos enfermeiros mais novos (idade igual ou inferior a 39 anos). Por outro lado, Borges (2012) verificou que os enfermeiros com idade mais elevada (igual ou superior a 32 anos) apresentaram maior percepção de atos negativos associados à Exclusão.

Akyil et al. (2012) verificaram que os enfermeiros com idades compreendidas entre os 18-25 anos de idade apresentaram percepção de *bullying* mais elevada, em comparação com os de mais idade. Ekici (2014) constatou que a sobrecarga de trabalho cria um ambiente potenciador de *bullying*, causando comportamentos violentos especialmente dirigidos aos mais novos. Jurado, Pérez-Fuentes e Linares (2016) verificaram que, nos enfermeiros, a idade é um fator de risco para a exposição ao *bullying*; concluíram que os enfermeiros com menos de 30 anos e com menor experiência profissional foram os que apresentaram risco superior.

Além disso, enfermeiros mais novos talvez possuam menor maturidade pessoal e profissional e, portanto, menor capacidade para gerir relações interpessoais no trabalho. Adicionalmente, enfermeiros mais novos tendem a ser mais idealistas, têm menos confiança, menos capacidade de falarem por eles próprios, possuem menos informações sobre outros colegas de trabalho e sobre as práticas profissionais no serviço e, tendencialmente, lidam menos eficazmente com o *bullying*, tornando-se mais vulneráveis ao mesmo (Akyil et al., 2012).

Em relação à variável *habilitações literárias* verificou-se uma tendência para médias superiores, nas subescalas Exclusão e Subvalorização do trabalho, nos enfermeiros com pós-graduação. Sá (2008) também não encontrou resultados significativos. Carvalho (2010) verificou que os enfermeiros com exposição mais elevada ao *bullying* foram os especialistas, ou seja com formação pós-graduada. João (2013) concluiu que os enfermeiros com formação pós graduada (mestrado) perceberam mais condutas de *bullying*, quando em comparação com os enfermeiros com bacharelato ou licenciatura.

Quanto à variável *estado civil*, constatou-se uma tendência para médias superiores, no NAQ-R total e na subescala Subvalorização do trabalho, nos enfermeiros com parceiro. Sá (2008) também não encontrou resultados significativos. Por outro lado, Borges (2012) verificou que os enfermeiros sem parceiro apresentaram maior percepção de atos negativos associados à Exclusão. Carvalho (2010) observou que as vítimas de *bullying* na sua maioria são divorciados. João (2013) verificou que os enfermeiros casados vivenciaram menos condutas de *bullying*. Por outro lado, Akyil et al. (2012) verificaram que os enfermeiros casados apresentaram níveis de percepção de *bullying* mais elevados.

Relativamente à variável *ter filhos* constatou-se, nas subescalas Qualidade/Sobrecarga de trabalho e Subvalorização do trabalho, uma tendência para médias superiores nos enfermeiros sem filhos. Borges (2012) em relação à variável ter filhos também não obteve resultados significativos. Contudo, Ariza-Montes et al. (2013) verificaram que os profissionais de saúde (21,5% da amostra eram enfermeiros) com crianças pequenas em casa são mais frequentemente alvo de *bullying*.

Constatou-se que, embora sem resultados estatisticamente significativos, os enfermeiros com parceiro (variável *estado civil*), sem filhos (variável *ter filhos*) e pós-graduados (variável *habilitações literárias*) apresentaram médias mais elevadas de percepção de *bullying* na subescala Subvalorização de trabalho. Dias (2012) refere que enfermeiros com suporte

familiar e que não assumem de uma forma direta responsabilidades familiares poderão estar mais disponíveis para o trabalho e para o investimento profissional.

Todavia, podem existir fatores organizacionais bloqueadores do crescimento pessoal ou profissional. O modelo *job demands and resources* (Bakker, Demerouti, 2008; Crawford, LePine e Rich 2010; Bakker, Demerouti e Sanz-Vergel, 2014) explica que um confronto entre as exigências de trabalho (e.g. sobrecarga de trabalho) e baixos recursos de trabalho (e.g. a não utilização em pleno das competências nas suas atividades de trabalho, ou autonomia limitada nos processos de decisão) pode bloquear o crescimento pessoal e profissional, despoletando emoções negativas como inquietações, frustração ou inconformismo. Emoções negativas poderão tornar os indivíduos mais sensíveis a estímulos externos e à perceção de atos negativos no local de trabalho (Fornés, 2005). Na amostra do presente estudo os atos negativos percecionados, e em função das variáveis *estado civil, ter filhos e habilitações literárias*, foram especialmente associados à Subvalorização do trabalho.

Em conformidade com a análise anterior podem-se referir os resultados em função da variável *dependentes a seu cargo* que não foram significativos, contudo, em função da variável *ajuda para cuidar de pessoa dependente* verificaram-se resultados significativos na subescala Subvalorização do trabalho, em que a média foi superior nos enfermeiros com ajuda para cuidar de pessoas dependentes, sugerindo que os enfermeiros com maior suporte familiar/social percecionaram de forma mais elevada atos negativos associados à Subvalorização do trabalho.

Quanto à variável *contribui exclusivamente com o seu salário*, verificou-se uma tendência para médias superiores, no NAQ-R total e subescalas, nos enfermeiros que contribuía exclusivamente com o seu salário no agregado familiar.

As preocupações financeiras podem constituir um fator gerador de stress fora do ambiente de trabalho, mas que poderão acarretar um impacto negativo no local de trabalho (EU-OSHA, 2014). A incapacidade de gerir o stress fora ou no local de trabalho pode potenciar situações de conflitos interpessoais no local de trabalho que poderão escalar para o *bullying*. Domínguez, Gil-Monte e Devis (2011) verificaram que os conflitos interpessoais estão positivamente correlacionados com a ocorrência de *bullying*.

Quanto à variável *atividades de lazer*, constatou-se uma tendência, no NAQ-R total e nas subescalas Exclusão e Subvalorização do trabalho, para médias superiores nos enfermeiros que praticavam atividades de lazer.

O estilo ou a qualidade de vida em geral, onde se incluem as atividades de lazer fora do ambiente de trabalho, podem ter um efeito protetor na redução da ansiedade ou do stress que, tendencialmente, poderão melhorar o desempenho, a produtividade, o ambiente geral e as relações interpessoais no local de trabalho (EU-OSHA, 2014). Um ambiente organizacional positivo tenderá a reduzir a presença de *bullying* no local de trabalho, um negativo, tenderá a ter o efeito oposto (Carvalho, 2010).

No subcapítulo seguinte é efetuada a discussão dos resultados da relação do *bullying* com variáveis profissionais.

### **6.3. Relação entre *Bullying* e Variáveis Profissionais**

Os resultados do NAQ-R total e subescalas em função das variáveis *experiência profissional e anos de antiguidade no serviço* revelaram tendência para médias superiores nos enfermeiros com menos anos de experiência profissional (13 anos, ou menos), associado à Qualidade/Sobrecarga de trabalho e Subvalorização do trabalho e nos enfermeiros com menos anos de antiguidade no serviço (8 anos, ou menos), associado à Intimidação, Qualidade/Sobrecarga de trabalho e Subvalorização do trabalho.

Akyil et al. (2012) verificaram resultados semelhantes em que os enfermeiros, que trabalhavam no mesmo local de trabalho nos últimos 10 anos, apresentaram níveis mais elevados de perceção de *bullying*. Zhao et al. (2015) numa amostra de profissionais de saúde (25,8% eram enfermeiros) verificou que foi mais frequente a violência psicológica nos profissionais de saúde entre os 11 e 15 anos de experiência profissional.

Noutros estudos observam-se resultados diferentes. Borges (2012) verificou uma correlação positiva entre o tempo de serviço na profissão e instituição e a perceção de atos negativos associados à Exclusão. Carvalho (2010) verificou que os enfermeiros expostos ao *bullying* tinham entre 15 e 25 anos de serviço.

Sendo que enfermeiros com menos anos de experiência tendencialmente são também mais novos, estes podem demonstrar características individuais/psicológicas como menor resiliência para lidarem com ambientes negativos, expondo-os mais facilmente ao *bullying* (Laschinger e Nosko, 2015). Além disso, enfermeiros com menos anos no serviço atual

poderão conhecer menos os colegas, as práticas do serviço, tornando-os mais facilmente expostos ao *bullying* (Akyil et al., 2012). Ainda, alguém que tem menos anos de experiência, ou que está há menos tempo no serviço, poderá ocupar uma posição na organização com a qual não está satisfeito, despoletando insatisfação no trabalho (Jenaro et al., 2011).

Em função da variável *turno de trabalho* constataram-se médias superiores, no NAQ-R e subescalas, nos enfermeiros que trabalhavam em horário rotativo de trabalho.

Corroborando esses resultados, Camerino et al. (2010) num estudo com 664 enfermeiros, e comparando especificamente várias modalidades de turnos de trabalho, verificaram que os enfermeiros que trabalhavam por turnos apresentaram níveis mais elevados de percepção de *bullying* no trabalho. Akyil et al. (2012) verificaram que, embora não estatisticamente significativo, os enfermeiros que trabalhavam por turnos apresentaram níveis de percepção de *bullying* mais elevados. Jurado, Pérez-Fuentes e Linares (2016) verificaram que os enfermeiros que trabalham por turnos, e em particular incluindo o turno da noite, apresentaram risco mais elevado de exposição ao *bullying*.

Em estudos com profissionais de saúde, que incluíram enfermeiros, obtiveram-se, igualmente, resultados semelhantes. Ariza-Montes et al. (2013) verificaram que a frequência de *bullying* é superior nos que trabalham por turnos ou em atividades monótonas e rotativas. Zhao et al. (2015) observaram que quem trabalhava por turnos estava mais exposto a violência física e psicológica.

Por outro lado, Carvalho (2010) e João (2013) verificaram maior frequência de *bullying* nos enfermeiros em horário de trabalho fixo, em relação aos que trabalhavam em horário de trabalho rotativo.

Embora existam resultados diversos, maior frequência de *bullying* em enfermeiros que trabalham em horário rotativo pode ser justificado, por uma lado, pelas atividades mecânicas, monótonas e não pertinentes que podem estar associadas a este tipo de horário e, por outro, pela maior imprevisibilidade de horário de trabalho, maior exigência emocional e menores oportunidades para comunicação e construção de relações interpessoais positivas no trabalho (Camerino et al., 2010). Estas circunstâncias podem ser geradoras de stress no local de trabalho e poderão, por isso, potenciar a ocorrência de *bullying* (Jurado, Pérez-Fuentes e Linares, 2016).

Em função da variável *trabalho stressante* verificaram-se médias superiores, no NAQ-R total e subescalas Exclusão e Qualidade/Sobrecarga de trabalho, nos enfermeiros que

consideraram o seu trabalho stressante. Corroborando estes resultados, Borges (2012) constatou uma associação positiva entre a frequência de *bullying* com as respostas de stress. Sá (2008) no seu estudo concluiu que a presença de *bullying* estava associada com a insatisfação com o trabalho e com a intenção de mudança de emprego, situações geradores de stress. Araújo (2009) verificou que o clima organizacional parece ser de facto um preditor importante quanto à ocorrência de *bullying* no trabalho.

Em estudos internacionais com profissionais de saúde, que incluíram enfermeiros (Balducci, Cecchin e Fraccaroli, 2012; Ariza-Montes et al., 2013; Magnavita, 2014; Zhao et al., 2015) e com trabalhadores de diversos setores de atividade (Drabek e Merecz, 2013; Einarsen e Nielsen, 2015) verificou-se que existe uma relação positiva entre a presença de stress no local de trabalho e a ocorrência de *bullying*. O conflito (que pode estar relacionado com a sobrecarga de trabalho) e a ambiguidade de papéis são apontados como principais fatores geradores de stress, positivamente relacionados com a ocorrência de *bullying* (Domínguez, Gil-Monte e Devis, 2011; Balducci, Cecchin e Fraccaroli, 2012; Einarsen et al., 2016).

Ambientes geradores de stress podem provocar estados mentais e comportamentos instáveis nos trabalhadores (pioorando as relações interpessoais no trabalho e potenciando a exclusão) expondo-os ao *bullying* e podem despoletar, em potenciais agressores, comportamentos agressivos (Drabek e Merecz, 2013). Conclui-se que o stress no trabalho pode constituir um fator de risco para a ocorrência de *bullying* (OIT, 2016).

Nos subcapítulos seguintes discutem-se os resultados referentes ao *engagement* dos enfermeiros.

#### **6.4. Engagement dos Enfermeiros**

O nível médio de *engagement* dos enfermeiros foi elevado ( $\underline{M}=4,3$ ;  $\underline{DP}=1,2$ ). Os níveis médios de todas as subescalas do *engagement* foram, igualmente, elevados. A média da subescala Dedicção foi a superior ( $\underline{M}=4,4$ ;  $\underline{DP}=1,3$ ), logo de seguida, com médias semelhantes, o Vigor ( $\underline{M}=4,3$ ;  $\underline{DP}=1,4$ ) e a Absorção ( $\underline{M}=4,3$ ;  $\underline{DP}=1,3$ ).

Em vários estudos com enfermeiros portugueses, que usaram o mesmo instrumento de recolha de dados, observaram-se resultados semelhantes. Correia (2012) num estudo

efetuado com 80 enfermeiros dos cuidados de saúde primários verificou um valor médio de *engagement* de 4,6. A Dedicção foi a subescala com o valor médio mais elevado (5,8), seguida do Vigor (5,6) e da Absorção (5,4).

Dias (2012) verificou, num estudo com 1150 enfermeiros portugueses, que a Dedicção apresentou a maior média ( $\underline{M}=4,3$ ;  $\underline{DP}=1,1$ ), logo de seguida do Vigor ( $\underline{M}=3,9$ ;  $\underline{DP}=1,0$ ) e da Absorção ( $\underline{M}=3,6$ ;  $\underline{DP}=1,1$ ). Marques Pinto et al. (2015) num estudo com 2235 enfermeiros de hospitais portugueses verificaram um valor médio de *engagement* dos enfermeiros de 3,9; nas Regiões Autónomas a maior percentagem dos enfermeiros (50,3%) apresentaram um nível de *engagement* superior a 4, valor semelhante ao encontrado na amostra do presente estudo.

Silva et al. (2015) verificaram, numa amostra de 258 profissionais de saúde portugueses (73% eram enfermeiros), a média mais elevada na Dedicção ( $\underline{M}=5,0$ ;  $\underline{DP}=1,0$ ), seguida do Vigor ( $\underline{M}=4,8$ ;  $\underline{DP}=0,8$ ) e da Absorção ( $\underline{M}=4,5$ ;  $\underline{DP}=0,9$ ).

Em estudos internacionais com enfermeiros observaram-se, igualmente, resultados semelhantes. Jenaro et al. (2011) constataram, num estudo com 412 enfermeiros, a média mais elevada no Vigor ( $\underline{M}=3,8$ ;  $\underline{DP}=1,4$ ), logo de seguida da Dedicção ( $\underline{M}=3,89$ ;  $\underline{DP}=1,42$ ) e Absorção ( $\underline{M}=3,48$ ;  $\underline{DP}=1,37$ ). Wang e Liu (2015) aferiram, num estudo com 300 enfermeiros, que os enfermeiros tinham um nível médio de *engagement* ligeiramente acima de 4. O nível de Dedicção foi o mais elevado ( $\underline{M}=4,3$ ;  $\underline{DP}=1,27$ ), logo de seguida do Vigor e da Absorção ( $\underline{M}=4,1$ ;  $\underline{DP}=1,3$ ).

Conforme observado nos estudos anteriores, tanto no contexto dos cuidados de saúde primários como no dos cuidados diferenciados, em Portugal e noutros países, os enfermeiros apresentam bons níveis de *engagement*, sendo que a Dedicção é a subescala que surge tendencialmente com níveis mais elevados.

A profissão de enfermagem é composta por profissionais com o compromisso do servir e cuidar das pessoas, com um intenso sentido de idealismo, esperança e dedicação. A complexidade do desempenho da sua actividade profissional, que implica cuidar dos, ou com os outros, mantém-nos dedicados e altamente comprometidos com o seu desiderato social que assumem com as pessoas, assim que se tornam enfermeiros (Dias, 2012).

No subcapítulo seguinte apresenta-se a discussão dos resultados referentes à relação entre o *engagement* e variáveis sociodemográficas.

## 6.5. Relação entre *Engagement* e Variáveis Sociodemográficas

Os resultados em função da variável *sexo* revelaram que as enfermeiras posicionaram-se numa posição superior, quanto aos níveis de *engagement*, comparativamente aos enfermeiros.

Estes dados corroboram os encontrados por Dias (2012) em que as enfermeiras apresentaram níveis de Vigor, Dedicção e Absorção mais elevados (embora só estatisticamente significativos na Dedicção e Absorção) e os de Marques Pinto et al. (2015) em que verificaram que as enfermeiras apresentaram um envolvimento com o trabalho mais elevado.

Historicamente, culturalmente e socialmente a enfermagem está associada à mulher e ao seu papel de cuidar dos outros (Coliérre, 1999). Embora, de forma geral, os enfermeiros também apresentem elevados níveis de *engagement*, os resultados do presente estudo e dos estudos comparados, que revelam tendências semelhantes, poderão sugerir que as enfermeiras apresentam maior realização ou satisfação no seu trabalho, fruto da natureza e identidade da profissão (Marques Pinto et al., 2015). A satisfação (Tim, Baker e Derks, 2013), a qualidade de vida (Jenaro et al., 2011) e o bem-estar no trabalho (Brunetto et al., 2013) são antecedentes positivamente relacionados com o *engagement*.

Em relação à variável *idade* verificou-se tendência para correlação positiva com o *engagement* e para médias superiores, no Engagement total e subescalas, nos enfermeiros com idade mais elevada (38, ou mais anos).

Correia (2102) verificou uma correlação positiva entre a idade e a Absorção. Dias (2012) observou que os enfermeiros mais velhos (idade superior a 50 anos) apresentaram maior absorção no trabalho, em comparação com os mais novos; embora não estatisticamente significativo verificou a mesma tendência no Vigor e Dedicção. Marques Pinto et al. (2015) verificaram que os enfermeiros nos extremos de idade (idade inferior a 26 anos e superior a 50 anos) foram os que apresentaram níveis de *engagement* mais elevados.

Enfermeiros com idade mais elevada tendem a adaptar-se às suas circunstâncias laborais e, portanto, a manifestarem satisfação no trabalho mais elevada (Patel et al., 2008). Einarsen et. al. (2016) verificaram que o *engagement* estava positivamente relacionado com a idade.

Em função da variável *habilitações literárias* verificou-se uma tendência para médias superiores, no *Engagement* total e subescalas, nos enfermeiros com pós-graduação. Correia (2012) verificou, igualmente, que os enfermeiros com habitação literária superior à licenciatura (mestrado) apresentaram, tendencialmente, médias mais elevadas de *Engagement* total, Vigor, Dedicção e Absorção.

Dias (2012), referindo-se à categoria dos enfermeiros e não especificamente às habilitações literárias, constatou resultados significativos em que os enfermeiros chefes e logo em seguida os especialistas foram os que apresentaram médias superiores de Absorção. Embora não estatisticamente significativo verificou a mesma tendência no Vigor e Dedicção.

No presente estudo, os enfermeiros com formação pós-graduada (variável *habilitações literárias*), com *idade* mais elevada (resultados estatisticamente não significativos) e mais anos de *experiência profissional* (resultados estatisticamente significativos) apresentaram níveis mais elevados de *engagement*. Estes enfermeiros podem percecionar um maior impacto sobre as suas condições de trabalho, maior satisfação com a posição de trabalho que ocupam (fator estimulador do *engagement*, Jenaro et al., 2011) e maiores níveis de autonomia no seu trabalho. Todos estes recursos de trabalho podem ser impulsionadores dos níveis de *engagement* (Bakker e Demerouti, 2008; Bakker, Demerouti e Sanz-Vergel, 2014).

Quanto à variável *estado civil*, verificou-se que os enfermeiros com parceiro apresentaram níveis de Dedicção mais elevados. Correia (2012) verificou resultados semelhantes em que os enfermeiros com parceiro apresentaram níveis mais elevados de *Engagement* total, Vigor, Dedicção e Absorção.

Todavia, Dias (2012) verificou resultados diferentes em que os enfermeiros divorciados, separados ou viúvos apresentaram níveis mais elevados de Dedicção, quando em comparação com os solteiros e os casados/união de facto; constatou a mesma tendência quanto ao Vigor e Absorção.

Quanto à variável *ter filhos* constataram-se médias mais elevadas, no *Engagement* total e subescalas, nos enfermeiros com filhos. Dias (2012) obteve resultados semelhantes.

Os resultados em função das variáveis *estado civil* e *ter filhos* podem ser analisados à base da interação família-trabalho. Pereira et al. (2014) verificaram, num estudo realizado com 307 enfermeiros portugueses, que a interação família-trabalho positiva estava positivamente relacionada com a realização profissional. Para os enfermeiros do presente estudo, ter parceiro e filhos pode constituir uma fonte de suporte e apoio, estimulando o bem-estar, a realização profissional e o compromisso com o seu trabalho. A realização profissional e o compromisso com o trabalho estão positivamente relacionados com o *engagement* (Brunetto et al., 2013).

Num estudo realizado com 80 enfermeiros, em que foi analisado especificamente o impacto do suporte do parceiro na satisfação do trabalho, verificou-se uma relação positiva entre o suporte do parceiro e a satisfação no trabalho (Patel et al., 2008).

Quanto à variável *dependentes a cargo*, não se verificam resultados estatisticamente significativos. Porém, quanto à variável *ajuda para cuidar de pessoa dependente*, verificaram-se médias mais elevadas, no *Engagement* total e Absorção, nos enfermeiros sem ajuda para cuidar de pessoa dependente.

Em função da variável *contribui exclusivamente com o seu salário*, à exceção da subescala Absorção, tendencialmente, as médias foram superiores em quem não contribuía exclusivamente com o seu salário. E, quanto às *atividades de lazer*, verificou-se que, tendencialmente, as médias foram superiores, no *Engagement* total e subescalas, nos enfermeiros que não praticavam atividades de lazer.

Os enfermeiros são profissionais com elevado senso de dedicação. Cuidar dos outros ou com os outros e, portanto, promover a vida, é fundamento da profissão de enfermagem e é parte intrínseca da identidade e compromisso profissional (Collière, 1999). Os enfermeiros da amostra do presente estudo sentem-se entusiasmados, inspirados e orgulhosos com o seu trabalho. São, por isso, enfermeiros que identificaram o significado e atribuíram valor ao propósito da sua profissão, aumentando assim os seus níveis de *engagement* (Wang e Liu, 2015). Além disso, a própria exigência da profissão de enfermagem que é elevada, na presença de recursos de trabalho satisfatórios, pode potenciar a dedicação dos enfermeiros no trabalho (Bakker e Demerouti, 2014).

Por isso, mesmo em face de desafios como não possuir *ajuda para cuidar de pessoa dependente*, ou o de *contribuírem exclusivamente com o seu salário* no núcleo familiar, ou de se verificarem situações potencialmente não protetoras de stress no local de trabalho (não praticar *atividades de lazer*), os enfermeiros, que atribuem significado e valor à sua

profissão, fazendo face às elevadas exigências que isso implica, mantêm-se com bons níveis de *engagement* no seu trabalho (Dias, 2012).

Seguidamente apresentam-se os resultados referentes à relação entre o *Engagement* e variáveis profissionais.

## 6.6. Relação entre *Engagement* e Variáveis Profissionais

Constatou-se que as correlações entre o *Engagement* total, subescalas e os *anos de experiência profissional* foram positivas. Os enfermeiros com 14 ou mais anos de experiência profissional apresentaram níveis mais elevados de *Engagement* total e Absorção. Os resultados em função da variável *antiguidade no serviço* não foram significativos.

Outros estudos revelam resultados semelhantes. Correia (2012) verificou uma correlação positiva entre o tempo de serviço na instituição e a absorção, sendo que quanto maior o tempo de serviço na instituição, maiores os níveis de absorção. Dias (2012) verificou que os enfermeiros com mais de 20 anos de profissão possuíam maior Vigor e Absorção. Verificou tendência semelhante na Dedicção, embora não estatisticamente significativo. Marques Pinto et al. (2015) verificaram que os enfermeiros com experiência profissional superior a 24 anos apresentaram níveis de *engagement* mais elevados.

Uma vez que os enfermeiros no presente estudo que apresentaram níveis de *engagement* mais elevados foram os com idade igual ou superior a 38 anos (embora estatisticamente não significativo), fatores individuais associados à idade poderão concorrer como influentes nos resultados na variável *anos de experiência profissional*. Coburn e Hall (2014) verificaram, num estudo com 223 enfermeiros, que os enfermeiros da geração dos "*Baby Boomers*" (1944-1969), enfermeiros com idade mais elevada e mais anos de experiência profissional, apresentaram níveis de *empowerment* psicológico (construto motivacional manifestado por quatro cognições: *significado* que atribuem à profissão, percepção de *competência* na realização do seu trabalho, percepção de *impacto* nas condições de trabalho, e *auto-determinação* ou autonomia) mais elevados, demonstraram níveis mais elevados de satisfação no trabalho, sugerindo que a satisfação dos enfermeiros provém da confiança e habilidade percebida em ter impacto nas condições do ambiente de trabalho.

Laschinger e Nosko (2015) constataram, identicamente, num estudo realizado com 1140 enfermeiros, que os enfermeiros mais experientes reportaram maior senso de auto-eficácia e resiliência, em comparação com os enfermeiros menos experientes, demonstrando maior confiança nas suas habilidades enquanto enfermeiros e maior habilidade em lidar ou gerir potenciais agentes causadores de stress no trabalho. Uma maior satisfação com o trabalho traduz-se em níveis mais elevados de *engagement* (Orgambídez-Ramos, Borrego-Alés e Mendoza-Sierra, 2014).

Em função da variável *turno de trabalho* as médias foram mais elevadas, no *Engagement* total e subescalas, nos enfermeiros que trabalhavam em horário fixo.

Camerino et al. (2010) verificaram que os enfermeiros que trabalhavam por turnos (especialmente quando é incluído o turno da noite) apresentaram níveis inferiores de satisfação no trabalho.

Trabalhar por turnos pode estar relacionado com o conflito trabalho-família, maior exigência emocional e menor suporte social dos colegas e supervisores (Camerino et al. 2010). Estes fatores podem potenciar o stress que está negativamente associado ao *engagement* (Einarsen et al., 2016).

Em função da variável *trabalho stressante* as médias foram mais elevadas, no *Engagement* total e subescalas, nos enfermeiros que não consideraram o seu trabalho stressante.

Jenaro et al. (2011) verificaram que a dedicação e o vigor na enfermagem foram preditos por níveis reduzidos de stress relacionado com o trabalho.

Orgambídez-Ramos, Borrego-Alés e Mendoza-Sierra (2014) verificaram, num estudo com 435 trabalhadores, uma relação negativa entre o stress e o *engagement* e entre o conflito e ambiguidade de papéis e a satisfação no trabalho; e positiva entre o *engagement* e a satisfação no trabalho. O conflito e a ambiguidade de papéis no trabalho induziram o processo de stress, ansiedade, tensão e exaustão. Einarsen et. al. (2016) também verificaram, num estudo com 312 trabalhadores, que fatores geradores de stress (conflito e ambiguidade de papéis) estavam negativamente associados ao *engagement*.

Seguidamente efetua-se a discussão da relação entre o *bullying* e o *engagement*.

## 6.7. Relação entre *Bullying* e *Engagement*

No presente estudo verificou-se que a presença de *bullying* no local de trabalho estava negativamente relacionada com os níveis de *engagement* dos enfermeiros.

Todas as correlações entre o NAQ-R e a UWES (totais e subescalas) foram negativas e estatisticamente significativas, ou seja, quanto mais elevada foi a percepção de *bullying*, menos elevados foram os níveis de *engagement* dos enfermeiros. A correlação mais elevada entre o *bullying* e as subescalas do *engagement* verificou-se na Dedicção, seguida do Vigor e Absorção.

Comparando as subescalas de ambas as variáveis, constatou-se que a correlação negativa mais forte foi entre a Subvalorização do trabalho e a Dedicção dos enfermeiros. Verificou-se ainda, que a subescala Qualidade/Sobrecarga de trabalho do NAQ-R foi a que melhor explicou a variância da UWES total (9,7%); e a subescala Dedicção foi a que melhor explicou a variância no NAQ-R total (10,2%).

Recorrendo-se ao modelo *job demands and resources* (figura 4) (e.g. Bakker e Demerouti 2008; Bakker e Demerouti, 2014) que organiza, explica e prediz o *engagement* no local de trabalho, pode-se compreender a relação negativa entre o *bullying* e o *engagement*. Este modelo é baseado em dois pressupostos: o primeiro consiste no facto de que os recursos de trabalho fomentam um processo motivacional nos trabalhadores que conduz ao *engagement* e a melhores resultados relacionados com o trabalho; o segundo é que os recursos de trabalho tornam-se mais evidentes quando em confronto com elevadas exigências de trabalho.

Relativamente às exigências de trabalho, Crawford, LePine e Rich (2010) fizeram uma extensão ao modelo, por distinguirem entre as *challenge demands* (estimulam, ou são desafiantes para o trabalhador) e as *hindrance demands* (bloqueiam o progresso do trabalhador). O *bullying* inclui-se no tipo de exigência de trabalho bloqueadora (Einarsen et al., 2016).

O modelo teórico para o estudo e gestão do *bullying* no local de trabalho (figura 1) desenvolvido por Einarsen et al. (2011) prevê que muitos dos fatores (organizacionais e

individuais da vítima) que explicam a ocorrência de *bullying* no local de trabalho, coexistem como fatores explicativos da redução dos níveis de *engagement* dos trabalhadores.

Desta forma, os resultados obtidos no presente estudo corroboram os modelos apresentados anteriormente. Estudos, por via direta ou indireta, revelam o efeito negativo do *bullying* no *engagement* dos enfermeiros. Ekici (2014) verificou, no seu estudo com 309 enfermeiros, o impacto negativo do *bullying* na motivação, níveis de energia, na *performance*, na colaboração com os colegas e supervisores, no compromisso para com o trabalho e na relação com os utentes.

Giorgi et al. (2014) constataram, num estudo com 658 enfermeiros, que um clima organizacional pobre, o *bullying* e o *burnout* são preditores de menor saúde psicológica; uma menor saúde psicológica pode ter um impacto negativo no *engagement*.

Enfermeiros expostos ao *bullying* apresentam reacções fisiológicas, emocionais e sociais. Apresentam degradação do estado mental ou problemas psicológicos, níveis elevados de stress, depressão, sintomas de stress pós-traumático e contínua sensação de esgotamento que deriva do síndrome de *burnout*. Além disso, o *bullying* afeta o desempenho e produtividade laborais, reduz a capacidade de concentração, a motivação e a satisfação laboral (Jurado, Pérez-Fuentes e Linares, 2016).

Setti et al. (2011) verificaram, num estudo com 206 enfermeiros e médicos (75,7% da amostra composta por enfermeiros), que as variáveis organizacionais têm um efeito significativo no *engagement* dos profissionais de saúde. Maior sobrecarga, menor autonomia e a não valorização do trabalho por parte de colegas ou supervisores (verificou-se no presente estudo que os atos negativos mais prevalentes estavam associados à Subvalorização do trabalho e à Qualidade/Sobrecarga de trabalho) têm um efeito negativo no *engagement* dos profissionais de saúde e, mais especificamente, dos enfermeiros.

Nielsen e Einarsen (2012) analisaram também, na meta-análise que efetuaram numa amostra composta por 77721 trabalhadores de vários setores de atividade, as consequências do *bullying*. Os seus resultados foram semelhantes aos observados por Jurado, Pérez-Fuentes e Linares (2016) que analisaram estudos com enfermeiros. Mais recentemente os mesmos autores verificaram uma relação negativa entre o *bullying* e o *engagement* (Einarsen et al., 2016).

Conclui-se, assim, que a redução do impacto do *bullying* pode traduzir-se no aumento dos níveis de *engagement*. Seguidamente apresenta-se a conclusão.

## 7. CONCLUSÃO

As variáveis estudadas - *bullying* e *engagement* - revestem-se de extrema importância na atualidade. O *bullying* acarreta custos fisiológicos, emocionais e sociais para os enfermeiros que são vítimas deste (Jurado, Pérez-Fuentes e Linares, 2016). Também traduz-se em consequências negativas para as organizações como o absentismo, a mudança de emprego, a limitação na motivação e *performance* e o impacto negativo que tem nos observadores (EU-OSHA, 2010). Por outro lado, o *engagement* dos enfermeiros pode resultar em níveis mais elevados de iniciativa pessoal e motivação, rentabilidade para as organizações (Bargagliotti, 2012), bem-estar no trabalho e compromisso com a organização (Brunetto et al., 2013). Assim, a redução do impacto do *bullying* pode traduzir-se no aumento dos níveis de *engagement* (Einarsen et al., 2016).

Os resultados obtidos neste estudo permitiram responder à questão de investigação enunciada. Os objetivos traçados foram, igualmente, cumpridos, tendo sido possível identificar a presença de *bullying* e os níveis de *engagement*, analisar a variação de ambos em função de variáveis sociodemográficas e profissionais e analisar a relação entre o *bullying* e o *engagement*.

Desta forma, o presente estudo revelou:

- A presença de *bullying* nos enfermeiros;
- A existência de resultados significativos em função das variáveis sociodemográficas e profissionais - o *bullying* foi mais frequente em enfermeiros mais novos, associado à Subvalorização do trabalho e Qualidade/Sobrecarga de trabalho, em enfermeiros com ajuda para cuidar de pessoa dependente, associado à Subvalorização do trabalho, nos enfermeiros com horário rotativo e nos enfermeiros com perceção de stress no trabalho, associado ao NAQ-R total, Exclusão e Qualidade/Sobrecarga de trabalho;

- A presença de bons níveis de *engagement* dos enfermeiros;
- A existência de resultados significativos em função de variáveis sociodemográficas e profissionais - verificaram-se níveis mais elevados de *engagement* nos enfermeiros do sexo feminino, associado ao *Engagement* total e subescalas, com parceiro, associado à Dedicção, com filhos, associado ao *Engagement* total e subescalas, sem ajuda para *cuidar de pessoa dependente* e com mais anos de experiência profissional, associado ao *Engagement* total e Absorção, em horário fixo e sem percepção de stress, associado ao *Engagement* total e subescalas;
- Uma relação negativa entre o *bullying* e o *engagement*.

Apesar dos objetivos do estudo terem sido concretizados, podem-se referir algumas limitações, nomeadamente:

- O facto de ser um estudo transversal - apesar de permitir perceber o *status* das variáveis em estudo, não permite perceber as causas e consequências destas variáveis ao longo do tempo (conhecimento obtido em estudos de carácter longitudinal);
- O facto de ter sido realizado com uma amostra de conveniência - não permite a extrapolação dos resultados.

Os resultados obtidos podem traduzir-se em implicações para as organizações e enfermeiros. Assim, considerando os resultados, sugere-se:

- A formação da gestão estratégica e operacional de enfermagem sobre prevenção e gestão do *bullying* e promoção do *engagement*;
- A realização do diagnóstico dos antecedentes organizacionais do *bullying* e de outros riscos psicossociais no trabalho, como o stress no trabalho, bem como do *engagement*;
- A elaboração de programas de saúde laboral que previnam a ocorrência de *bullying*, e outros riscos psicossociais, e que promovam o *engagement*;
- A dotação dos enfermeiros vítimas de *bullying* e de potenciais agressores de meios que promovam a resolução do *bullying*;
- A divulgação deste estudo em eventos e revistas científicos.

Como futuras investigações sugere-se:

- Conhecer as variáveis em estudo em amostras de enfermeiros mais numerosas e no contexto dos cuidados de saúde primários (a grande maioria dos estudos

desenvolvidos sobre o *bullying* e *engagement* nos enfermeiros são realizados no contexto hospitalar);

- Associar as variáveis em estudo à cultura organizacional, estilos de liderança, satisfação no trabalho, qualidade de vida no trabalho, relação trabalho-família e família/trabalho e o *burnout*;
- Realizar estudos de natureza longitudinal que permitam conhecer as causas e consequências das variáveis em estudo nos enfermeiros de cuidados de saúde primários.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGÊNCIA EUROPEIA PARA A SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO (EU-OSHA) - *Workplace violence and harassment: A European picture* [em linha]. Luxembourg: EU-OSHA, 2010 [Consult. 2016-06-04]. Disponível em WWW: <URL:<https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/reports/violence-harassment-TERO09010ENC/view>>.
- AGÊNCIA EUROPEIA PARA A SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO (EU-OSHA) - *Guia eletrônico para a gestão de riscos psicossociais e de stress* [em linha]. [S.l.]: EU-OSHA, 2014 [Consult. 2016-06-04]. Disponível em WWW: <URL:<https://osha.europa.eu/pt/tools-and-publications/e-guide-managing-stress-and-psycho-social-risks>>.
- AKYIL, R. Çevik [et al.] - Levels of mobbing perception among nurses in Eastern Turkey. *International Nursing Review* [Em linha]. 59:3 (2012) 402-408. [consult. 2016-06-16]. Disponível em WWW: <URL:<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=6252eb08-8f90-45a7-831f-0d1f6f3d8fee%40sessionmgr4005&hid=4212>>.
- ARAÚJO, Manuel Salvador Gomes - *Preditores individuais e organizacionais de bullying no Local de Trabalho*. Minho: Universidade do Minho, Escola de Psicologia, 2009. 375 p. Tese de Doutoramento.
- ARAÚJO, Manuel Salvador; MCINTYRE, Teresa; MCINTYRE, Scott - Portuguese adaptation of the Negative Acts Questionnaire: final results. In: *6th Conference of the European Academy of Occupational Health Psychology*, Porto, 2004.
- ARIZA-MONTES, Antonio [et al.] - Workplace bullying among healthcare workers. *International Journal Of Environmental Research And Public Health* [Em linha]. 10:8 (2013) 3121-3139. [Consult. 2016-06-26]. Disponível em WWW: <URL:<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=fa16bd57-ae62-4efa-ad58-dc6ae3b99534%40sessionmgr103&hid=125>>.
- BAILLIEN, Elfi [et al.] - Do demands and resources affect target's and perpetrators' reports of workplace bullying? A two-wave cross-lagged study. *Work & Stress* [Em linha]. 25:2 (2011) 128-146. [consult. 2016-06-01]. Disponível em WWW: <URL:<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=ae86f3ba-1490-419d-88e2-e6a5489d51c2%40sessionmgr105&hid=109>>.
- BAKKER, Arnold B.; DEMEROUTI, Evangelia - Towards a model of work engagement. *Career Development International* [Em linha]. 13:3 (2008) 209-223. [consult. 2016-06-13].

- Disponível em WWW:  
<URL:[http://www.beanmanaged.com/doc/pdf/arnoldbakker/articles/articles\\_arnold\\_bakker\\_164.pdf](http://www.beanmanaged.com/doc/pdf/arnoldbakker/articles/articles_arnold_bakker_164.pdf)>.
- BAKKER, Arnold B.; LEITER, Michael P., ed. - Work engagement: Introduction. In: - *Work engagement: A handbook of essential theory and research*. Nova York: Psychology Press, 2010. p. 18-36.
- BAKKER, Arnold B.; ALBRECHT, Simon L; LEITER, Michael P. - Key questions regarding work engagement. *European Journal of Work and Organizational Psychology* [Em linha]. 20:1 (2011) 4-28. [consult. 2016-06-13]. Disponível em WWW: <URL:[http://www.beanmanaged.com/doc/pdf/arnoldbakker/articles/articles\\_arnold\\_bakker\\_409.pdf](http://www.beanmanaged.com/doc/pdf/arnoldbakker/articles/articles_arnold_bakker_409.pdf)>.
- BAKKER, Arnold B.; DEMEROUTI, Evangelia; SANZ-VERGEL, Ana Isabel - Burnout and work engagement: the JD-R approach. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior* [Em linha]. 1 (2014) 389-411 [consult. 2016-06-16]. Disponível em WWW: <URL:[https://www.researchgate.net/publication/263851330\\_Burnout\\_and\\_Work\\_Engagement\\_The\\_JD-R\\_Approach](https://www.researchgate.net/publication/263851330_Burnout_and_Work_Engagement_The_JD-R_Approach)>.
- BALDUCCI, Cristian; FRACCAROLI, Franco; SCHAUFELI, Wilmar B. - Workplace bullying and its relation with work characteristics, personality, and post-traumatic stress symptoms: an integrated model. *Anxiety, Stress & Coping: An international Journal* [Em linha]. 24:5 (2011) 499-513. [consult. 2016-06-16]. Disponível em: WWW: <URL:<https://lirias.kuleuven.be/bitstream/123456789/487003/1/42.pdf>>.
- BALDUCCI, Cristian; CECCHIN, Monica; FRACCAROLI, Franco - The impact of role stressors on workplace bullying in both victims and perpetrators, controlling for personal vulnerability factors: A longitudinal analysis. *Work & Stress* [Em linha]. 26:3 (2012) 195-212. [consult. 2016-06-01]. Disponível em WWW: <URL:<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=ae86f3ba-1490-419d-88e2-e6a5489d51c2%40sessionmgr105&hid=109>>.
- BARGAGLIOTTI, L. Antoinette - Work engagement in nursing: A concept analysis. *Journal Of Advanced Nursing* [Em linha]. 68:6 (2012) 1414-1428. [consult. 2016-06-10]. Disponível em WWW: <URL:<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=15&sid=74671c86-f3c4-4ab4-8eb2-7be72f8b12b1%40sessionmgr106&hid=124>>.
- BESWICK, Johanna; GORE, Joanne; PALFERMAN, David - Bullying at work: a review of the literature. *Health & Safety laboratory*. 2006.
- BORGES, Elizabete Maria das Neves - *Qualidade de vida relacionada com o trabalho: stresse e violência psicológica nos Enfermeiros*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, 2012. 294 p. Tese de doutoramento.
- BORGES, Elisabete; FERREIRA, Teresa - Bullying no trabalho: adaptação do Negative Acts Questionnaire-Revised (NAQ-R) em Enfermeiros. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 13 (2015) 25-33.
- BORTOLUZZI, Guido; CAPORALE, Loretta; PALESE, Alvisa - Does participative leadership reduce the onset of mobbing risk among nurse working teams? *Journal Of Nursing Management* [Em linha]. 22:5 (2014) 643-652. [consult. 2016-06-16]. Disponível em WWW:

<URL: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=27&sid=f1a4ff25-bae2-4f9a-ba19-364d884c0a10%40sessionmgr106&hid=116>>.

BRUNETTO, Yvonne [et al.] - The impact of workplace relationships on engagement, well-being, commitment and turnover for nurses in Australia and the USA. *Journal Of Advanced Nursing* [Em linha] 69:12 (2013) 2786-2799 [consult. 2016-06-10]. Disponível em WWW: <URL: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=19&sid=74671c86-f3c4-4ab4-8eb2-7be72f8b12b1%40sessionmgr106&hid=124>>.

CAMERINO, Donatella [et al.] - Shiftwork, work-family conflict among Italian nurses, and prevention efficacy. *Chronobiology International* [Em linha]. 27:5 (2010) 1105-1123. [consult. 2016-06-17]. Disponível em WWW: <URL: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=47&sid=6f3086df-08ec-4e58-b405-cf1b5bd24f70%40sessionmgr4002&hid=4114>>.

CARVALHO, Guilhermina Dias - Mobbing: assédio moral em contexto de Enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem* [Em linha]. (2010) 28-42 [consult. 04-06-2016]. Disponível em WWW: <URL: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/5327/1/Mobbing%20Ass%C3%A9dio%20Moral%202010.PDF>>.

CHIPPS, Esther [et al.] - Workplace bullying in the OR: results of a descriptive study. *AORN Journal* [Em linha]. 98:5 (2013) 479-493. [consult. 2016-06-16]. Disponível em WWW: <URL: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=f1a4ff25-bae2-4f9a-ba19-364d884c0a10%40sessionmgr106&vid=9&hid=116>>.

COBURN, Amy Sparks; HALL, Smantha, J. - Generational differences in nurses' characteristics, job satisfaction, quality of work life, and psychological empowerment. *Journal of Hospital Administration* [Em linha]. 3:5 (2014) 124-134. [consult. 2016-06-17]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.sciedu.ca/journal/index.php/jha/article/download/4013/2787>>.

COLLIÉRE, Marie-Françoise - *Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel, 1999. ISBN 972-757-109-3.

COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS (CCE) - *Melhorar a qualidade e a produtividades do trabalho: estratégia comunitária para a saúde e a segurança no trabalho 2007-2012* [em linha]. Bruxelas: CCE, 2007. [consult. 2016-06-04]. Disponível em WWW: <URL: <https://www.dgs.pt/areas-em-destaque/violencia/orientacoes-e-contacto.aspx>>.

CORREIA, Vera Mónica Pontes - *Engagement e suporte social nos enfermeiros de cuidados de saúde primários*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2012. 106 p. Dissertação de Mestrado.

COUTINHO, Clara Pereira - *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: teoria e prática*. 2ª ed. Coimbra: Edições Almedina, 2014. ISBN 978-972-40-5610-4.

CRAWFORD, Eean R.; LEPINE, Jeffery A.; RICH, Bruce Louis - Linking job demands and resources to employee engagement and burnout: A theoretical extension and meta-analytic test. *Journal of Applied Psychology* [Em linha]. 95:5 (2010) 834-848. [consult. 2016-06-19]. Disponível em WWW: <URL: [https://www.researchgate.net/publication/46254565\\_Linking\\_Job\\_Demands\\_and\\_Resources\\_to\\_Employee\\_Engagement\\_and\\_Burnout\\_A\\_Theoretical\\_Extension\\_and\\_Meta-Analytic\\_Test](https://www.researchgate.net/publication/46254565_Linking_Job_Demands_and_Resources_to_Employee_Engagement_and_Burnout_A_Theoretical_Extension_and_Meta-Analytic_Test)>.

- CHRISTIAN, Michael S.; GARZA, Adela S; SLAUGHTER, Jerel E. - Work engagement: a quantitative review and test of its relations with task and contextual performance. *Personnel Psychology* [Em linha]. 64 (2011) 89-136. [consult. 2016-07-02]. Disponível em WWW: <URL:https://www.researchgate.net/publication/211384078\_Work\_Engagement\_A\_Quantitative\_Review\_and\_Test\_of\_Its\_Relations\_with\_Task\_and\_Contextual\_Performance>.
- DIAS, Sofia Raquel da Silva - *A influência dos Traços de Personalidade no Burnout nos Enfermeiros*. Porto: Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, 2012. 219 p. Tese de Doutoramento.
- DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE (DGS) - *Melhorar o ambiente organizacional em prol da saúde dos profissionais: Circular Informativa* [Em linha]. 15 (2006). [Consult. 2016-06-04] Disponível em WWW: <URL:https://www.dgs.pt/areas-em-destaque/violencia/orientacoes-e-contacto.aspx>.
- DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE (DGS) - *Programa Nacional de Saúde Ocupacional - 2º Ciclo 2013/2017* [em linha]. Lisboa: DGS, 2013. [consult. 2015-12-21]. Disponível em WWW: <URL:http://www.dgs.pt/saude-ocupacional/programa-nacional/pnsoc-2013-2017.aspx>.
- DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE (DGS), ed. - *Violência Interpessoal - abordagem, diagnóstico e intervenção nos serviços de saúde* [em linha]. Lisboa: DGS, 2014. [consult. 2016-06-04]. Disponível em WWW: <URL:https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/violencia-interpessoal-abordagem-diagnostico-e-intervencao-nos-servicos-de-saude.aspx>.
- DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE (DGS) - *Violência Contra Profissionais de Saúde: Notificação on-line 2014* [em linha]. Lisboa: DGS, 2015. [consult. 2016-06-04]. Disponível em WWW: <URL:https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/notificacao-on-line-de-violencia-contra-profissionais-de-saude-relatorio-2014.aspx>.
- DEMEROUTI, Evangelina [et al.] Burnout and engagement at work as a function of demands and control. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* [Em linha]. 27:4 (2001) 279-286. [consult. 2016-04-09]. Disponível em WWW: <URL:http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:pm82t8jCpXkJ:www.sjweh.fi/download.php%3Fabstract\_id%3D615%26file\_nro%3D1+&cd=1&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt>.
- DOMÍNGUEZ, Noelia Carretero; GIL-MONTE, Pedro Rafael; DEVIS, Juan Vicente Luciano - Antecedents and consequences of workplace bullying: a longitudinal analysis with a structural equation model. *Psicothema* [Em linha]. 23:4 (2011) 617-623. [consult. 2016-06-16]. Disponível em WWW: <URL:http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=41&sid=f1a4ff25-bae2-4f9a-ba19-364d884c0a10%40sessionmgr106&hid=116>.
- DRABEK, Marcin; MEREZ, Dorota - Job stress, occupational position and gender as factors differentiating workplace bullying experience. *Medycyna Pracy* [Em linha]. 64:3 (2013) 283-296. [consult. 2016-06-04]. Disponível em WWW: <URL:http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&sid=d6a0676a-b2fb-4766-8e37-bfee40f1c9f7%40sessionmgr103&hid=110>.

- EINARSEN, Ståle; HOEL, Helge - The Negative Acts Questionnaire: development, validation and revision of a measure of bullying at work. In: *10th. European Congress on Work and Organizational Psychology*, Prague, 2001.
- EINARSEN, Ståle - The nature, causes and consequences of bullying at work: The Norwegian experience. *Perspectives Interdisciplinaries sur le travail et la santé* [Em linha]. 7:3. (2005) 1-16. [consult. 2016-06-2016]. Disponível em: WWW: <URL:https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:BpQi2kA\_wmsJ:https://pistes.revues.org/pdf/3156+&cd=1&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt>.
- EINARSEN, Ståle [et al.], ed. - The concept of bullying and harassment at work: the European tradition. In: - *Bullying and harassment in the workplace: Developments in theory, research, and practice*. 2<sup>nd</sup> ed. Nova York: CRC Press, 2011. p. 3-39.
- EINARSEN, Ståle; NIELSEN, Morten Birkeland - Workplace bullying as an antecedent of mental health problems: a five-year prospective and representative study. *International Archives Of Occupational And Environmental Health* [Em linha]. 88:2 (2015) 131-142. [consult. 2016-06-16]. Disponível em WWW: <URL:http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=19&sid=f1a4ff25-bae2-4f9a-ba19-364d884c0a10%40sessionmgr106&hid=116>.
- EINARSEN, Ståle [et al.] - Climate for conflict management, exposure to workplace bullying and work engagement: a moderated mediation analysis. *The International Journal of Human Resource Management* [Em linha]. 2016. DOI: 10.1080/09585192.2016.1164216. [consult. 2016-06-16]. Disponível em WWW: <URL:https://www.researchgate.net/publication/301330465\_Climate\_for\_conflict\_management\_exposure\_to\_workplace\_bullying\_and\_work\_engagement\_a\_moderated\_mediation\_analysis>.
- EKICI, Dilek; BEDER, Alper - The effects of workplace bullying on physicians and nurses. *Australian Journal Of Advanced Nursing* [Em linha]. 31:4 (2014) 24-33. [consult. 2016-06-16]. Disponível em WWW: <URL:http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=f1a4ff25-bae2-4f9a-ba19-364d884c0a10%40sessionmgr106&vid=17&hid=116>.
- ETIENNE, Emerald - Exploring workplace bullying in nursing. *Workplace Health & Safety* [Em linha]. 62:1 (2014) 6-11. [consult. 2016-06-16]. Disponível em WWW: <URL:http://m3.wyanokecdn.com/de4b5582662bddd2b8e5c2ae67c6320e.pdf>.
- FIABANE, Elena [et al.] - Work engagement and occupational stress in nurses and other healthcare workers: the role of organisational and personal factors. *Journal Of Clinical Nursing* [Em linha]. 22:17 (2013) 2614-2624. [consult. 2016-06-10]. Disponível em WWW: <URL:http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=10&sid=74671c86-f3c4-4ab4-8eb2-7be72f8b12b1%40sessionmgr106&hid=124>.
- FONTES, Kátia Biagio; CARVALHO, Maria Dalva de Barros - Variáveis envolvidas na percepção do assédio moral no ambiente laboral da enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [Em linha]. 20:4 (2012) 761-768. [consult. 2016-06-01]. Disponível em WWW: <URL:http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n4/pt\_17.pdf>
- FORNES, Joana - *Dos de cada diez enfermeros y enfermeras de las Islas Baleares se perciben como víctimas de hostigamiento laboral* [em linha]. [S.l.]:[s.n.], 2005. [consult. 2016-06-09]. Disponível em WWW: <URL:http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd49/mobbingcast.pdf>.

- FORTIN, Marie-Fabienne; CÔTÉ, José; FILION, Françoise - *Fundamentos e etapas do processo de Investigação*. Loures: Lusoditata, 2009. ISBN:978-989-8075-18-5.
- GARROSA, Eva [et al.] - Role stress and personal resources in nursing: A cross-sectional study of burnout and engagement. *International Journal of Nursing Studies* [Em linha]. 2011. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2010.08.004. [consult. 2016-06-13]. Disponível em: WWW: <URL:https://www.researchgate.net/publication/46190783\_Role\_stress\_and\_personal\_resources\_in\_nursing\_A\_cross-sectional\_study\_of\_burnout\_and\_engagement?enrichId=rgreq-522b26560a1eaeb615b5895f7dcd82d2-XXX&enrichSource=Y292ZXJQYWdIOzQ2MTkwNzgzO0FTOjEwMzA2NDI1NDAYNTczMUAXNDAXNTgzODQxOTAz&el=1\_x\_3>.
- GIORGI, Gabriele [et al.] - Bullying among nurses and its relationship burnout and organizational climate. *Internacional Journal of Nursing Practice*. [S.l.] : Wiley Publishing Asia, 2014. DOI:10.1111/ijn.12376.
- GUIMARÃES, Liliana Andolpho Magalhães; RIMOLI Adriana Odalia - “Mobbing” (assédio psicológico) no trabalho: Uma síndrome psicossocial multidimensional. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 22:2 (2006) 183-192.
- HAUGE, Lars Johan; SKOGSTAD, Anders; EINARSEN, Ståle - Individual and situational predictors of workplace bullying: why do perpetrators engage in the bullying of other?. *Work & Stress* [Em linha]. 23:4 (2009) 349-358. [consult. 2015-12-23]. Disponível em WWW: <URL:http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&sid=eca96a4e-7001-406e-9951-b285b383471e%40sessionmgr112&hid=107>.
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN) - *Grow Your Wellness Health Risk Assessment Index for nurses shows link between workplace challenges and poor personal health - more stress can result in less - for nurses and their patients: Press Information* [em linha]. [S.l.]:ICN, 2015. [consult. 2016-07-06]. Disponível em WWW: <http://www.icn.ch/images/stories/documents/news/press\_releases/2015\_PR\_18\_Grow\_Your\_Wellness\_HRA.pdf>.
- JENARO, Cristina [et al.] - Vigour and dedication in nursing professionals: towards a better understanding of work engagement. *Journal Of Advanced Nursing* [Em linha]. 67:4 (2011) 865-875 [consult. 2016-06-10]. Disponível em WWW: <URL:http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=12&sid=74671c86-f3c4-4ab4-8eb2-7be72f8b12b1%40sessionmgr106&hid=124>.
- JOÃO, Ana Lúcia da Silva - *Mobbing: agressão psicológica na profissão de Enfermagem*. Loures: Lusociência, 2013. ISBN: 978-972-8930-88-2.
- JURADO, M.M. Molero; PÉREZ-FUENTES, M.C.; LINARES, J.J. - Acoso laboral entre personal de enfermería. *Enfermería Universitaria* [Em linha]. 13:2 (2016) 114-123. [consult. 2016-06-17] Disponível em WWW: <URL:http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\_servlet?\_f=10&pidet\_articulo=90454004&pidet\_usuario=0&pcontactid=&pidet\_revista=400&ty=134&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=400v13n02a90454004pdf001.pdf>.
- KEASHLY, Loreleigh - Some things you need to know but may have been afraid to ask: A researcher speaks to ombudsmen about workplace bullying. *Journal of the*

- International Ombudsman Association* [Em linha]. 3:2 (2010) 10-23. [consult. 2016-01-08]. Disponível em WWW: <URL:[http://www.academia.edu/14463018/Some\\_things\\_you\\_need\\_to\\_know\\_but\\_may\\_have\\_been\\_afraid\\_to\\_ask\\_A\\_researcher\\_speaks\\_to\\_ombudsmen\\_about\\_work\\_place\\_bullying](http://www.academia.edu/14463018/Some_things_you_need_to_know_but_may_have_been_afraid_to_ask_A_researcher_speaks_to_ombudsmen_about_work_place_bullying)>.
- KEYKO, Kacey - Work engagement in nursing practice: a relational ethics perspective. *Nursing Ethics* [Em linha]. 21:8 (2014) 879-889. [consult. 2016-06-10]. Disponível em WWW: <URL:<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=74671c86-f3c4-4ab4-8eb2-7be72f8b12b1%40sessionmgr106&hid=124>>.
- KAHN, William A. - Psychological conditions of personal engagement and disengagement at work. *Academy of Management Journal* [Em linha]. 33:4 (1990) 692-724 [consult. 2016-06-29]. Disponível em WWW: <URL:[https://engagementresearch.wikispaces.com/file/view/Kahn+\(1990\)\\_Psychological+conditions+of+personal+engagement+and+disengagement+at+work.pdf](https://engagementresearch.wikispaces.com/file/view/Kahn+(1990)_Psychological+conditions+of+personal+engagement+and+disengagement+at+work.pdf)>.
- LASCHINGER, Heather K. Spence; NOSKO, Amanda - Exposure to workplace bullying and post-traumatic stress disorder symptomology: the role of protective psychological resources. *Journal Of Nursing Management* [Em linha]. 23:2 (2015) 252-262. [consult. 2016-06-16]. Disponível em WWW: <URL:<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=22&sid=f1a4ff25-bae2-4f9a-ba19-364d884c0a10%40sessionmgr106&hid=116>>.
- LAW, Rebecca [et al.] - Psychosocial safety climate as a lead indicator of workplace bullying and harassment, job resources, psychological health and employee engagement. *Accident Analysis and Prevention* [Em linha]. 2011. DOI: 10.1016/j.aap.2011.04.010. [consult. 2015-10-24]. Disponível em WWW: <URL:<http://www.aow.ruhr-uni-bochum.de/mam/content/lawdollard2012.pdf>>.
- LEE, Youn Ju [et al.] - Bullying in the nursing workplace: applying evidence using a conceptual framework. *Nursing Economics* [Em linha]. 32:5 (2014) 255-267. [consult. em 2015-08-10]. Disponível em WWW: <URL:<http://www.medscape.com/viewarticle/833862>>.
- LEI nº 7/09. D.R. I Série. 30 (12-02-2009) 926-1029.
- LEITER, Michael P.; BAKKER, Arnold B - Work engagement: Introduction. In: Bakker, Arnold B.; LEITER, Michael P. - *Work engagement: A handbook of essential theory and research*. Nova York: Psychology Press, 2010. p. 18-35.
- LEYMANN, Heinz - Mobbing and psychological terror at workplaces. *Violence and Victims*. [S.l.] : Springer Publishing Company. 5:2 (1990) 119-126.
- LONGO, Joy - Combating disruptive behaviors: strategies to promote a healthy work environment. *Online Journal Of Issues In Nursing* [Em linha]. 15:1 (2010) 3-3. [consult. 2015-12-21]. Disponível em WWW: <URL:<http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=25&sid=a534bca8-16f2-4b2c-972b-6f2657386e1c%40sessionmgr110&hid=110&bdata=Jmxbmc9cHQYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=105146463&db=ccm>>.
- MAGNAVITA, Nicola - Workplace violence and occupational stress in healthcare workers: a chicken-and-egg situation: results of a 6-Year Follow-up Study. *Journal Of Nursing Scholarship* [Em linha]. 46:5 (2014) 366-376. [consult. 2016-06-04]. Disponível em

WWW:

<URL:<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=d6a0676a-b2fb-4766-8e37-bfee40f1c9f7%40sessionmgr103&hid=110>>.

MARQUES, Patrícia - *O assédio moral na enfermagem contributos para a gestão organizacional*. Viana do Castelo: Instituto Politécnico de Viana do Castelo, 2014. 143 p. Tese de Mestrado.

MARQUES, Patrícia Sofia; ARAÚJO, Clara de Assis Coelho - Assédio moral no contexto organizacional da enfermagem. *Internacional Journal on Working Conditions*. 9 (2015) 63-81.

MARQUES PINTO, A; PICADO, L.- *Adaptação e bem-estar nas escolas portuguesas: dos alunos aos professores*. Lisboa: Coisas de Ler, 2011.

MARQUES PINTO, Alexandra [et al.] - Estudo RN4CAST em Portugal: Work engagement dos enfermeiros. *Revista Investigação em Enfermagem* [Em linha]. 2:10 (2015) 26-37. [consult. 2016-06-10]. Disponível em WWW: <URL:[http://www.eformasau.pt/files/Revistas/RIE10/RIE10\\_Art3\\_1.pdf](http://www.eformasau.pt/files/Revistas/RIE10/RIE10_Art3_1.pdf)>.

MAROCO, João - *Análise estatística: com utilização do SPSS*. 3ª ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2007. ISBN 978 972 618 452 2.

MATTHIESEN, Stig Berge; EINARSEN, Ståle - Perpetrators and targets of bullying at work: role stress and individual differences. *Violence And Victims* [Em linha]. 22:6 (2007) 735-753. [consult. 2015-12-21]. Disponível em WWW: <URL:<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=43&sid=a534bca8-16f2-4b2c-972b-6f2657386e1c%40sessionmgr110&hid=110>>.

MITCHELL, Abigail; AHMED Areeg; SZABO, Catherine - Workplace violence among nurses, why are we still discussing this? Literature review. *Journal of Nursing Education and Practice*. [S.I.] : Published by Sciedu Press. 4:4 (2014) 147-150.

MURRAY, John S. - Workplace bullying in nursing: a problem that can't be ignored. *MEDSURG Nursing* [Em linha]. 18:5 (2009) 273-276 [consult. 2015-12-21]. Disponível em WWW: <URL:[https://www.amsn.org/sites/default/files/documents/practice-resources/healthy-work-environment/resources/MSNJ\\_Murray\\_18\\_05.pdf](https://www.amsn.org/sites/default/files/documents/practice-resources/healthy-work-environment/resources/MSNJ_Murray_18_05.pdf)>.

NIELSEN, Morten Birkeland; EINARSEN, Ståle - Outcomes of exposure to workplace bullying: a meta-analytic review. *Work & Stress* [Em linha]. 26:4 (2012) 309-332 [consult. 2016-06-16]. Disponível em WWW: <URL:<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=29&sid=f1a4ff25-bae2-4f9a-ba19-364d884c0a10%40sessionmgr106&hid=116>>.

NIELSEN, Morten Birkeland [et al.] - Workplace bullying and subsequent health problems. *Tidsskr Nor Lægeforen*. [S.I.] : [s.n.]. 134:12-13 (2014) 1233 - 1238.

NIELSEN, Morten Birkeland; KNARDAHL, Stein - Is workplace bullying related to the personality traits of victims? A two-year prospective study. *Work & Stress* [Em linha]. 29:2 (2015) 128-149. [consult. 2016-07-06]. Disponível em WWW: <URL:[https://www.researchgate.net/publication/276090246\\_Is\\_workplace\\_bullying\\_related\\_to\\_the\\_personality\\_traits\\_of\\_victims\\_A\\_two-year\\_prospective\\_study](https://www.researchgate.net/publication/276090246_Is_workplace_bullying_related_to_the_personality_traits_of_victims_A_two-year_prospective_study)>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS PORTUGUESES (OE) - *Dados estatísticos nacionais: Ordem dos Enfermeiros OEDATA em 31-12-2015* [em linha]. [S.I.]: OE, 2015. [consult. 2016-06-16]. Disponível em WWW:

<URL:[http://www.ordemenfermeiros.pt/membros/Documents/2015\\_DadosEstatisticos\\_00\\_Nacionais\\_vf.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/membros/Documents/2015_DadosEstatisticos_00_Nacionais_vf.pdf)>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS PORTUGUESES (OE) - *Evolução dos enfermeiros: membros activos em 31-12-2015* [em linha]. [S.I.]: OE, 2015. [consult. 2016-06-16]. Disponível em WWW: <URL:<http://www.ordemenfermeiros.pt/membros/Documents/Evolu%C3%A7%C3%A3o2000-2015.pdf>>.

ORGAMBÍDEZ-RAMOS, Alejandro; BORREGO-ALÉS, Yolanda; MENDOZA-SIERRA - Role stress and work engagement as antecedents of job satisfaction in Spanish workers. *Journal of Industrial Engineering and Management* [Em linha]. 7:1 (2015) 360-372. [consult. 2016-06-13]. Disponível em WWW: <URL:<http://jwop.elsevier.es/index.php?p=watermark&idApp=UINPBA00004A&piiitem=S1576596215000195&origen=jwop%20&web=jwop%20&urlApp=http://jwop.elsevier.es&estadoltem=S300&idiomaltem=es>>.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (OIT) - *Workplace stress: a collective challenge* [em linha]. Geneva: OIT, 2016. [consult 2016-06-04]. Disponível em WWW: <URL:<https://www.dgs.pt/em-destaque/dia-mundial-da-seguranca-e-saude-no-trabalho-28-de-abril-.aspx>>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS) - Raising awareness of psychological harassment at work. *Protecting Workers' Health Series* [Em linha]. 4 (2003) [consult. 2016-06-10]. Disponível em WWW: <URL:[http://www.who.int/occupational\\_health/publications/en/pwh4e.pdf](http://www.who.int/occupational_health/publications/en/pwh4e.pdf)>.

PATEL, Cynthia J. [et al.] - Work-family conflict, job satisfaction and spousal support: an exploratory study of nurses' experience. *Curationis* [Em linha]. 31:1 (2008) 38-44. [consult. 2016-06-17]. Disponível em WWW: <URL:<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=44&sid=6f3086df-08ec-4e58-b405-cf1b5bd24f70%40sessionmgr4002&hid=4114>>.

PEREIRA, Ana Mónica [et al.] - Burnout e interação trabalho-família em enfermeiros: Estudo exploratório com o survey work-home interaction NIJMEGEN (SWING). *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* [Em linha]. 11 (2014) 24-30. [consult. 2016-06-16]. Disponível em WWW: <URL:<http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n11/n11a04.pdf>>.

PESTANA, Maria Helena; GAGEIRO, João Nunes - *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS*. 4ª ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2005. ISBN 972 618 391 X.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano; HUNGLER, Bernadette P. - *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização*. 5ª ed. Revisão técnica de Anna Maria Hecker Luz. São Paulo: Artmed Editora, 2004. ISBN 0-7817-2557-7.

REKNES, Iselin [et al.] - Exposure to bullying behaviors as a predictor of mental health problems among Norwegian nurses: Results from the prospective SUSHH-survey. *International Journal of Nursing Studies*. [S.I.] : Elsevier. 51 (2014) 479-487.

RODRÍGUEZ-MUÑOZ, Alfredo [et al.] - Cross-lagged relationships between workplace bullying, job satisfaction and engagement: two longitudinal studies. *Work & Stress*. [Em linha]. 23:3 (2009) 225-243 [consult. 2015-10-24]. Disponível em WWW: <URL:<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&sid=346c3b70-ffab-4beb-b70e-58eeff315d13%40sessionmgr112&hid=101>>.

- SÁ, Luís; FLEMING, Manuela - Bullying, burnout, and mental health amongst Portuguese nurses. *Issues In Mental Health Nursing* [Em linha]. 29:4 (2008) 411-426. [consult. 2016-01-08]. Disponível em WWW: <URL:<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=12&sid=61ba3712-485e-4088-85c4-3408617984c4%40sessionmgr110&hid=105>>.
- SÁ, Luís Octávio - *O assédio moral e burnout na saúde mental dos enfermeiros*. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2008. 291 p. Tese de Doutoramento.
- SAKS, Alan M. - Antecedents and consequences of employee engagement. *Journal of Managerial Psychology* [Em linha]. 21:7 (2006) 600-619. [consult. 2016-06-13]. Disponível em WWW: <URL:<http://cinik.free.fr/chlo/doc%20dans%20biblio,%20non%20imprim%C3%A9s/maintien%20dans%20l'emploi/atcd%20et%20cons%C3%A9quences%20de%20engagement.pdf>>.
- SALIN, Denise - Risk factors of workplace bullying for men and women: the role of the psychosocial and physical work environment. *Scandinavian Journal Of Psychology* [Em linha]. 56:1 (2015) 69-77. [consult. 2016-06-01]. Disponível em WWW: <URL:<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=ae86f3ba-1490-419d-88e2-e6a5489d51c2%40sessionmgr105&hid=109>>.
- SCHAUFELI, Wilmar; BAKKER, Arnold - *Utrecht Work Engagement Scale: Preliminary Manual* [em linha]. Valência: Occupational Health Psychology Unit, Utrecht University, 2003. [consult. 2015-10-24]. Disponível em WWW: <URL:[http://www.beanmanaged.com/doc/pdf/arnoldbakker/articles/articles\\_arnold\\_bakker\\_87.pdf](http://www.beanmanaged.com/doc/pdf/arnoldbakker/articles/articles_arnold_bakker_87.pdf)>.
- SCHAUFELI, Wilmar; BAKKER, Arnold; SALANOVA, Marisa - The measurement of work engagement with a short questionnaire: A cross-national study. *Educational and Psychological Measurement* [Em linha]. 66:4 (2006) 701-716. [consult. 2015-10-24]. Disponível em WWW: <URL:<http://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/251.pdf>>.
- SCHAUFELI, Wilmar B.; BAKKER, Arnold B. - Defining and measuring work engagement: Bringing clarity to the concept. In: Bakker, Arnold B.; LEITER, Michael P. ed. - *Work engagement - A handbook of essential theory and research*. Nova York: Psychology Press, 2010. p. 37-64.
- SETTI, Ilaria; ARGENTERO, Piergiorgio - Organizational features of workplace and job engagement among Swiss healthcare workers. *Nursing & Health Sciences* [Em linha]. 13:4 (2011) 425-432 [consult. 2015-10-24]. Disponível em WWW: <URL:<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=346c3b70-ffab-4beb-b70e-58eeff315d13%40sessionmgr112&hid=101>>.
- SILVA, Melani [et al.] - Burnout e engagement em profissionais de saúde do Interior-Norte de Portugal. *Psicologia, Saúde & Doenças* [Em linha]. 16:3 (2015) 286-289. [consult. 2016-06-10]. Disponível em WWW: <URL:<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/82644/2/116021.pdf>>.
- THIAN, Jazreel Hui Min; KANNUSAMY, Premarani; KLAININ-YOBAS, Piyanee - Stress, positive affectivity, and work engagement among nurses: An integrative literature review. *Singapore Nursing Journal* [Em linha]. 40:1 (2013) 24-33 [consult. 2016-06-10]. Disponível em WWW:

<URL:<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=11&sid=74671c86-f3c4-4ab4-8eb2-7be72f8b12b1%40sessionmgr106&hid=124>>.

SPECTOR, Paul E.; ZHOU Zhiqing E.; CHE, Xin Xuan - Nurse exposure to physical and nonphysical violence, bullying, and sexual harassment: A quantitative review. *International Journal Of Nursing Studies* [Em linha]. 51:1 (2014) 72-84. [consult. 2015-10-06].

Disponível em WWW:

<URL:<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=294bf2e6-915a-40e8-819c-08f0c7b0ddc9%40sessionmgr4005&hid=4212>>.

THOMAS, Cynthia M. - Teaching nursing students and newly registered nurses strategies to deal with violent behaviors in the professional practice environment. *Journal Of Continuing Education in Nursing* [Em linha]. 41:7 (2010) 299-310. [consult. 2015-12-21].

Disponível em WWW:

<URL:<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=19&sid=a534bca8-16f2-4b2c-972b-6f2657386e1c%40sessionmgr110&hid=110>>.

TIMS, Maria; BAKKER, Arnold B.; DERKS, Daantje - The impact of job crafting on job demands, job resources, and well-being. *Journal of Occupational Health Psychology* [Em linha]. 18:2 (2013) 230-240. [consult. 2016-06-14] Disponível em WWW:

<URL:[http://www.beanmanaged.com/doc/pdf/arnoldbakker/articles/articles\\_arnold\\_bakker\\_310.pdf](http://www.beanmanaged.com/doc/pdf/arnoldbakker/articles/articles_arnold_bakker_310.pdf)>.

TORP, S. [et al.] - Work engagement: a practical measure for workplace health promotion? *Health Promotion International* [Em linha]. 28:3 (2013) 387-396. [consult. 2015-10-24].

Disponível em WWW:

<URL:<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=346c3b70-ffab-4beb-b70e-58eeff315d13%40sessionmgr112&hid=101>>.

TRÉPANIÉ, Sarah-Geneviève; FERNET, Claude; AUSTIN, Stéphanie - Workplace bullying and psychological health at work: The mediating role of satisfaction of needs for autonomy, competence and relatedness. *Work & Stress* [Em linha]. 27:2 (2013) 123-140. [consult. 2016-06-14].

Disponível em WWW:

<URL:<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=8ecc977b-112d-4eed-a1b7-989caa9e0cdc%40sessionmgr104&hid=116>>.

VARTIA, Maarit; LEKA, Stavroula - Interventions for the prevention and management of bullying at work. In: EINARSEN, Ståle [et al.], eds. - *Bullying and harassment in the workplace: Developments in theory, research, and practice*. 2<sup>nd</sup> ed. Nova York: CRC Press, 2011. p. 75-105.

WANG, Shanshan; LIU, Yanhui - Impact of professional nursing practice environment and psychological empowerment on nurses' work engagement: Test of structural equation modelling. *Journal Of Nursing Management* [Em linha]. 23:3 (2015) 287-296. [consult. 2016-06-10].

Disponível em WWW:

<URL:<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=8613aeb0-d278-4e2d-8328-8ef904c280a3%40sessionmgr107&hid=123>>.

ZAPF, Dieter; EINARSEN, Ståle. - *Individual antecedents of bullying: victims and perpetrators*. In: EINARSEN, Ståle [et al.], eds. - *Bullying and harassment in the workplace: Developments in theory, research, and practice*. 2<sup>nd</sup> ed. Nova York: CRC Press, 2011. p. 177-200.

ZAPF, Dieter [et al.] - Empirical findings on prevalence and risk groups of bullying in the workplace. In: EINARSEN, Ståle [et al.], eds. - *Bullying and harassment in the workplace: Developments in theory, research, and practice*. 2<sup>nd</sup> ed. Nova York: CRC Press, 2011. p. 75-106.

ZHAO, Siqi [et al.] - Coping with workplace violence in healthcare settings: social Support and strategies. *International Journal Of Environmental Research And Public Health* [Em linha]. 12:11 (2015) 14429-14444. [consult. 2016-06-04]. Disponível em WWW: <URL:<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=d6a0676a-b2fb-4766-8e37-bfee40f1c9f7%40sessionmgr103&hid=110>>.