

Assédio moral: Impacto Sobre a Saúde Mental e o Envolvimento com Trabalho em Agentes Comunitários de Saúde
Mobbing: Impact on Mental Health and Job Involvement in Health Care Workers
Acoso Moral: Impacto en la Salud Mental y el Envolvimiento con Trabajo en Agentes de Salud

Alex A. Mesquita¹

Amanda S. Silva

Hamanda R. Bezerra

Thaís P. Fontinele

Yuri P. Neiva

Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

Resumo

O assédio moral pode ser entendido como atos que atinjam a dignidade do trabalhador ou seus direitos. Os principais objetivos do estudo foram: Verificar a prevalência de assédio moral em um grupo de agentes comunitários de saúde, analisar o impacto do assédio sobre sua saúde mental e seu envolvimento com o trabalho. Participaram da pesquisa 121 agentes comunitários de saúde. Procedeu-se à aplicação coletiva dos seguintes instrumentos: Inventário de Percepção de Assédio Moral (ET-AMT), Questionário Geral de Saúde de Goldeberg Resumido (QSG12) e a Escala de Envolvimento com o Trabalho (EET). Os resultados mostram que 2,47% dos trabalhadores relataram assédio moral. Ocorreu uma correlação positiva significativa entre assédio moral e sofrimento psíquico, o mesmo não foi verificado em relação ao envolvimento com trabalho. O número de trabalhadores que relataram sofrer assédio moral foi menor quando comparado a estudos nacionais e internacionais. Contudo foi identificado prejuízo à saúde mental dos assediados.

Palavras-chave: assédio moral, saúde mental, envolvimento com o trabalho

Abstract

Mobbing can be understood as acts which hurt the worker rights and dignity. The main study objectives were: To verify the mobbing prevalence in community health agents sample and analyze the mobbing impact in their mental health and job involvement. The sample study was constituted for 121 community health agents. The Mobbing Perception Scale (ET-AMP), Goldberg General Health Questionnaire Brief (GHQ 12) and the Job Involvement Scale (JIS) were used on it. The results have showed that 2,47% of workers reported mobbing. A positive weak correlation was verified between mobbing and mental suffering, the same point has not happened between mobbing and job involvement. The number of workers who reported experiencing mobbing was lower when compared to others national and international studies. However, workers who report harassment show damage in your mental health.

Keywords: mobbing, mental health, job involvement

Resumen

El acoso moral puede ser entendido como actos que afectan la dignidad del trabajador o sus derechos. Los principales objetivos del estudio fueron: Verificar la prevalencia del acoso moral en un grupo de agentes comunitarios de salud, analizar el impacto del acoso en su salud mental y su envolvimento con el trabajo. Los participantes de la pesquisa fueron 121 agentes comunitarios de salud. Se procedió a la aplicación colectiva de los siguientes instrumentos: Inventário de Percepção de Assédio Moral (ET-AMT), Questionário Geral de Saúde de Goldeberg Resumido (QSG12) y la Escala de Envolvimento com o Trabalho (EET). Los resultados muestran que 2,47% de los trabajadores reportaron acoso. Ocurrió una correlación positiva significativa entre acoso y sufrimiento psíquico; lo mismo no fue identificado con relación al envolvimento

¹ Endereço de contato: Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Departamento de Psicologia. Avenida dos Portugueses, s/n, Bacanga, São Luís, MA, CEP 65080-805. E-mail: alexmesquita@gmail.com

con el trabajo. El número de trabajadores que relataron sufrir acoso moral fue menor cuando comparado a estudios nacionales e internacionales. Sin embargo, fue identificado perjuicio a la salud mental de los acosados.

Palabras-clave: acoso moral, salud mental, involucramiento con el trabajo

Assédio moral: impacto sobre a saúde mental e o envolvimento com trabalho em agentes comunitários de saúde

A violência física ou psicológica no trabalho não é um fenômeno recente, porém esses atos abusivos só passaram a ser estudados com maior destaque a partir da década de 1980 com as pesquisas de Heinz Leymann na Suécia. O autor identificou que cerca de 3,5% dos trabalhadores sofriam algum tipo de violência, denominando de “psicoterror” (Leymann, 1986). Porém o termo em português mais utilizado tem sido assédio moral. Este pode ser definido como a repetição de comportamentos inadequados, diretos ou indiretos, verbais, físicos ou de outra ordem, conduzidos por uma ou mais pessoas contra outro ou outros, no local de trabalho e/ou no exercício de sua função, que podem ser percebidos como prejudiciais aos direitos individuais de dignidade no trabalho (Health and Safety Authority, 2001).

Três critérios devem ser atendidos para que se possa configurar o assédio moral: 1) O assédio deve ser definido em termos da consequência para o assediado, e não pela intenção de assediar; 2) deve provocar um efeito negativo na vítima; e 3) o comportamento de assédio deve ser persistente (Quine, 1999). Porém este último aspecto deve ser analisado com ponderação e cautela. Se um único ato agressivo não deve ser considerado como assédio moral, e importante seja assinalar que geralmente o assédio é sistemático, qualquer pessoa está sujeita a um descontrole eventual; porém um “apelido”, uma fofoca, uma calúnia ou uma agressão física podem provocar danos permanentes à vítima.

Atos intermitentes, ainda que não regulares ou frequentes, podem ser qualitativamente desestabilizadores. Dessa forma, a observação da frequência e duração do comportamento impetrado é importante, mas respeitando as particularidades de cada situação (Soares & Oliveira, 2012).

Para Leymann (1997), os tipos de comportamento que podem ser descritos como assédio moral são: a) ataques à vítima através de medidas organizacionais; b) ataques às relações sociais da vítima, como isolamento social; c) ataques à vida privada da vítima; d) violência física; e) ataques às atitudes da vítima; f) agressões verbais; e g) rumores sobre a reputação da pessoa.

Vários tipos de relação de assédio são descritas na literatura, a mais comum é de um superior contra o subordinado, mas também pode ocorrer tal situação entre colegas de trabalho e de um subordinado contra um superior (Freitas, 2001).

Leymann (1990) apresenta um modelo com quatro fases o qual permitiria identificar a dinâmica do assédio moral: um momento inicial de conflito, seguido por uma fase em que ocorrem os atos constrangedores, passando a uma fase em que a empresa tende a culpar a vítima pelo que ocorreu e, por fim, uma fase na qual a pessoa é demitida ou se demite por não aguentar a pressão.

Segundo a Organização Mundial do Trabalho (1998), cerca de 8% dos trabalhadores europeus sofrem com o assédio moral. No Brasil Maciel, Cavalcante, Matos, e Rodrigues (2007) realizaram um estudo para identificar situações constrangedoras ocorridas no trabalho com 2.609 bancários. Foi utilizado um questionário com 20 possíveis situações

de constrangimento no trabalho; uma estimativa da frequência e duração dos acontecimentos, e finalmente, questões sobre as características dos agressores. Os resultados apontaram que 38,5% passaram por pelo menos uma situação constrangedora, e 9,97% disseram que elas duraram mais de seis meses. Além do chefe, foi descrito por 18,5% dos participantes que outra ou outras pessoas também o assediaram. Já Maciel e Gonçalves (2008) verificaram que, entre 147 bancários cearenses, 38% sofriam agressões semanais ou diárias por pelo menos seis meses. Barreto (2000) investigou a ocorrência de situações de assédio moral com 2.072 pessoas de 97 indústrias químicas, plásticas, farmacêuticas e cosméticas. Foi verificado que 42% das pessoas entrevistadas haviam sofrido com alguma situação constrangedora. Essas estatísticas indicam como o assédio moral está presente no dia a dia de trabalho nas mais diversas profissões.

Existe controvérsia sobre quem seriam as vítimas mais comuns de assédio, Ariza-Montes, Muniz, Montero-Simó, e Araque-Padilla (2013a) investigaram, em amostra de 284 profissionais de saúde, a presença de assédio moral e sua relação com variáveis diversas, dentre elas: sexo, escolaridade, idade, posição hierárquica e tipo de serviço. Foi verificado que as mulheres, os jovens, os profissionais sem título universitário, os que ocupam posições hierárquicas mais baixas e os que trabalham no setor público foram as pessoas que sofreram mais assédio moral. Porém outros estudos não verificam diferença entre homens e mulheres em relação ao assédio sofrido (eg. Maciel et al, 2007; Soares & Oliveria, 2012). Kivimaki, Elovainio, e Vathera (2000) também não encontraram evidências que apontem que profissionais jovens, com baixa escolaridade e ocupando cargos subalternos sofram mais assédio.

Pode-se pensar o assédio moral a partir de características individuais, de personalidade ou de uma perspectiva organizacional, sendo a última mais estudada. Certas características físicas ou psicológicas ou traços de personalidade poderiam predispor ao agressor e ao agredido (Ariza-Montes et al, 2013a). Pessoas que são marginalizadas pela sociedade, pertencentes a minorias, como certos grupos raciais ou religiosos, mulheres, homossexuais, portadores de necessidades especiais ou classes sociais mais baixas são alvos de preconceito, e essa tendência pode se repetir nas organizações que são uma extensão das relações sociais. Dessa forma, teríamos o assédio moral pessoal, um ato agressivo dirigido ao trabalhador, mas tendo como causa alguma característica da vítima que o assediador não aceita ou não gosta. Outro tipo de assédio teria características organizacionais, em que a pressão por resultados, o aumento da competitividade, a busca por lucro cada vez maior, o produzir mais com menos e em menor tempo levam os gestores ou superiores a desumanizar o empregado e a tratá-lo como “recurso” necessário para atingir um fim, e não como uma pessoa. Em geral, os menos produtivos ou mais lentos são as vítimas, pois estão atrapalhando o desempenho produtivo. Uma cultura organizacional permissiva na qual os superiores e os colegas têm o direito, mesmo que implicitamente, para assediar pode promover a institucionalização de tal prática. A falta de políticas de combate ao assédio moral também tende a aumentar a prevalência do fenômeno (Martiningo Filho & Siqueira, 2008).

O assédio moral provoca prejuízos para as pessoas, para as empresas e também para a sociedade. Nos Estados Unidos da América (EUA), os gastos com seguridade social decorrentes do assédio foram cerca de quatro milhões

de dólares no ano de 1992 (Suárez, 2002). Na Espanha, é estimado que 52 milhões de euros sejam utilizados em compensação dos dias de trabalho faltosos. Na Suécia, o gasto anual com um trabalhador assediado estaria entre 30 mil e 100 mil dólares (Toksoy & Bayramoğlu, 2013). Nas empresas, pode ocorrer perda de produtividade, da qualidade dos produtos e serviços, gastos com indenizações, perda do investimento feito em seleção e treinamento de pessoal, aumento da rotatividade e absenteísmo, aumento do desejo de deixar a empresa e redução do comprometimento. A empresa ainda pode ficar com uma imagem negativa perante os demais funcionários (Martiningo Filho & Siqueira, 2008). Na Alemanha, por exemplo, acredita-se que uma empresa com 1.000 funcionários gaste diretamente com o assédio moral cerca de 112 mil dólares e outros 56 mil indiretamente (Toksoy & Bayramoğlu, 2013).

Outra consequência poderia ser a queda do envolvimento dos funcionários com seu trabalho. Lodahl e Kejner (1965) dizem que o envolvimento pode ser entendido como o grau em que o desempenho de uma pessoa no trabalho afeta sua autoestima e está relacionado ao significado que o trabalho ou as tarefas assumem na vida da pessoa. Muchinsky (2004) destaca que envolvimento com o trabalho é o grau de identificação psicológica do indivíduo com o seu trabalho e a importância do trabalho para a autoimagem. Siqueira (2008) diz que modernamente este é entendido como um estado de completa absorção e assimilação pelo trabalho. O indivíduo envolvido pode se transformar em um trabalhador com maiores possibilidades de contribuir com os objetivos organizacionais. Portanto a falta de envolvimento pode implicar perdas para as empresas.

O assédio moral pode ocasionar prejuízos à saúde física e mental do trabalhador, tais como: depressão, ansiedade,

nervosismo, sociofobia, ataques de pânico, baixa autoestima, melancolia, apatia, falta de concentração, cansaço, distúrbios digestivos e enxaquecas (Freitas, 2001). Depressão e transtorno de estresse pós-traumático são os principais problemas encontrados em pessoas que sofreram assédio moral (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2004). No Reino Unido, foi verificado, em uma amostra de 5.200 trabalhadores, que os que sofreram assédio moral apresentavam níveis de estresse mais altos dos que os que não sofreram (Hoel & Cooper, 2000). Niedhammer, David, Degioanni, Drummond e Philip (2009) verificaram forte associação entre assédio moral e distúrbios de sono em 7.697 pessoas do sudoeste da França. Emadad, Alipour, Hagberg e Jensen (2013) realizaram um estudo com 2.563 funcionários em quatro grandes indústrias da Suécia, com objetivo de verificar sintomas depressivos decorrentes de presenciar situações de assédio sofridas pelos colegas. Foi verificado que as pessoas que presenciaram algum assédio apresentaram maior nível de depressão do que os que não presenciaram, sendo que o quadro foi pior entre as mulheres.

Assédio Moral em Trabalhadores da Área da Saúde

Um estudo realizado na Inglaterra tinha o objetivo de verificar a prevalência de assédio moral em 1.100 trabalhadores da área da saúde e sua relação com a satisfação no trabalho, a ansiedade, depressão, desejo de abandonar o trabalho e o suporte recebido no trabalho. Os resultados mostraram que 42% dos profissionais relataram que sofreram algum tipo de assédio no, então, último ano. Ocorreram correlações significativas entre assédio moral e aumento dos níveis de depressão, ansiedade, estresse e queda da satisfação. Porém, nos locais onde havia bom suporte organizacional, entendido pelo autor como: *feedback* e

ajuda dos superiores e colegas, acesso a recursos comunitários, alto nível de moral no trabalho e práticas de exercícios físicos, foi verificado que estes fatores funcionaram como protetores, reduzindo a ansiedade, a depressão, o estresse e aumentando a satisfação dos funcionários (Quine, 1999).

Kivimäki et al. (2003) investigaram, durante dois anos, a relação entre assédio moral no trabalho e problemas cardíacos e depressão em 8.014 trabalhadores de hospitais finlandeses. A prevalência de assédio foi de 5,2%, no primeiro ano, e 5,9%, no segundo ano. Foi verificada associação entre assédio moral e depressão OR=4.81 (IC 2.46 - 9.40), $p < 0,05$ e assédio e problemas cardíacos OR=2.31 (IC 1.15 - 4.63), $p < 0,05$. Outro estudo realizado na Finlândia com 5.353 trabalhadores de hospitais tinha como objetivo verificar a prevalência de assédio moral e relacioná-lo a faltas no trabalho devido a problemas de saúde. Para verificar a presença de assédio foi feita a pergunta: "Assédio moral se refere a situações em que alguém é submetido a isolamento ou exclusão, é desvalorizado, comentários caluniosos são feitos ou qualquer outro comportamento com objetivo persecutório. Você já passou por isso?" O participante respondia sim ou não e com qual frequência. Os resultados mostraram que 5% dos trabalhadores se disseram assediados, e a abstenção ao trabalho foi 51% maior entre as pessoas que sofreram assédio quando comparadas às que não sofreram (Kivimäki, Elovainio, & Vahtera, 2000).

Pranjić, Maleš-Bilić, Beganlić, e Mustajbegović (2006) conduziram uma investigação objetivando avaliar a frequência de assédio moral e sua associação com estresse e saúde geral de 511 médicos na Bósnia e Herzegovina. Os instrumentos foram um questionário sobre possíveis situações assediadoras e o *Occupational Stress Questionnaire* (OSQ).

Os resultados indicaram que 76% dos médicos disseram ter passado por uma situação de assédio, e 26% dizem que este foi persistente. O nível de estresse foi maior entre os trabalhadores assediados do que entre os não assediados (OR = 2,023 $p < 0,05$). Sobre as consequências à saúde e à vida dos participantes: 238 (61%) relataram a falta de motivação para trabalho, 199 (51%) perda de confiança, 119 (31%) insônia e 88 (23%) ansiedade. Sentimento de raiva foi relatado por 150 (39%), depressão por 75 (19%) e fadiga por 191 (49%).

No Brasil, Xavier et al. (2008) realizaram um estudo com objetivo de analisar a magnitude do assédio moral sofrido entre profissionais de saúde do Rio de Janeiro e as características dos agredidos e agressores. Participaram da pesquisa 1.425 trabalhadores. Foi aplicado um questionário fechado contendo questões sobre violência física, psicológica e três perguntas abertas sobre a opinião do participante sobre seu local de trabalho. Os resultados mostraram que 18% dos homens e 16,2% das mulheres se disseram vítimas de assédio moral. O grupo profissional que se disse mais assediado foi o de auxiliares de enfermagem, seguido pelo de enfermeiros. Os agressores foram, em sua maioria, os colegas de trabalho seguidos pelos pacientes. Como resposta à pergunta sobre o que fizeram após o ato agressivo, 38,49% contaram ao chefe, e 27,2% não fizeram nada.

Um dos grupos mais numerosos de profissionais de saúde no país é o de agentes comunitários de saúde. Segundo o Art. 3 da Lei nº11.315 de 5 de outubro de 2006, o agente de comunitário de saúde tem como atribuições: o exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e sob supervisão

do gestor municipal, distrital, estadual ou federal.

“Parágrafo único. São consideradas atividades do Agente Comunitário de Saúde, na sua área de atuação:

I - a utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade;

II - a promoção de ações de educação para a saúde individual e coletiva;

III - o registro, para fins exclusivos de controle e planejamento das ações de saúde, de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde;

IV - o estímulo à participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde;

V - a realização de visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família; e

VI - a participação em ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida.” (Lei nº 11.315, de 5 de outubro de 2006, p. 55).

Mesquita (2012) verificou a ocorrência de situações constrangedoras em 46 agentes de saúde da cidade de São Luís, Maranhão. Também foram analisadas as consequências de tais atos sobre o trabalhador. Foi utilizado um questionário com 45 possíveis situações de assédio. Os resultados mostraram que 69,5% dos participantes passaram por alguma situação de assédio. Com 8,3% de relatos, o item “Meu chefe deixa de transmitir informações úteis para a realização do meu trabalho” foi a resposta mais citada. Das consequências, 18,6% dos participantes disseram que sentiram tristeza, depressão e baixa autoestima.

Os estudos descritos apresentam taxas de assédio moral muitas vezes com grandes diferenças; deve-se observar

cuidadosamente o que é o considerado assédio pelos autores e como é medido. Critérios como descritos por Leymann (1996), em que é necessário que um comportamento inadequado ocorra com frequência semanal por, pelo menos seis meses, implicam taxas mais baixas se comparadas a um ou alguns poucos comportamentos inadequados. Alguns instrumentos para rastreamento do assédio não são validados no Brasil, o que dificulta ainda mais comparações. O que se observa nos estudos mencionados é que, com muita frequência, o indivíduo que é vítima de algum comportamento agressivo ou inadequado tende a sofrer com isto, o que pode causar danos à sua saúde física e principalmente mental. Também pode ocorrer queda da motivação, do comprometimento e do envolvimento da pessoa com seu trabalho e mesmo com sua profissão.

Foram descritas diversas evidências que indicam que os profissionais de saúde têm sofrido continuamente com o assédio moral, porém a maioria dos estudos não contempla os agentes comunitários de saúde, grupo profissional da área da saúde pública com maior número de integrantes no país. Estes lidam com grande parte da população e se enquadram entre os profissionais de risco para sofrer assédio, pois ocupam posições hierárquicas baixas, não têm curso superior e, muitas vezes, atuam em condições insalubres e mesmo perigosas. Dessa forma, os objetivos do estudo são: 1) Verificar a prevalência de assédio moral em um grupo de agentes comunitários de saúde; 2) Analisar o impacto do assédio sobre sua saúde mental e seu envolvimento com o trabalho; 3) Verificar se existe correlação entre assédio moral, idade e tempo de serviço; 4) Identificar se existe diferença significativa nos escores de assédio moral entre solteiros e casados.

Método

Participantes

Participaram do estudo 121 agentes comunitários de saúde concursados da cidade de São Luís (Maranhão), sendo cinco homens e 116 mulheres. Destes, 58 são casados, e 63, solteiros. A idade média foi de 45,18 anos (DP=8,97), com tempo de serviço com média de 13,53 anos (DP=6,1 anos), dois apresentavam ensino fundamental, sete ensino médio incompleto, 90 ensino médio, sete ensino superior incompleto e 15 ensino superior. O método de amostragem foi não aleatório, todos os agentes comunitários de saúde do município de São Luís foram convidados a participar da pesquisa, os que compareceram participaram do estudo. Não havia critérios de exclusão.

Instrumentos

Escala de Percepção de Assédio Moral (EP-AMT)

Trata-se de um inventário escrito composto por 24 itens referentes a comportamentos inadequados que podem ser realizados contra o trabalhador por parte de seu superior. O teste, além de um fator geral proveniente da soma de todos os itens, é dividido em duas subescalas: assédio moral profissional e assédio moral pessoal. Cada item possui uma gradação de 1 a 7, sendo 1 = nunca, 2 = menos de uma vez ao mês, 3 = pelo menos uma vez por mês, 4 = mais de uma vez por mês, 5 = ao menos uma vez por semana, 6 = várias vezes por semana e 7 = uma ou mais vezes por dia. Somase o valor dos itens e divide-se pelo número de questões, referente a cada subescala e, para o fator geral, se faz o mesmo procedimento, porém se divide a soma pelo número total de questões. Valores iguais ou maiores que dois já indicam a presença de assédio moral.

O inventário foi validado no Brasil por Martins e Ferraz (2011).

O instrumento foi escolhido por ser um dos dois testes validados no país para mensuração do assédio moral à época da realização da pesquisa, apresentando indicadores satisfatórios de consistência interna. Segundo Martins e Ferraz (2011), o outro instrumento validado, o Questionário de Atos Negativos, não apresenta boas propriedades psicométricas.

Questionário Geral de Saúde de Goldeberg Resumido (QSG12)

Este instrumento corresponde a uma versão abreviada do *General Health Questionnaire* (GHQ-60) de Goldberg (1972), adaptado para o Brasil por Pasquali, Gouveia, Andriola, Miranda e Ramos (1994). Trata-se de uma medida autoaplicável do bem-estar psicológico, o instrumento detecta doenças psiquiátricas não severas. A versão utilizada neste estudo é composta de 12 itens, sendo cada item respondido em termos do quanto à pessoa tem experimentado os sintomas descritos, sendo suas respostas dadas em uma escala *Likert* de quatro pontos. As questões são respondidas variando de 1 a 4, sendo que, de acordo com o sistema de pontuação adotado por Goldberg (1972), isso implica que as respostas 1 e 2 sejam recodificadas como 0=ausência de distúrbio psiquiátrico, e as respostas 3 e 4 sejam recodificadas como 1=presença de distúrbio psiquiátrico. Portanto esse instrumento resulta numa pontuação que vai de 0 a 12 pontos. Goldberg (1972) recomenda que a pessoa que obtiver a pontuação igual ou superior a três apresenta sofrimento psíquico merecedor de atenção.

Escala de Envolvimento com o Trabalho (EET)

A EET é uma escala criada por Lodahl e Kejner (1965) adaptada e validada para

o Brasil por Siqueira (2008) composta por cinco afirmativas com alternativas que variam de 1 = discordo totalmente a 7 = concordo totalmente, que se referem à opinião do trabalhador sobre seu trabalho. O participante deve marcar sua concordância ou não com cada frase. Quanto maior o valor, maior o envolvimento com trabalho. Valores entre 1 e 3,9 indicam baixo envolvimento, entre 4 e 4,9 indiferente e entre 5 e 7 forte envolvimento.

Procedimento

Os testes foram aplicados coletivamente durante uma semana no auditório da Secretaria Municipal de Saúde de São Luís, a cada dia estavam presentes em média entre 15 e 20 pessoas. Primeiramente, eram explicados os objetivos da pesquisa, entregava-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, após assiná-lo, aplicavam-se os testes. Os pesquisadores esclareciam dúvidas e auxiliavam os participantes caso fosse necessário durante o preenchimento dos testes.

Para análise de dados, utilizou-se o *software* estatístico SPSS 20. Realizou-se a média de todos os testes e seu desvio-padrão. Foi utilizada a correlação linear de Pearson para correlações entre assédio moral geral, pessoal e profissional, e idade, tempo de serviço, sofrimento psíquico e envolvimento com o trabalho. O teste T de Student foi utilizado para comparação entre as diferenças entre as médias de assédio moral geral, assédio pessoal e assédio profissional entre casados e solteiros.

Resultados

Pode-se verificar que os escores de assédio moral geral, pessoal e profissional foram relativamente baixos, média de 1,11 para o geral, de 1,12 para o profissional e 1,09 para o pessoal (tabela 1). Apenas 2,47% (n=3) participantes obtiveram escore maior que dois, critério segundo o EP-AMT, em que a presença de assédio moral é identificada.

Em relação ao sofrimento psíquico, a média dos participantes no teste QSG foi de 4,08 (DP=2,68).

Tabela 1

Média e desvio-padrão do assédio moral geral, pessoal e profissional

| Dimensão | Média | DP |
|----------------------------|-------|------|
| Assédio Moral Geral | 1,11 | 0,24 |
| Assédio Moral Profissional | 1,12 | 0,23 |
| Assédio Moral Pessoal | 1,09 | 0,25 |

A figura 1 mostra os diferentes níveis de envolvimento com o trabalho, apresentados pelos participantes. A maioria apresentou alto envolvimento 41,32%

(n=50), seguido por baixo envolvimento 33,06% (n=40) e por envolvimento mediano ou indiferente, 25,62% (n=31).

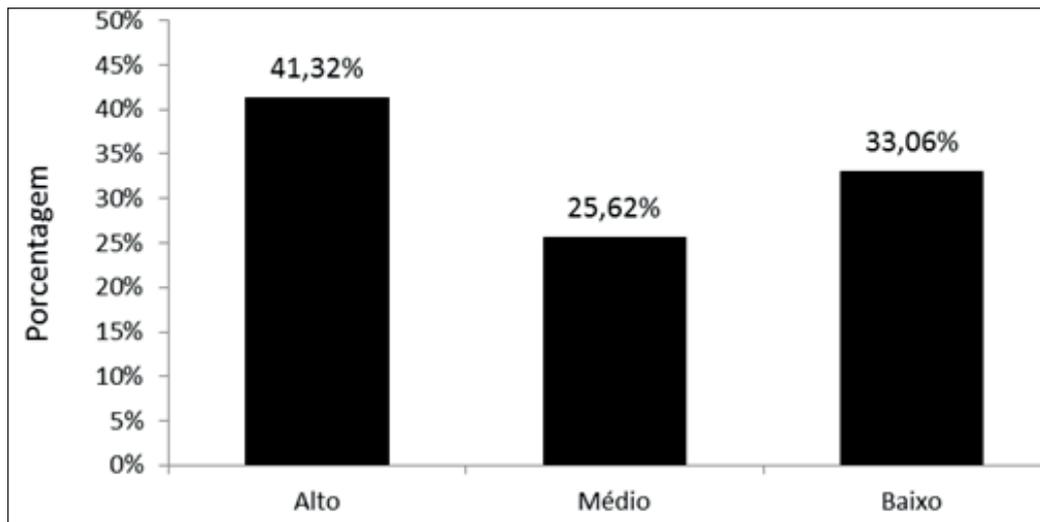


Figura 1. Níveis de envolvimento com o trabalho

Ocorreu uma correlação positiva fraca significativa entre assédio moral geral, pessoal e profissional e sofrimento psíquico. Não se observou uma correlação

significativa entre idade, tempo de serviço e assédio moral geral, profissional e pessoal, bem como assédio moral e envolvimento com o trabalho (tabela 2).

Tabela 2

Correlações entre idade, tempo de serviço, assédio moral, saúde mental e envolvimento com o trabalho

| Variáveis | Assédio Geral | Assédio Profissional | Assédio Pessoal |
|---------------------|---------------|----------------------|-----------------|
| Idade | - 0,104 | - 0,079 | - 0,096 |
| Tempo de Serviço | - 0,028 | - 0,022 | - 0,008 |
| Sufrimento Psíquico | 0,216* | 0,222* | 0,173* |
| Envolvimento | - 0,034 | - 0,059 | 0,003 |

* $p < 0,05$.

Não ocorreu diferença significativa entre os escores de assédio moral geral, $t(121) = 1,0186$, $p = 0,3449$; profissional, $t(121) = 1,1819$, $p = 0,2788$ e pessoal, $t(121)$

$= 0,8877$, $p = 0,4065$ entre homens e mulheres. A tabela 3 apresenta a média, o desvio-padrão e o intervalo de confiança desses escores.

Tabela 3

Média, desvio-padrão e intervalo de confiança da pontuação do EP-AMP de assédio moral geral, pessoal e profissional por sexo

| Sexo | M | DP | IC 95% |
|-----------------------------|------|------|-------------|
| Assédio Geral | | | |
| Homem | 1,10 | 0,58 | 1,00 - 1,21 |
| Mulher | 1,12 | 0,48 | 1,02 - 1,19 |
| Assédio Profissional | | | |
| Homem | 1,11 | 0,58 | 1,00 - 1,21 |
| Mulher | 1,12 | 0,48 | 1,02 - 1,19 |
| Assédio Pessoal | | | |
| Homem | 1,09 | 0,56 | 1,00 - 1,20 |
| Mulher | 1,09 | 0,49 | 1,03 - 1,20 |

Também não ocorreu diferença significativa entre casados e solteiros em relação aos escores de assédio moral geral $t(121) = 0,8010$, $p = 0,4246$; profis-

sional, $t(121) = 0,8494$, $p = 0,3972$ e pessoal, $t(121) = 0,3943$, $p = 0,6940$. A tabela 4 apresenta a média, o desvio-padrão e o intervalo de confiança desses escores.

Tabela 4

Média, desvio-padrão e intervalo de confiança da pontuação do EP-AMP de assédio moral geral, pessoal e profissional por estado civil

| Sexo | M | DP | IC 95% |
|-----------------------------|------|------|-------------|
| Assédio Geral | | | |
| Casado | 1,10 | 0,57 | 1,01 - 1,22 |
| Solteiro | 1,12 | 0,42 | 1,04 - 1,19 |
| Assédio Profissional | | | |
| Casado | 1,11 | 0,57 | 1,00 - 1,21 |
| Solteiro | 1,12 | 0,38 | 1,05 - 1,19 |
| Assédio Pessoal | | | |
| Casado | 1,09 | 0,56 | 1,00 - 1,21 |
| Solteiro | 1,10 | 0,42 | 1,03 - 1,18 |

Discussão

A maior parte dos participantes não relatou sofrer assédio moral. A prevalência encontrada foi de 2,47%, índice bem menor quando comparado aos 8% estimado pela Organização Internacional do Trabalho [OIT] (1998) para os trabalhadores europeus. Kivimaki et al (2003) e Kivimaki et al. (2000), em uma popula-

ção de mais de 12 mil trabalhadores da saúde na Finlândia, encontraram prevalência de 5,9% de assédio em um estudo e de 5% em outro. No Brasil, Maciel et al (2007) verificaram taxa de assédio moral em bancários em 9,97%, Xavier et al. (2008) encontraram prevalência de 18% em homens e 16,2% em mulheres trabalhadores da área de saúde, já Guimarães, Vasconcelos, Andrad, Stephanini e Rego

(2005), em trabalhadores de um gasoduto, verificaram taxa de assédio de 19,1%. A prevalência encontrada no estudo atual é menor quando comparado este aos estudos mencionados realizados no país e no exterior. Quando se consideram atos isolados como critério de assédio moral, os números encontrados tendem a ser mais altos (e.g., Mesquita, 2012; Barreto, 2000; Quine, 1999). Um problema na comparação entre estudos que verificam a prevalência de assédio moral é o uso de diferentes instrumentos de coleta de dados com diferentes critérios de concepção de assédio moral. Além disso, em alguns é identificado apenas o assédio proveniente da chefia e, em outros, assédios entre colegas, adicionalmente (e.g., Maciel et al., 2007; Mesquita, 2012; Freitas, 2001).

Alguns participantes, no momento da entrega dos testes, relataram algumas situações aos pesquisadores que não estavam descritas no teste, como, por exemplo: ser ordenado a fazer tarefas inúteis, como no caso de uma participante que foi obrigada a comparecer para dar uma palestra em uma escola em um dia que não havia aula, fato sabido pela trabalhadora e por sua chefe. Dessa forma, recomenda-se que estudos futuros apresentem também espaço para relato de outras situações ou complementem os testes com entrevistas.

Não foi verificada correlação significativa entre assédio moral e idade, este resultado corrobora o estudo Maciel et al. (2007); Soares e Oliveria (2012) e Kivimaki et al. (2000) e se opõe ao encontrado por Ariza-Montes et al. (2013a), que verificaram que profissionais mais jovens sofrem mais assédio moral. Pode-se hipotetizar que profissionais mais jovens ocupem posições hierárquicas mais baixas em virtude da pouca experiência, e este fato os tornem vítimas mais frequentes ou, ainda, que os jovens tenham maior propensão a não seguir regras

institucionais e mesmo sociais e entrem em confronto com os superiores, porém a maioria dos estudos não tem dado suporte a essa hipótese.

Pode-se observar consequências negativas do assédio sobre a saúde mental dos trabalhadores, uma correlação positiva fraca ocorreu entre assédio moral e o resultado do QSG-12. Esses trabalhadores apresentam sofrimento mental significativamente maior que os que não passaram por situações de assédio. São vários os exemplos da literatura em que foi identificada a influência negativa do assédio sobre a saúde das pessoas, seja direta ou indiretamente. Em Pranjić et al. (2006), foi verificado nível de estresse maior entre médicos assediados do que entre os não assediados, também foi relatado falta de motivação para o trabalho, perda de confiança, insônia, ansiedade, depressão e fadiga. Kivimaki et al. (2003) observaram associação entre assédio moral e depressão e problemas cardíacos. Já Quine (1999) encontrou correlações significativas entre assédio moral e aumento dos níveis de depressão, ansiedade e estresse e queda da satisfação em trabalhadores da saúde. Niedhammer et al. (2009) verificaram forte associação entre assédio moral e distúrbios de sono em 7.697 pessoas. Resultado mais impactante foi o encontrado por Emadad et al (2013), os autores verificaram a presença de sintomas depressivos significativamente maiores em pessoas que presenciaram situações de assédio sofridas pelos colegas do que pessoas que não presenciaram. Em outro estudo com agentes comunitários de saúde, quase todos os participantes que passaram por pelo menos uma situação constrangedora, relataram consequências negativas, as mais frequentes foram: tristeza e depressão (18,6%) e problemas de saúde diversos em virtude do ocorrido (11,6%) (Mesquita, 2012). Não é surpreendente que pessoas assediadas

apresentem prejuízo em sua saúde, a maior parte das pessoas adultas passa grande parte do seu dia em seu ambiente de trabalho, problemas que nele venham a ocorrer podem provocar danos em outras esferas da vida pessoal.

São várias as pesquisas que afirmam que o assédio pode trazer consequências negativas também às empresas. Alguns dados empíricos, como em Mesquita (2012) e Quine (1999), mostram que os trabalhadores assediados relatam ter vontade de deixar o emprego. Já em Kivimäki et al. (2000), observaram que a abstenção ao trabalho foi 51% maior entre as pessoas que sofreram assédio quando comparada às que não sofreram. Esse fato não foi observado no estudo, isto é, os trabalhadores assediados não apresentaram menor envolvimento e vinculação com seu trabalho do que trabalhadores não assediados. Ariza-Montes (2013b) investigou uma série de variáveis que estariam associadas ao assédio moral, dentre elas o envolvimento com o trabalho. O autor pôde verificar uma fraca associação entre tais variáveis $OR=0,572$ (IC 0,302 - 1,084), $p<0,05$, resultado semelhante ao do presente estudo. Contudo deve-se considerar que o envolvimento possa estar reduzido com a organização, e não com o trabalho, isto é, a pessoa está identificada e satisfeita com sua atividade, mas não com seu local de trabalho. Exemplificando, o agente de saúde pode estar envolvido com sua atividade clínica e social, mas insatisfeito com o hospital ou posto de saúde onde trabalha. Lodahl e Kejner (1965) afirmam que envolvimento significa que o indivíduo internalizou a importância do trabalho no seu conceito pessoal, pode-se hipotetizar que mesmo o trabalhador que sofreu assédio continua envolvido com sua atividade laboral, pois esta continua sendo uma fonte de prazer e uma referência na definição de quem ele é, independente de problemas com seus superiores.

Não foi identificado diferença significativa em relação à ocorrência de assédio moral entre homens e mulheres e entre casados e solteiros. Alguns autores afirmam que mulheres poderiam ser vítimas mais frequentes de assédio moral do que os homens, por serem marginalizadas socialmente (Maciel et al, 2007; Soares & Oliveira, 2012). Contudo tal afirmação não encontrou suporte nos resultados deste estudo.

Considerações Finais

Humilhações e atos negativos não são recentes no ambiente laboral, porém apenas recentemente este fenômeno tem sido estudado com frequência. Com o incremento da tecnologia e o aumento da disponibilidade de informações talvez se pudesse esperar a redução do assédio moral, porém o que se pode observar em diversas partes do mundo são abusos sofridos pelo trabalhador cotidianamente, seja por seus superiores, seja por seus colegas.

A constituição de meios para redução do assédio moral deve ser prioridade para empresas e governos. A desumanização do trabalhador deve ser combatida. A justificativa de aumento de competitividade, produtividade e lucratividade não deve se sobrepôr à dignidade da pessoa. Intervenções organizacionais tais como: estabelecimento de códigos de ética nas empresas, criação de instrumentos de denúncia, fornecimento de suporte ao trabalhador como, por exemplo: promoção de atividades recreativas, esportivas, sociais, acesso a recursos de saúde, premiação pelo comportamento adequado, punição a comportamentos indesejáveis, treinamento a funcionários e, sobretudo, chefia e gerência sobre habilidades sociais e relacionamento interpessoal podem ajudar a reduzir os índices de assédio moral.

Nesta pesquisa, foram investigadas possíveis relações entre assédio moral,

danos à saúde mental dos trabalhadores e seu envolvimento com o trabalho. Estudos adicionais com outros instrumentos de pesquisa e novas variáveis podem complementar os resultados encontrados, sobretudo evidenciando as possíveis consequências danosas do assédio moral às pessoas, às organizações e à sociedade.

Referências

- Ariza-Montes, A., Muniz, N. M., Montero-Simó, M. J., & Araque-Padilla, R. A. (2013a). Workplace bullying among healthcare workers. *J Environ Res Public Health*, 10(8), 3121-3139.
- Ariza-Montes, A. (2013b). The Incidence of Workplace Bullying among Bank Employees. *International Journal of Economics, Business and Finance*, 1(8), 228-234.
- Barreto, M. M. S. (2000). *Uma jornada de humilhações* (Dissertação de Mestrado em Psicologia Social, PUC, São Paulo, SP, Brasil).
- Emadad, R., Alipour, A., Hagberg, J., & Jensen, I. B. (2013). The impact of bystanding to workplace bullying on symptoms of depression among women and men in industry in Sweden: an empirical and theoretical longitudinal study. *Int Arch Occup Environ Health*, 86(6), 709-716.
- Freitas, M. E. (2001). Assédio moral e assédio sexual: Faces do poder perverso nas organizações. *Revista de Administração de Empresas*, 41(2), 8-19.
- Goldberg, D. P. (1972). *The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire: a Technique for the Identification and Assessment of Non-psychotic Psychiatric Illness*. London: Oxford University Press.
- Guimarães, L. A. M., Vasconcelos, E. F., Andrade, P. R., Stephanini, I. C. & Rego, R. M. (2005). Mobbing (assédio psicológico): relações com transtornos mentais e coping em trabalhadores do gasoduto Brasil-Bolívia. *Psicologia: Organização e Trabalho*, 5(2), 15-34.
- Health and Safety Authority (2001). *Dignity at work - The challenge of workplace bullying. Report of the Taskforce on the Prevention of Workplace Bullying*. Dublin: The Stationary Office.
- Hoel, H., & Cooper, C. L. (2000). *Destructive Conflict and Bullying at Work*. Manchester: British Occupational Health Research Foundation (BOHRF) and Manchester School of Management.
- Kivimäki, M., Elovainio, M. & Vahtera, J. (2000). Workplace bullying and sickness absence in hospital staff. *Occup Environ Med*, 57(10), 656-60.
- Kivimäki, M., Virtanen, M., Vartia, M., Elovainio M., Vahtera, J., & Keltikangas-Järvinen, L. (2003). Workplace bullying and the risk of cardiovascular disease and depression. *Occup Environ Medicine*, 60(10), 779-783.
- Lei n. 11.315, de 5 de outubro de 2006. (2006). Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional n. 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF.
- Leymann, H. (1986). *Vuxenmobnbing - om psykiskt Våld eu arbetslivet*. Lund: Studentlitterateur.
- Leymann, H. (1990). Mobbing and psychological terror at workplaces. *Violence and Victims*, 5(2), 119-126.
- Leymann, H. (1996). The content and development of mobbing at work. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5(2), 165-184.
- Leymann, H. (1997). The Definition of Mobbing at Workplaces. *The Mobbing Encyclopaedia*. Disponível em <http://www.leymann.se>

- Lodahl, T. M., & Kejner, M. (1965). The definition and measurement of job involvement. *Journal of Applied Psychology*, 49(1), 23-33.
- Maciel, R. H., Cavalcante, R., Matos, T. G. R., & Rodrigues, S. (2007). Auto relato de situações constrangedoras no trabalho e assédio moral nos bancários: uma fotografia. *Psicologia & Sociedade*, 19(3), 117-128.
- Maciel, R. H., & Gonçalves, R. C. (2008). Pesquisando o assédio moral: a questão do método e a validação do Negative Acts Questionary (NAQ) para o Brasil. In: L. P. A. Soboll (Org.). *Assédio moral/organizacional: uma análise da organização do trabalho*. (pp. 167-185). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Martinho Filho, A., & Siqueira, M. V. S. (2008). Assédio moral e gestão de pessoas: uma análise do assédio moral nas organizações e o papel da área de gestão de pessoas. *Revista de Administração Mackenzie*, 9(5), 11-34.
- Martins, M. C. F., & Ferraz, A. M. S. (2011). Propriedades psicométricas das escalas de assédio moral no trabalho: percepção e impacto. *Psico-USF*, 16(2), 163-173.
- Mesquita (2012). Assédio moral um estudo com agentes comunitários de saúde da cidade de São Luís. *Cadernos de Pesquisa*, 19(3). 90-95.
- Muchinsky, P. M. (2004). *Psicologia organizacional*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Niedhammer, I., David, S., Degioanni, S., Drummond, A., & Philip, P. (2009). Workplacebullying and sleep disturbances: findings from a large scale cross-sectional survey in the French working population. *Sleep*, 32(9), 1211-1219.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2004). Sensibilizando sobre el acoso psicológico en el trabajo. *Protección de la Salud de los Trabajadores* (n. 4). Ginebra: OMS.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT) (1998). Cuando el trabajo resulta peligroso. *Trabajo. Revista de la OIT*, 26, 6-10.
- Pasquali, L., Gouveia, V. V., Andriola, W. B., Miranda, F. J., & Ramos, A. L. M. (1994). Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG): Adaptação brasileira. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 10(3), 421-438.
- Pranjić, N., Maleš-Bilić, L., Beganlić, A., & Mustajbegović, J. (2006). Mobbing, Stress, and Work Ability Index among Physicians in Bosnia and Herzegovina: Survey Study. *Croat Med Journal*, 47(5), 750-758.
- Quine, L. (1999). Workplace bullying in NHS community trust: staff questionnaire survey. *British Medical Journal*, 318, 228-232.
- Siqueira, M. M. M. (2008). Envolvimento com o trabalho. In M.M.M. Siqueira (Org.), *Medidas de comportamento organizacional: Ferramentas de diagnóstico e de gestão* (pp. 139-144). São Paulo: ARTMED.
- Soares, A., & Oliveira, J. A. (2012). Assédio moral no trabalho. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 37(126), 195-202.
- Suárez, O. A. (2002). La violencia psicológica en el lugar de trabajo en el marco de la Unión Europea. *Lan Harremanak*, 7(2), 279-296.
- Toksoy, D., & Bayramoğlu M. M. (2013). Bullying within the Forestry Organizations of Turkey. *The Scientific World Journal*, 15(2013), 1-10.
- Xavier, A. C. H., Barcelos, C. R. V., Lopes, J. P., Chamarelli, P., Gandarela, R., Souza, S. Lacerda, L. S., & Palacios, M. (2008). Assédio moral no trabalho no setor saúde no Rio de Janeiro: algumas características. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 33(117), 15-22.

Recebido: 16/04/2015
Última revisão: 04/11/2016
Aceite final: 10/11/2016

Sobre os autores:

Alex Andrade Mesquita - Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Departamento de Psicologia. **E-mail:** alexmesquita@gmail.com

Amanda da Silva e Silva - Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Departamento de Psicologia. **E-mail:** amanda.ss2@hotmail.com

Hamanda Rabelo Bezerra - Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Departamento de Psicologia. **E-mail:** hamandarabelo@hotmail.com

Thaís Pinto Fontinele - Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Departamento de Psicologia. **E-mail:** thaيسfontinele@hotmail.com

Yuri Pacheco Neiva - Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Departamento de Psicologia. **E-mail:** yuripineiva@gmail.com