

*Mobbing* - Assédio moral no trabalho como fator desencadeante de stress  
laboral em enfermeiros

Bruna Miriam Saraiva Mendes

Relatório Final de Estágio e Projeto de Investigação integrado no Curso de  
Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica

**Orientadora Científica** – Professora Doutora Maria Augusta Romão da Veiga Branco

**Categoria** – Professora Coordenadora

**Afiliação** – Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança

**Mendes, B. M. S. & Veiga-Branco M. A. R. (2023). *Mobbing* – Assédio moral no trabalho como fator desencadeante de stress laboral em enfermeiros.**

Trabalho de investigação. Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Bragança (IPB)/Politecnic University of Bragança (PUB). Bragança, Portugal.

“O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo. Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis.!

(José de Alencar)

## Dedicatória

À minha família e amigos, sem o apoio deles não seria possível!

## Agradecimentos

A conclusão desta etapa não seria possível sem o apoio e perseverança de algumas pessoas, a quem eu quero manifestar a minha gratidão.

Em primeiro lugar, ao Instituto politécnico de Bragança, pela oportunidade de dar continuidade ao percurso académico.

À Professora Doutora Maria Augusta Romão da Veiga Branco, pelo apoio e orientação. Foi um elemento fundamental, a sua colaboração permitiu a viabilidade do todo o processo.

Aos meus grandes amigos, cujo apoio e incentivo foram permanentes. A persistência e força anímica foram essenciais durante todo este tempo.

À minha família, sempre presente e com apoio incondicional.

A todos, o meu mais sincero agradecimento!

## RESUMO

A experiência de Assédio Moral no Trabalho (AMT) em Enfermagem, apresenta consequências importantes, que acentuam a pertinência de pesquisa na área.

Com os objetivos de caracterizar os estudos que aqui assumem o estatuto de elementos de amostra; identificar categorias que expressem os contornos do AMT; analisar a fundamentação da literatura para as categorias de AMT encontradas.

Como metodologia, foi desenvolvida uma Revisão Sistemática da Literatura, a partir da amostra, selecionada em bases de dados Web of Science e PubMed, através do método PRISMA, e critérios PICO. A seleção emerge a partir da expressão de busca e termos MeSH, dos operadores booleanos (Moral harassment) OR (*mobbing*) OR (*bullying*) AND (nursing) AND (nursing professionals) AND (workplace) AND (stress). Resultam 116 estudos, e foram selecionados 11, por responderem à Questão de Investigação, emergentes de 4 países da Europa, 4 da Ásia, 1 da América do Sul e 1 da Austrália.

Resultou na identificação de 18 categorias que expressam os contornos do AMT: as categorias fortes são “*Burnout* – exaustão emocional e despersonalização”, fundamentada por 8 Componentes Discursivas (CD), de 6 estudos, seguida de “Insatisfação laboral, sentimentos de fracasso e frustração” por 5 CD de 5 estudos; e ainda “Stress Laboral, menor Capacidade de gestão de stress”, “Relação entre exposição ao assédio moral vertical e satisfação no trabalho” por 4 CD de 4 estudos, respetivamente. Concluiu-se que as co-morbilidades consequentes ao AMT - *burnout* e sintomatologia psicossomática – são indicadores para maior investigação e formação de enfermeiros, assim como para a implementação de estratégias preventivas.

**Palavras-chaves:** Assédio moral, *mobbing*, *bullying*, enfermeiro, profissional de enfermagem, stress.

## ABSTRACT

The experience of Moral Harassment at Work (AMT) in Nursing has important consequences, which accentuate the relevance of research in the area.

In order to characterize the studies that here assume the status of sample elements; Identify categories that express the contours of the AMT; to analyze the rationale of the literature for the categories of AMT found.

As a methodology, a Systematic Literature Review was developed, based on the sample, selected in Web of Science and PubMed databases, using the PRISMA method, and PICO criteria. The selection emerges from the search expression and terms MeSH, the Boolean operators (Moral harassment) OR (*mobbing*) OR (*bullying*) AND (nursing) AND (nursing professionals) AND (workplace) AND (stress). A total of 116 studies were conducted, and 11 were selected for answering the Research Question, emerging from 4 countries in Europe, 4 from Asia, 1 from South America and 1 from Australia. It was concluded that the comorbidities resulting from AMT - *burnout* and psychosomatic symptomatology - are indicators for further investigation and training of nurses, as well as for the implementation of preventive strategies.

Keywords: Moral harassment, *mobbing*, bullying, nurse, stress worker, stress.

## Lista de abreviaturas e Siglas

CVC – Cateter Venoso Central

CVP – Cateter Venoso Periférico

DGS – Direção-Geral da Saúde

DL – Decreto-Lei

EE – Enfermeiro Especialista

EMC – Enfermagem Médico-cirúrgica

EEEPSC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

LA – Linha Arterial

n.º - número

OE – Ordem dos Enfermeiros

p. página

PSC – Pessoa em Situação Crítica

TSRC – Técnica de Substituição Renal Contínua

UCIC – Unidade de Cuidados Intensivos cardíacos

UCIM – Unidade de Cuidados Intermédios

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SAV – Suporte Avançado de Vida

SU – Serviço de Urgência

SUMC – Serviço de urgência Médico-Cirúrgica

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VNI – Ventilação Mecânica Invasiva

VMNI – Ventilação Mecânica não Invasiva

VVAVC – Via Verde Acidente Vascular Cerebral

VVC – Via Verde Coronária

VVT – Via Verde Trauma

VVS – Via Verde Sépsis

# Índice de tabelas e Figuras

**Tabela 1.** Critérios PICOD

**Tabela 2.** Critérios de inclusão e de exclusão para a seleção dos estudos

**Tabela 3.** Dados extraídos dos estudos incluídos.

**Tabela 4.** Interpretação do Coeficiente kappa de Cohen

**Tabela 5.** Características metodológicas e descritivas dos estudos avaliados

**Tabela 6.** CATEGORIAS e respetiva origem amostral (Síntese da evidência dos estudos) -  
apresentação decrescente de evidência (da categoria mais forte para a mais fraca)

**Tabela 7.** Unidades categoriais

**Figura 1.** Diagrama de fluxo do PRISMA 2020

## ÍNDICE

Introdução.....	12
<b>CAPÍTULO I - ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS – Estágio no Serviço de Medicina Intensiva, Serviço de Urgência Médico-cirúrgica e Unidade de Cuidados Intensivos Coronários.</b>	<b>17</b>
1. Contextualização .....	18
1.1. Serviço de Medicina Intensiva .....	20
1.2. Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica.....	21
1.3. Unidade de Cuidados Intensivos Coronários .....	24
2. Reflexão Crítica das atividades desenvolvidas .....	26
2.1. Competência da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal .....	27
2.2. Domínio da Gestão de Qualidade .....	30
2.3. Domínio da Gestão dos Cuidados .....	34
2.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.....	35
3. Domínio das competências específicas na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica.....	37
3.1. Cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.....	38
3.2. Dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação .....	41
3.3. Maximizar a intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequados .....	42
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>44</b>
<b>CAPÍTULO II – Investigação .....</b>	<b>46</b>
<b><i>Mobbing</i> - Assédio moral no trabalho como fator desencadeante de stress laboral em enfermeiros. ....</b>	<b>47</b>
Introdução.....	48
1. Enquadramento Teórico.....	48
2. Métodos.....	50
2.1. Questão de Investigação .....	50
2.2. Estratégia de Pesquisa .....	51
2.3. Critérios de inclusão e Seleção dos estudos .....	51
2.4. Extração de dados.....	52
2.5. Avaliação da qualidade dos estudos.....	53
2.6. Síntese e análise dos resultados .....	53

<b>3. RESULTADOS</b> .....	53
<b>3.1. Pesquisa e seleção dos estudos</b> .....	53
<b>3.2. Características gerais dos estudos incluídos</b> .....	54
<b>4. Discussão dos Resultados</b> .....	62
<b>Conclusão</b> .....	66
<b>Referências bibliográficas</b> .....	67
<b>Anexos</b> .....	72

## Introdução

Casey & Smith (1997), afirmaram que “(...) nursing is currently experiencing an intense debate over its future”.

As necessidades crescentes nos cuidados em saúde incluem uma maior demanda evolutiva em enfermagem, exigindo cuidados de saúde cada vez mais qualificados.

Na atualidade, a Enfermagem desempenha um papel crucial nos sistemas de saúde, envolvendo cuidados diretos ao utente, promoção da saúde e gestão. A enfermagem está cada vez mais envolvida em atividades de liderança, pesquisa e educação, desempenhando um papel integral na prestação de cuidados de saúde de forma holística e na implementação de práticas inovadoras. A par de todos os avanços tecnológicos, também influenciou a enfermagem, com a integração de sistemas em saúde e a adoção de práticas baseadas na evidência para a melhoria da qualidade.

A experiência da intensidade laboral conduz a enfermagem a enfrentar diversos desafios psicossociais, incluindo a carga de trabalho intensa, pressão emocional e, em alguns casos, falta de reconhecimento. O stress decorrente desses fatores pode impactar a saúde mental e o bem-estar dos profissionais. Por isso, é primordial dar ênfase a novas problemáticas e aprimorar as infraestruturas da saúde para lidar com desafios emergentes.

Os atuais pressupostos da qualidade cuidativa emergem da necessidade de compreender e aceitar a organização social e funcional na sua qualidade, cujo tema foi e é ainda atual. Hoje como ontem, pode ser constatado assim. Por exemplo Rocher (1971) diz-nos que “a mudança social é toda a transformação observável no tempo que afeta, de modo não provisório, a estrutura ou o funcionamento da organização social de uma dada coletividade e modifica o curso da sua história”.

Neste sentido, surge a pertinência da temática, e torna-se relevante o estudo do *mobbing* em enfermeiros. As características próprias da profissão fazem com que os profissionais de saúde estejam especialmente expostos a situações de desgaste físico e

psicológico, mas é preciso conhecer o impacto de uma realidade específica: o assédio moral ou *mobbing*. É importante desmistificar a temática, pois o assédio moral não é uma doença, mas uma agressão repetida e intencional, que leva ao aparecimento de diversas enfermidades, tais como o stress, a ansiedade, a depressão ou o *burnout* afetando significativamente não só a saúde mental e física da população ativa, como também, a saúde organizacional (Roque A et al. 2021).

Pode ser desencadeado por diversos fatores, como a competição no ambiente de trabalho, diferenças de poder, conflitos pessoais. A falta de comunicação eficiente e a gestão inconveniente também traz benefícios para criar um ambiente propício ao *mobbing*. Segundo os mesmos autores, a instabilidade e fragilidade económica e laboral atual torna as pessoas mais inseguras tornando o local de trabalho um local de conflitos e violência frequentes. O stress pode causar um desequilíbrio da cognição, da tomada de decisões, da ansiedade e o humor; todos estes fatores preditores de diminuição da capacidade de resposta, ou resposta ineficaz perante situações de urgência/emergência. Por tudo isto, é mandatário criar mecanismos de prevenção ou de intervenção; além disso a comunidade em saúde deve estar alerta para esta questão que necessita de ser melhor estudada e tratada.

O presente relatório enquadra-se no VI curso de Enfermagem Médico-Cirúrgica - Pessoa em situação crítica, do Instituto Politécnico de Bragança. Neste contexto, foi contemplado a realização de três estágios, neste sentido, o presente relatório sistematiza o percurso realizado e de que forma foram adquiridas competências para a prestação de cuidados especializados.

Os estágios realizaram-se num Centro Hospitalar do Norte do País, nos períodos compreendidos entre 13 de Setembro de 2021 a 29 de Outubro de 2021, 01 de Novembro de 2021 a 17 de Dezembro de 2021 e 28 de Janeiro de 2022 a 18 de Março de 2022 respetivamente. Cada campo de estágio com uma carga horária de 168 horas.

E no seguimento do percurso académico, o curso considera a realização de estágios que se inter-relacionam, com o objetivo de proporcionar um espaço de aprendizagem e intercâmbio de conhecimentos fomentando o desenvolvimento de competências comuns e específicas. A inclusão em campos de estágio, proporcionam um ambiente

promissor de aquisição de competências, na reflexão crítico-reflexiva, na análise da prática clínica; todas elas promotoras no desenvolvimento de competências que permitirão prestar cuidados de enfermagem especializados, centrados na pessoa em situação crítica.

O principal objetivo deste relatório debruça-se sobre a descrição reflexiva e crítica do caminho percorrido nos diferentes campos de estágio, com o objetivo de consolidação de conhecimentos previamente adquiridos.

A este respeito Carvalho (2003) enfatiza o equilíbrio coerente entre o “*saber fazer, o saber estar e saber ser*”, e nesta perspetiva a experiência prática num ambiente de trabalho permite aplicar os conhecimentos teóricos, mas para além disso ajudam a desenvolver competências interpessoais, de comunicação bem como o desenvolvimento da aptidão para o trabalho em equipa.

De facto, é todo um percurso académico com consolidação prática que permite a interligação entre os conhecimentos adquirido e posteriormente aplicados com o devido aperfeiçoamento, tendo em conta a dinâmica potenciada por todos os elementos envolvidos nos campos de estágio, nomeadamente os enfermeiros orientadores, os demais profissionais e nós como formandos. Assim sendo, com o objetivo último e sendo esse equilíbrio o mais difícil de alcançar, ao longo de todo este tempo, pretendeu-se a coerência e a potenciação desse mesmo equilíbrio como enfermeiro entre o “saber fazer, o saber estar e o saber ser”.

E é da responsabilidade das instituições de saúde proporcionar um ambiente facilitador das aprendizagens: “professores e enfermeiros estão conscientes que há competências ao nível do saber fazer, do saber estar e saber ser, que só na atividade e em contexto de trabalhos podem ser percebidos e desenvolvidos pelos estudantes” (Carvalho, 2003: 29).

No documento da Ordem dos Enfermeiros (OE) Portugueses relativo às Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, nº140/2019 (Portugal, Regulamento nº 140/2019) e as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica, nº 429/2018 (Portugal, Regulamento nº 429/2018) consta que o enfermeiro é considerado especialista quando lhe são reconhecidas as competências: científicas, técnicas e

humanas, associadas aos cuidados de enfermagem especializados, inserido nas áreas de especialidade em enfermagem (Portugal, Regulamento nº 140/2019). No que concerne às competências específicas em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC), a finalidade é a melhoria da qualidade de vida da pessoa, em que é exigido uma conceção, implementação e avaliação de planos, para intervir e responder às necessidades identificadas. A deteção precoce, a estabilização, a manutenção e recuperação em casos que necessitam de meios avançados de vigilância, a monitorização e a terapêutica, a prevenção de complicações, a promoção da saúde/prevenção da doença estão inseridos nos vários contextos da ação. É premente que o enfermeiro especialista em EMC desenvolva a sua prática com base nas mais recentes evidências científicas, apresentando-se, também, como um líder para projetos de formação, de investigação e que tem o dever de atualizar os seus conhecimentos dentro da área da sua especialização (Portugal, Regulamento nº 429/2018).

Segundo Correia (2012, p.173), “a competência no profissional não corresponde a um acumular de conhecimento ou habilidades, descritos com maior ou menor pormenor, mas realiza-se nos contextos de ação, num processo em que sujeito e contexto se enriquecem mutuamente”, e é nesse dinamismo que assenta todo o processo formativo em ensino clínico que enriquece e desenvolve competências que só são possíveis *in loco*, com o envolvimento em equipas multidisciplinares, com a aprendizagem com profissionais altamente treinados e em serviços promissores para esse desenvolvimento. A aprendizagem em saúde é um processo contínuo e crucial para todos os profissionais da área de saúde, envolve a aquisição, atualização e aprimoramento de conhecimentos, habilidade e atitudes necessárias para fornecer um atendimento eficaz e de elevada qualidade. Além disso, a aprendizagem em saúde também inclui o desenvolvimento de habilidades, comunicação e colaboração em equipa, que são fundamentais para o ambiente de trabalho em saúde. Incluindo sempre, e com o sentido de desenvolvimento e aperfeiçoamento sempre ciente, das questões ético-legais que cumpram toda a prática clínica, bem como das necessidades dos utentes e suas famílias.

O presente relatório assenta na reflexão da experiência da prática diária, assenta no desenvolvimento e aquisição de competências com vista à prática de cuidados

especializados. Assim, a concretização do presente relatório inserido na especialidade de enfermagem médico-cirúrgica, analisa toda a experiência e capacitação nas diferentes competências nas áreas de responsabilidade ética e legal profissional, no domínio da gestão dos cuidados, no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais e no domínio específico na área médico-cirúrgica.

Serve, portanto, de ferramenta para demonstrar as habilidades e conhecimentos adquiridos durante o período de estágio. Inclui, também, habilidades técnicas específicas, bem como habilidades ligadas à comunicação e resolução de problemas amplamente dinamizadoras. Ajuda a refletir sobre a experiência pessoal e como ela contribuiu para o desenvolvimento profissional e pessoal. Isso inclui a identificação das áreas de força e mais frágeis, bem como expectativas futuras.

No seu conteúdo foram descritos e avaliados os objetivos gerais e específicos, foi elaborado tendo por base uma metodologia descritiva, com análise reflexiva e crítica, constituído por duas partes principais; sendo a primeira constituída pela contextualização e caracterização do tipo de serviço onde se realizaram os estágios, e uma segunda parte onde se pretende analisar e refletir criticamente acerca do desenvolvimento de competências comuns e específicas no âmbito da Enfermagem médico-cirúrgica na pessoa em situação crítica.

**CAPÍTULO I - ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE  
COMPETÊNCIAS – Estágio no Serviço de Medicina Intensiva, Serviço de Urgência  
Médico-cirúrgica e Unidade de Cuidados Intensivos Coronários.**

## 1. Contextualização

O presente relatório insere-se no plano do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da unidade curricular Trabalho de Projeto ou Estágio, do Instituto Politécnico de Bragança e de acordo com o planeamento proposto, pretende-se descrever as atividades desenvolvidas e apresentar uma análise crítica e reflexiva dos cuidados da prática de enfermagem no decurso do ensino clínico.

Pretende-se fazer uma análise acerca do desenvolvimento pessoal/profissional ou das dificuldades para o desenvolvimento das competências propostas e refletir acerca das estratégias utilizadas para atingir os objetivos delineados. O local de estágio deve ser potenciador de aprendizagens, conducente para o desenvolvimento cognitivo, prático e psicossocial na busca de competências especializadas nesta área. Proporciona ao aluno aplicar conhecimentos teóricos num ambiente prático para que possa adquirir experiências e habilidades profissionais relevantes. Oferece a oportunidade de aprender com profissionais para que possa refinar habilidades e conhecimentos; permite o desenvolvimento de habilidades interpessoais como o trabalho em equipa, comunicação, liderança e resolução de conflitos. Assim sendo, este relatório visa expor o percurso realizado enfatizando os conhecimentos adquiridos, as principais atividades e competências adquiridas e desenvolvidas e respetivas reflexões individuais.

A formação contínua permite melhorar as competências profissionais. A experiência é uma das fontes para a aprendizagem, uma vez que o indivíduo é incentivado a aprender conforme vivência necessidades e interesses. Desta forma, não é possível tornar-se especialista sem ter experiência em determinada atividade. É a partir da reflexão sobre a experiência que o indivíduo aprende novos conhecimentos e práticas (Lopes, 2010). Ao avaliar o desempenho durante o processo de formação permite ao aluno identificar pontos fortes e áreas de melhoria, fornece um *feedback* construtivo e ajuda a desenvolver um plano estratégico para alcançar os objetivos e o desenvolvimento pessoal e profissional.

Com base neste pressuposto, o principal objetivo do ensino clínico prende-se com o desenvolvimento de competências especializadas no cuidar da pessoa em situação

crítica, pelo que foram estabelecidos objetivos gerais e específicos que se pretendem refletir ao longo do presente relatório. Assim sendo, e contemplando os objetivos gerais:

- Caracterizar e descrever os locais de estágio quanto à sua estrutura e organização;
- Promover uma análise crítico reflexiva sobre o percurso realizado;
- Descrever e fundamentar as atividades realizadas para alcançar os objetivos individuais e competências na área do enfermeiro especialista em medicocirúrgica (EEMC);
- Refletir acerca do desenvolvimento de competências comuns aos enfermeiros especialistas e o desenvolvimento de competências especializadas no âmbito do reconhecimento precoce e tratamento da pessoa em situação crítica.

O ensino clínico e a integração em campos de estágio tão complexos e exigentes permitem uma metamorfose quer em termos de cognição como de prática clínica. A experiência permite um desenvolvimento diário e de um crescimento pessoal exponencial associado a uma feroz exigência difícil muitas vezes de acompanhar, que está intimamente ligada a dificuldades pessoais, profissionais e burocráticas.

Como tal, e enfatizando tudo o que já foi referido me proponho a fazer uma íntima avaliação de todo este percurso, assentando a experiência da prática diária na análise reflexiva do desenvolvimento de competências, na identificação e articulação em coerência das ações desenvolvidas e na reflexão sobre as mesmas.

## 1.1. Serviço de Medicina Intensiva

O serviço de medicina intensiva (SMI) é uma área hospitalar que oferece cuidados intensivos a utentes com uma variedade de condições médica e/ou cirúrgicas graves. Estas unidades são equipadas com equipas altamente especializadas, monitorização e equipamentos avançados para cuidar de utentes com diferentes necessidades e condições críticas. A facilidade para tratar uma ampla gama de condições é o que torna essas unidades “polivalentes”. O objetivo principal é estabilizar utentes em estado crítico até que possam ser transferidos para enfermarias para continuidade dos cuidados.

O SMI encontra-se localizada no piso zero (0), próxima da unidade de cuidados intensivos coronários, e sobre o serviço de urgência. Faz ainda fazer parte a área de apoio e logística, bem como a área de receção e acolhimento, que dá apoio às famílias/pessoas significativas de doentes críticos internados nesta unidade.

No SMI existem unidades do utente (algumas delas sujeitas a pressão negativa – unidades criadas durante a pandemia para admissão de doentes covid). Cada unidade tem duas colunas suspensas (pendentes), onde estão colocadas seringas elétricas, bombas perfusoras, monitores, ventilador, manómetros e sistemas de aspiração, múltiplas tomadas e todo o material necessário para prestar cuidados diários aos doentes internados. De forma a manter a área do doente sempre organizada, existe um check-list para cada unidade, onde consta todo o material mínimo necessário. Este check-list é realizado após a alta clínica ou sempre que necessário.

Ao longo do serviço existem balcões de apoio e carros de apoio à prestação de cuidados.

No centro do serviço, que assume um enquadramento definido de “*open space*” faz parte o designado “Posto de Vigilância”, onde se encontra um monitor que regista os parâmetros vitais de todos os doentes e vários computadores que dão apoio à unidade. Estes serviços hospitalares em conceito de “espaço aberto”, referem-se a ambientes de saúde que adotam um layout aberto, promovendo uma comunicação mais eficiente entre profissionais de saúde e melhorando a interação.

O restante material e equipamento encontram-se armazenados e organizados em diferentes salas. Existem ainda outras salas de apoio, importantes ao bom

funcionamento da unidade, como a sala de limpos e sujos, as copas, os balneários, casas de banho e sala de reuniões, bem como o gabinete da enfermeira-chefe e o gabinete do diretor do SMI.

Fazem parte um conjunto de recursos humanos que compõem uma equipa interdisciplinar: equipa médica (24h) e o diretor clínico; equipa de enfermagem (dois elementos dos quais especialista em enfermagem de reabilitação que desempenham tarefas na área da reabilitação durante os turnos da manhã e tarde), a enfermeira gestora, e ainda uma equipa de assistentes operacionais.

O rácio de enfermeiro/doente é de 2:1 de acordo com o grau de exigência na prestação de cuidados, com alguma flexibilidade em função das necessidades globais do serviço. Cumprindo as dotações seguras que classificam este tipo de unidade como nível III, sendo o rácio enfermeiro/doente de 1 enfermeiro para 2 doentes.

O SMI difere dos restantes serviços de internamento pelo fato de ser um serviço de nível III que, de acordo com a diretriz da Direção-Geral de Saúde (DGS), possui camas destinadas a doentes com duas ou mais disfunções de suporte orgânico. Este facto leva a uma maximização da eficácia e eficiência, com necessidade de melhor rentabilização na continuidade de cuidados, determinando uma permanência médica a cada 24 horas.

Perante a complexidade de cuidados diferenciados impõe-se ao enfermeiro de cuidados intensivos, um conhecimento diferenciado e altamente especializado sobre técnicas e manuseamento dos inúmeros equipamentos que detém o SMI.

No sentido de uma resposta pronta e eficaz, e tendo em conta a especificidade e excelência que este serviço apresenta, conduz a uma necessidade acrescida no domínio de técnicas que exigem grande preparação teórica e experiência na sua execução, levando à necessidade de formação contínua ao nível técnico e científico.

## 1.2. Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

Os serviços de urgência são serviços multidisciplinares e multifuncionais que têm por objetivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência

Com base neste pressuposto, e na incerteza inerente à dinâmica do Serviço de Urgência (SU) é primordial incorporar metodologias de organização. Assim como os profissionais de saúde que integram o SU devem ser equipas formadas e especializadas com o objetivo de ombrear as suas especificidades.

O SU é o acesso principal do Serviço Nacional de Saúde (SNS) na maioria dos doentes que recorrem ao mesmo. A Direção Geral de Saúde (DGS) em 2011 salienta o fato de os SU serem consumidores de grandes recursos humanos e financeiros e condicionam o regular funcionamento de todos os outros serviços, desde o internamento até aos meios complementares de diagnóstico e terapêutica. Sendo, portanto, serviços desafiantes em diversos níveis, dada a complexidade inerente à gestão quer de utentes, como profissionais bem como de gestão.

Os Serviços de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC) são o primeiro nível de receção das situações de urgência/emergência integrado na Rede Hospitalar Urgência/Emergência. São unidades diferenciadas que devem estar alocadas a hospitais gerais de nível não inferior a hospital distrital (DGS, 2001).

O Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC), encontra-se integrado no Departamento de Urgência e Emergência. Está situado no edifício central da unidade, ao lado do Serviço Imagiologia e Laboratório Clínico, permitindo um acesso rápido a estes serviços.

Assim, o SU onde decorreu o estágio apresenta uma equipa multiprofissional que funciona 24 horas por dia, que inclui apoio clínico de especialidades médicas e cirúrgicas.

Também integra uma Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), composta por um enfermeiro e um médico, com formação do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), que prestam cuidados pré-hospitalares.

A estrutura física do serviço é composta pela área de admissão, a sala de espera, sala de triagem, gabinetes médicos, área de tratamentos, sala de emergência, sala de pequena cirurgia, sala de ortopedia, gabinetes de medicina interna, gabinetes de registos de enfermagem, stock de farmácia, sala de observações, zona de sujos, armazém, gabinete do enfermeiro chefe e copa do pessoal, neste espaço estão incluídas as casas de banho dos utentes e do pessoal.

O SU recebe utentes vindos de uma vasta área geográfica de um distrito do Norte do País, acompanhados por todo o tipo de meios, como bombeiros, INEM e pelos próprios meios.

Na chegada ao SU dão entrada pela área de admissão onde é efetuada a ficha do utente e a sua identificação, passando para a sala de triagem, onde ocorre o primeiro contacto com o enfermeiro e é atribuída uma prioridade.

A triagem em urgência é uma área que requer um profissional com uma educação profissional específica e abrangente. O objetivo da triagem de utentes, é criar um sistema eficiente e direcionar o utente ao nível adequado de atendimento e aos recursos corretos no menor tempo possível.

Assim, o papel do enfermeiro da triagem é tomar decisões sobre a acuidade e a necessidade do utente para estabelecer prioridades, mantendo a consciencialização sobre condições patológicas potencialmente fatais.

A sala de emergência é a sala para onde são encaminhados os utentes emergentes e que se encontram em situação crítica, onde existem duas boxes (uma pediátrica e uma de adultos), estando equipada para tratar uma variedade de situações quer do foro médico como trauma.

A sala de Observações, é uma enfermaria equipada de meios humanos e físicos para os utentes que necessitem de monitorização contínua ou tratamentos/patologias que exijam uma vigilância permanente, dispõe de 11 camas com monitorização com telemetria.

De realçar que no SMUC estão implementadas quatro vias verdes, a via verde de trauma (VVT), via verde sépsis (VVS), a via verde coronária (VVC) e a via verde AVC (acidente vascular cerebral). A sua ativação é realizada pelo enfermeiro da triagem aquando da passagem dos utentes por esta sala, e após a sua ativação os utentes são encaminhados para o serviço seguindo o protocolo respetivo de cada uma das vias. Podendo também serem ativadas no extra-hospitalar ou mesmo à posteriori, após avaliação e entendimento clínico.

A área da urgência/emergência consiste no atendimento, diagnóstico e no tratamento de utentes com doenças ou lesões, e esse atendimento é prestado a pacientes com condições que variam de leves, moderadas a graves ou com risco imediato à vida.

De realçar que a filosofia de atendimento em urgência/emergência é uma prática dinâmica e progressiva que lida com utentes instáveis, sem diagnóstico e situações inesperadas.

Ao entrar em contacto pela primeira vez com um utente em contexto de urgência é essencial adotar uma abordagem sistemática para assegurar que todos os fatores sejam assegurados. Para isso é necessária e essencial uma abordagem primária e secundária por forma a fornecer ao profissional uma abordagem metódica para ajudar a identificar e priorizar as necessidades do utente.

Sendo que a avaliação primária deve ser realizada o mais rápido possível, por modo a identificar problemas potencialmente fatais. Se forem identificadas condições que apresentem ameaça imediata à vida deve-se parar e tomar as medidas de correção.

A avaliação secundária é uma verificação sistémica breve, mais completa, projetada para identificar todas as lesões.

Assim, a assertividade dos cuidados em contexto de urgência é crucial, pois dita a gravidade e a prioridade do atendimento. Como tal, deve incluir uma triagem rápida, avaliação e história clínica para tomar decisões informadas sobre os cuidados imediatos prestados. A comunicação eficaz entre profissionais e a execução de intervenções urgentes são fundamentais para garantir o melhor resultado possível.

### 1.3. Unidade de Cuidados Intensivos Coronários

A Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UCIC) encontra-se localizada no piso zero (0), próxima do SMI, e sobre o serviço de urgência. Faz parte, ainda, integrada na área comum ao SMI a área de apoio e logística, bem como a área de receção e acolhimento, que dá apoio às famílias/pessoas significativas de doentes críticos internados nestas unidades.

A UCIC é uma área especializada que fornece cuidados intensivos para utentes com patologias cardíacas graves. É projetada para fornecer monitorização contínua e cuidados intensivos aos utentes que apresentam risco de vida devido a problemas cardíacos agudos. É uma unidade equipada com equipamentos avançados.

A equipa da UCIC é composta por médicos especializados, enfermeiros treinados em cuidados cardíacos intensivos. Esses profissionais de saúde têm experiência em reconhecer e tratar complicações cardíacas graves e estão preparados para responder rapidamente a situações de emergência.

No serviço os utentes são sujeitos a monitorização apertada e rigorosa para avaliar a função cardíaca, o ritmo cardíaco, a tensão arterial e outros parâmetros vitais. Além disso, a UCIC pode fornecer suporte avançado de vida (SAV), como ventilação mecânica invasiva (VMI) e ventilação mecânica não invasiva (VMNI), se necessário. Os utentes permanecem na unidade até que a sua condição se estabilize para que possam ser transferidos para um serviço de cardiologia menos invasivo.

A UCIC desempenha um papel crucial no tratamento de pacientes com doenças cardíacas agudas, oferecendo cuidados especializados e monitorização contínua para garantir o melhor tratamento.

Existe uma porta que dá acesso direto ao bloco de pacemaker. Neste espaço, destinado aos utentes com necessidade de intervenção no sentido de colocação de dispositivos cardíacos ou estudos eletrofisiológicos, existe um circuito próprio e rigoroso. Onde estão alocados um enfermeiro, um assistente operacional um médico cardiologista, um técnico de cardiopneumologia e um técnico de raio X.

Integra também a unidade de hemodinâmica. Esta desempenha um papel importante no diagnóstico e tratamento de doenças cardiovasculares, permitindo intervenções minimamente invasivas e precisas. Essa abordagem reduz a necessidade de cirurgia aberta e oferece benefícios aos utentes, como tempos de recuperação mais rápidos e menor risco de complicações.

À semelhança do SMI, trata-se de uma unidade de nível III, sendo o rácio enfermeiro/doente de 1 enfermeiro para 2 doentes, cumprindo as dotações seguras.

## 2. Reflexão Crítica das atividades desenvolvidas

Os contextos clínicos são o local indicado e adequado para a construção de saberes e atitudes profissionais de forma a relacionarem os conteúdos de natureza académica com a prática, permitindo assim a construção do saber cognitivo (Alarcão & Rua, 2005)

O Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), Decreto-Lei n.º 161/96, Artigo 4.º, define que a profissão de enfermagem “(...), tem como objetivo prestar cuidados de Enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, (...)” (pág.2960). É deste modo clara a complexidade da profissão.

A aprendizagem é um processo contínuo, dinâmico e infinito; assim sendo percebe-se a complexidade de como o saber fazer, saber estar, saber ser está em constante formatação. E como tal é imperativo a necessidade de atualização de conhecimentos científicos, tendo sempre por base a prática baseada na evidência, com o objetivo de atingir cuidados altamente qualificados e diferenciados.

A prática individual de um profissional é o reflexo de um contínuo processo de aprendizagem e experiência, é sobretudo o resultado de um processo contínuo muitas vezes ingrato que se traduz na exponenciação do conhecimento com o sentido de mudança sempre presente. Segundo Ferreira (1999, pág.82) “aprender a aprender é um processo permanente, através do qual as pessoas constantemente aprendem a refletir, a questionar, a confrontar e a relacionar os acontecimentos. É uma síntese entre o saber acumulado e a contínua observação, consciente e crítica, de vida vivida”.

Da relação conhecimento/prática emerge a necessidade de reflexão e como tal, este documento serve como instrumento de exposição de todo o percurso, uma vez que nele se encontram descritas as atividades desenvolvidas durante o período de estágio. Nesta perspetiva, assenta a análise crítico-reflexiva de atividades desenvolvidas e adquiridas no decorrer do estágio, servindo ainda como meio de comunicação e informação durante o processo de aprendizagem. Com base nestes pressupostos, pretendo descrever o desenvolvimento dessas mesmas competências e aprendizagens.

As competências comuns são competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas (Regulamento nº 122/2011), são, portanto, competências compartilhadas

por todos os EE, independentemente da sua área de especialização. Sendo estas o reflexo da elevada capacitação de investigação, inovação, gestão e supervisão na prestação dos cuidados.

O supracitado regulamento determina que existem quatro domínios comuns às diferentes especialidades, nomeadamente, domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, domínio da melhoria contínua da qualidade, domínio da gestão dos cuidados e domínio das aprendizagens profissionais (Regulamento nº 122/2011).

O mesmo regulamento especifica e nomeia as Competências específicas sendo que estas decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, nomeadamente na área da médico-cirúrgica, pessoa em situação crítica alvo de reflexão no presente trabalho. São, portanto, as respostas humanas aos processos de vida e/ou doença, definidas de acordo com a intervenção para cada área de especialidade.

## 2.1. Competência da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Para Nunes (2010) para alcançar o nível de perito é necessário não só saber (correspondendo aos saberes técnicos), mas saber-fazer (englobando as competências práticas). Igualmente importante é o saber-estar (comportando as competências sociocomportamentais).

A profissão de Enfermagem move-se pelo direito de cuidar, segundo Thompson et al (2004, p.110) “o dever legal do cuidar dos enfermeiros (...) deriva da natureza do contrato implícito ou real entre os prestadores de cuidados e aqueles de quem eles cuidam ou que lhes confiaram as suas vidas. (...) O não cumprimento do dever de cuidar enquanto profissionais não só pode ser moralmente condenável por quebra de confiança, como alvo de um processo judicial”.

Assim sendo, este direito implícito acarreta deveres. Deveres intimamente ligados com a responsabilidade de proteger o outro de forma física e psíquica, o respeito pela individualidade humana, o sigilo. A prática profissional que respeita os campos ético e deontológico é uma competência comum a todos os enfermeiros, procurando que todos

os nossos cuidados respeitem alguns princípios básicos, nomeadamente os princípios da autonomia, justiça e beneficência, reconhecendo assim a dignidade da vida humana (Vieira, 2013). Ainda segundo o mesmo autor, desenvolver uma prática profissional e ética no campo de intervenção, é uma forma de promover a prática de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, e como tal ao longo deste percurso foi um foco que esteve sempre presente.

No cuidado ao doente em situação crítica pretende-se intensificar a excelência dos cuidados aprimorando os conhecimentos e os procedimentos. Contudo, tudo o que rodeia estas situações faz descurar determinadas particularidades. Por isso, a importância permanente da conscientização, mesmo em situações de exceção, da presença e desenvolvimento das questões ético-legais

O desenvolvimento de competências éticas e morais profissionais está, indiscutivelmente, segundo a minha perspetiva, intimamente ligada à evolução e crescimento individual enquanto profissional e pessoa. Muito embora, a nossa visão humana e pessoal não deva de todo interferir com as decisões profissionais. E é sobre essa dicotomia que procurei e procuro trabalhar todos os dias.

Bem sabemos que o ser humano é um ser único e individual e quando nos preparamos para prestar cuidados tão diferenciados, temos que nos preparar ética, legal e moralmente para todos os conflitos supracitados.

Procurei sempre individualizar os meus cuidados, o sentido de empatia procuro que esteja sempre presente. Esta capacidade profissional é uma competência individual que permite melhorar os cuidados prestados e o entendimento – capacidade de se colocar no lugar dos outros – a empatia desempenha um papel crucial na prestação de cuidados, fortalecendo a relação entre o profissional e o doente. Ela envolve compreender as emoções e a perspetiva do doente, promovendo um cuidado mais humano e eficaz. Contribui para uma comunicação mais eficiente, ajudando a construir confiança e melhorando o bem-estar geral do doente.

Assim, faz todo o sentido, decorrente destes princípios, a relação dos direitos humanos e da deontologia profissional consubstancia uma assunção de responsabilidade pelos

cuidados que o mesmo necessita, privilegiando os princípios da igualdade, do altruísmo e da liberdade responsável com justiça (Sousa et al., 2013).

Os processos de tomada de decisão nem sempre foram fáceis, pois é o resultado da convergência de múltiplos aspetos complexos. Em consideração, a perspectiva do utente, os conhecimentos e experiência do profissional e de toda a equipa multidisciplinar, a própria perspectiva da família. Neste sentido, e certa, porém de que o código deontológico esteve sempre na base ao longo de todo o ensino clínico, bem como do percurso profissional, como se encontra bem explicito na Lei 156/2045, Artigo 100º, o dever de o enfermeiro responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega.

A tomada de decisão em saúde envolve uma avaliação cuidadosa de múltiplos fatores (entre eles riscos, benefícios e opções) por forma a ser adotada a abordagem mais adequada ao cuidado. Esta decisão é amplamente influenciada por diversos fatores como as evidências científicas, opiniões do doente e valores éticos. Como tal, é importante desenvolver estratégias de resolução de problemas de forma conjunta, com a participação do doente/família e equipa multidisciplinar, tendo como suporte o conhecimento e experiência para uma tomada de decisão da prática clínica, disponibilizando informação adequada e alternativas no tratamento.

É um facto certo de que a tomada de decisão individual ou em equipa multidisciplinar é muito importante com o cumprimento dos princípios, normas e valores deontológicos. Por isso, quando falamos de PSC, com um risco elevado de instabilidade hemodinâmica e/ou falência orgânica, devem ser implementadas estratégias de resolução de problemas. Considerando sempre as necessidades e preferências do doente para garantir uma abordagem mais humanizada.

A posição de vulnerabilidade quer do doente quer da família, sobretudo na PSC, exige um maior esforço como profissional. Tal foi constatado ao longo do processo de ensino clínico e como tal, procurei sempre, mesmo que as decisões não passassem por mim enquanto aluna, colaborar no processo e constatei que essa mesma vulnerabilidade é tão ou mais evidente na família. Bem sabemos que o utente pela perda de saúde e capacidades se encontra numa posição vulnerável, contudo e sobretudo visto que o

ensino clínico decorreu durante um período pandémico em que as visitas estavam condicionadas, a vulnerabilidade dos familiares era evidente. De uma forma geral pelo desconhecimento de tudo o que rodeia o familiar em posição de fragilidade e por outro lado pela limitação do tempo de visita e por conseguinte a sensação de distanciamento num momento tão frágil.

Por outro lado, tenho que salientar a dificuldade e a exigência que os serviços de urgência exigem aos profissionais de saúde no sentido de manter a privacidade do doente. Devo referir que quer no SMI como na UCIC este aspeto era relativamente simples de se fazer cumprir. O utente permanece no seu espaço, fisicamente bem delimitado que lhes permite sentir conforto e privacidade e permite aos profissionais promover uma prática de cuidados que garantam a dignidade e privacidade. O desafio, e objetivado por mim, é num serviço de urgência. O espaço físico limita a prestação de cuidados de forma individualizada, é difícil e exige uma procura constante de alternativas pelos profissionais de saúde. Neste sentido, procurei sempre, juntamente com a equipa multidisciplinar, não causar sentimentos de desumanização e despersonalização.

A minha prestação durante os períodos de estágio foi marcada pela assertividade. Na presença de um ambiente e equipa diferentes, doentes com necessidades específicas para as quais, muitas vezes, não tinha resposta imediata, levou a um esforço acrescido. Contudo, verifico que com o decorrer do tempo o sentimento de confiança e de competência foi-se aperfeiçoando, resultado numa evolução da aprendizagem.

## 2.2. Domínio da Gestão de Qualidade

Percebemos que a crescente exigência de qualidade nos cuidados de enfermagem conduz a uma uniformização de conceitos entre os profissionais, o que permite mais facilmente responder a estas exigências.

A criação de sistemas de qualidade torna-se imprescindível para a área da saúde e cada organização dedicada a esta área prioriza a sua utilização, o que permite a definição de padrões de qualidade, segurança e gestão de risco (OE, 2001).

Baseado no regulamento supracitado, a qualidade e a melhoria contínua incidem numa busca de melhores práticas, através da exponenciação dos princípios da eficácia e eficiência na prestação dos cuidados. Nesta perspetiva, Bastos & Saraiva (2010) referem que a melhoria contínua de qualidade de cuidados é possível de quantificar e qualificar graças à existência de inúmeras ferramentas que se aplicam às organizações de saúde. Considerando que estas exigências vão ao encontro das orientações do Departamento de Qualidade na Saúde da DGS, que coordena a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, todas as organizações de saúde implementaram um Programa Nacional de Acreditação em Saúde (DGS, 2014). Este programa é baseado nas características do sistema de saúde português e num modelo sustentável que tem como principais objetivos, reconhecer e potenciar a segurança e qualidade da prestação dos cuidados de saúde, garantindo os direitos de todos os cidadãos. O indivíduo ocupa o lugar central do sistema de saúde, que leva os profissionais de saúde, durante todo o processo de acreditação dos serviços, a trabalhar para a melhoria contínua em todas as dimensões da qualidade em saúde (DGS, 2014).

A garantia da qualidade dos serviços de saúde é da responsabilidade de todos os profissionais que os prestam, nunca foi tão premente, pois existe uma crescente consciencialização dos utentes e das famílias bem como das instituições. Assim sendo, além de ser uma exigência legal da profissão, faz parte de todos os cuidados em saúde e como tal da prática diária em enfermagem. Não obstante, a qualidade dos serviços em saúde pode variar significativamente de acordo com a região e recursos disponíveis. Fatores como o acesso, eficácia, atendimento e infraestruturas desempenham papéis essenciais na avaliação da qualidade dos serviços prestados. É importante considerar medidas objetivas como a taxa de sucesso dos procedimentos, bem como experiências subjetivas dos doentes para uma avaliação completa.

Para a melhoria da qualidade, é importante que o enfermeiro desenvolva o seu exercício profissional tendo em conta a aquisição e desenvolvimento das competências, participam em programas de melhoria da qualidade, atuando simultaneamente como promotor e executor dos processos, mobilizando e divulgando continuamente novos conhecimentos sobre boas práticas (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Ao longo do ensino clínico tive sempre o cuidado de em cada serviço integrar-me em todos os projetos/normas desenvolvidos no sentido de melhoria de qualidade implementados pelos serviços. A melhoria contínua da qualidade em saúde é um processo constante de aperfeiçoamento dos serviços, no sentido de proporcionar um atendimento mais seguro e centrado no utente. Isso envolve a implementação de normas, ferramentas e metodologias que buscam identificar e corrigir problemas, reduzir riscos, aumentar a eficiência e melhorar o cuidado aos utentes e a sua segurança bem como dos profissionais de saúde.

A prática clínica foi sempre direcionada tendo em conta os padrões de qualidade. Os padrões de qualidade em saúde referem-se a diretrizes estabelecidas para garantir a prestação de cuidados de saúde de alta qualidade. Incluem medidas de segurança do utente, eficácia dos tratamentos, acessibilidade, eficiência dos serviços e satisfação do utente. São diretrizes fundamentais para garantir a excelência e o cuidado adequado. Como tal, procurei sempre promover um ambiente terapêutico seguro, tendo por base os procedimentos, normas e protocolos de cada serviço que integrei.

Os registos de enfermagem são de extrema importância na medida que permitem documentar e analisar o sucedido com o doente, garantindo a gestão e a continuidade dos cuidados que lhe são prestados, sendo que uma eficaz prestação de cuidados está também influenciada pela sua continuidade que se faz através do registo das ocorrências e observações ao longo do tempo em que o enfermeiro está em atividade, e como tal foi alvo de atenção ao longo do ensino clínico.

A formação em serviço permite por um lado o aprofundamento dos elementos que a realizam acerca de um determinado tema e por outro a partilha desse mesmo conhecimento com a restante equipa. A formação em serviço é essencial para atualizar conhecimentos e aprimorar as técnicas dos profissionais, mantendo-os alinhados com as mais recentes práticas e avanços.

Nesta perspetiva, considero uma área muito importante em que o enfermeiro especialista pode e deve intervir, potenciando as capacidades e competências individuais de cada um, promovendo a sua partilha com a equipa como por exemplo em formação em serviço. Deve ter como objetivo a satisfação das necessidades sentidas

pelos enfermeiros, inseridos num serviço, considerando as expectativas individuais e da equipa, com vista à obtenção da excelência e a qualidade dos cuidados prestados. Neste sentido, desenvolvi um trabalho relativo aos critérios de ativação das quatro vias verdes em momento de triagem no SU. Este trabalho, tendo por base os decretos da DGS, foi elaborado em forma de algoritmos e posteriormente apresentado à equipa.

Com o decorrer do estágio fui aplicando as escalas em vigor nos respetivos serviços, considerando que a aplicação de escalas contribui para a melhoria contínua dos cuidados prestados. Pois permite uma avaliação diária e uma monitorização para posterior avaliação e conclusões, no sentido de procurar respostas que melhorem a qualidade dos utentes que permanecem nestas unidades de saúde. Nomeadamente, aplicação diária da escala/instrumento para monitorização de úlceras por pressão como a Escala de Braden. Para além desta escala, existe um outro instrumento de avaliação da pele no SMI. Consiste num documento onde são registados, em todos os turnos, os sinais de lesão, úlceras por pressão, quebras cutâneas e dermatites identificadas, as zonas do corpo onde estas se localizam e as intervenções realizadas, sejam elas preventivas (como o posicionamento e a massagem) como curativas.

Um outro instrumento importante é a escala de Morse, aplicada com o objetivo de conhecer, avaliar e monitorizar o risco de queda, sendo considerada também um dos indicadores importantes quando se fala em melhoria contínua da qualidade.

De referir que a escala de Morse e a escala de Braden são aplicadas em todos os serviços, mesmo no SU, nomeadamente na sala de observações.

Pretendo também salientar os feixes de intervenção, que são estratégias, abordagens utilizadas para intervir e melhorar os cuidados. Tem como objetivo assegurar que os doentes recebam cuidados de saúde seguros. A prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde envolve práticas rigorosas de higiene, uso adequado de equipamentos de proteção, controlo de infeções e educação continua. Medidas como lavagem/desinfecção das mãos, normas associadas ao cateterismo vesical, cateter venoso central, linha arterial, colheita de espécimes para análise, feixe de intervenção da pneumonia associada à VMI, entre outras, alvo de atenção durante todo o ensino clínico.

No domínio da gestão da qualidade existe um crescente empenho pelos profissionais, serviços e unidades de saúde. Com resultados evidentes na prestação de cuidados, resultados mais satisfatórios quer para as unidades de saúde como para os doentes.

Com recurso a todos os conhecimentos suprarreferidos e pelas experiências vivenciadas que foram alvo de análise e reflexão crítica ao longo dos estágios, constato que adquiri competências neste domínio específico.

### 2.3. Domínio da Gestão dos Cuidados

De acordo com o Regulamento n.º 101/2015, de 10 de março, o enfermeiro gestor é considerado o elo central de uma equipa, pois implementa, supervisiona e monitoriza todas as alterações na organização de saúde, com o objetivo de alcançar cuidados de qualidade. A sua liderança é considerada uma característica muito importante na organização e gestão dos recursos.

A gestão dos cuidados em saúde envolve o planeamento, coordenação e organização de recursos para garantir a qualidade e eficiência no atendimento, melhorando tanto a assistência ao utente quanto a administração dos recursos disponíveis.

Assim, nesta perspetiva, a prática dos cuidados de enfermagem contempla o planeamento, a execução e avaliação desses mesmos cuidados. A gestão está implícita de variadas formas, potenciando a qualidade. Englobam estratégias e normas, contribuindo assim para uma participação mais ativa, capaz de conduzir ao desenvolvimento de uma profissão com autonomia e capacidade científica.

Envolve o planeamento, a organização e a coordenação de recursos, isso inclui gestão de recursos humanos, financeira, tecnológica e processos para garantir a eficiência e qualidade no atendimento. Um líder por excelência deve assumir-se como um gerador de condutas que proporcionem a criação de um ambiente de segurança e de qualidade. Contudo, a constante preocupação na racionalização dos custos tem claramente proporcionado uma crescente preocupação com a eficácia e a eficiência na área da saúde.

Os cuidados de Enfermagem são avaliados, não apenas pelos ganhos em saúde, mas também pelos recursos utilizados para os obter. Assim, a gestão é considerada um domínio da área de competência do enfermeiro que se revela de grande importância para a manutenção de um padrão elevado na qualidade dos cuidados prestados (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Durante o contexto de estágio, ambicionamos desenvolver as competências do EE direcionadas para o domínio da gestão de cuidados, observamos e analisamos as funções do EE responsável pelo turno e pela supervisão dos restantes elementos de enfermagem, bem como pela continuidade de cuidados.

No decorrer do estágio foram observadas diferentes atitudes e formas de atuação por parte dos enfermeiros gestores. Assim, foi possível conhecer diferentes estilos de liderança.

Para além do anteriormente referido, durante o estágio, aprendemos a estabelecer e gerir as prioridades dos cuidados, com adequação de recursos materiais e humanos.

Na opinião de Lopes (2010), gerir os cuidados não se associa apenas ao planeamento dos cuidados de cada doente. Esta gestão terá de ser feita, também, a nível dos recursos humanos e materiais necessários para a prestação desses cuidados. Pretendo salientar que durante o percurso do ensino clínico participei de forma ativa em articulação com a equipa multidisciplinar na gestão dos recursos, fundamentado sempre e tendo por base o disponível e o necessário para cada situação; procurando promover a otimização da qualidade dos cuidados, tendo sempre presente os padrões de qualidade de exercício profissional. Neste sentido, e enfatizando todos os dilemas subjacentes, emergiu a relevância do conhecimento, experiência e estabilidade emocional por parte dos enfermeiros, podendo em última análise ser cada um destes, determinante para a otimização da qualidade dos cuidados.

#### 2.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

No que concerne ao domínio das aprendizagens profissionais, o EE demonstra capacidade de autoconhecimento, reconhecendo que interfere no estabelecimento de

relações terapêuticas e multiprofissionais, revelando a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional (Regulamento n.º 140/2019, de 06 de fevereiro).

O presente regulamento preconiza neste âmbito o desenvolvimento de capacidades como a assertividade e o autoconhecimento, baseando a prática em padrões de conhecimento consistentes e com evidência científica, exigindo-se para o efeito atualização e formação permanentes.

O desenvolvimento das aprendizagens em saúde é crucial para garantir que os profissionais estejam atualizados com as mais recentes práticas, tecnologias e informações. Isso envolve treino contínuo, educação, desenvolvimento de habilidades clínicas e práticas, além de estar alinhado com os avanços em saúde. A aprendizagem contínua é essencial para garantir a qualidade e a segurança dos cuidados prestados.

São princípios inerentes desde a minha formação de base como enfermeira. O interesse pela integração na equipa multidisciplinar, o interesse pelo trabalho desenvolvido em cada campo de estágio, o interesse por aprofundar conhecimentos acerca dos protocolos, das técnicas, e dos procedimentos específicos realizados, que até então seriam do meu desconhecimento, pelo menos prático.

Com base na minha experiência profissional, este domínio nunca está finalizado, pois a excelência adquire-se com um longo percurso profissional, com experiências diversificadas. Contudo a reflexão deve fazer parte de cada momento e de cada circunstância, invocando sempre todo o saber e quando esse não é suficiente recorrendo à equipa, trocando opiniões. A permuta de saberes, foram e serão sempre um suporte fundamental para o aperfeiçoamento ao longo de todo o ensino clínico e ao longo de toda a carreira profissional.

O domínio das aprendizagens centra-se na capacidade de desenvolver o autoconhecimento e na capacidade de assentar as tomadas de decisão em princípios atuais e científicos. E tal me foi exigido ao longo dos ensinamentos clínicos, a fundamentação teórica na prática ao longo do processo de formação.

Assim, falar de aprendizagem é mais que aquisição de conhecimentos e conceitos, é um saber ser e saber estar. É aprender a estar atento e desperto, é ter um pensamento

crítico e reflexivo, é atuar atempadamente prevenindo o dano. É o desenvolvimento de aprendizagens profissionais práticas seguras e de qualidade contribuindo para um desenvolvimento profissional e pessoal. Nunes (2010, p.1) diz que “...através da experiência e da formação, os enfermeiros desenvolvem atitudes, crenças, conhecimentos e habilidades que, quando integrados em padrões morais e legais, caracterizam uma prática profissional envolvida e competente”.

### 3. Domínio das competências específicas na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica

Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica (PSC) são cuidados altamente diferenciados, neste sentido a OE define no Regulamento nº 124/ 2011 define as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e o Regulamento nº 361/2015 regula os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em situação Crítica. Com base no regulamento suprarreferido a pessoa em situações crítica é “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (pág. 8656).

É considerada pessoa em situação crítica aquela cuja vida esta ameaçada por falência de uma ou mais funções vitais, dependendo a sua sobrevivência de meios avançados de monitorização e terapêutica. Por isso mesmo, os cuidados prestados à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados e prestados de forma contínua, permitindo manter funções básicas de vida, prevenindo complicações e incapacidades, com objetivo numa recuperação total (Diário da República n.º 135/2018, Série II,2018).

Como tal foram delineadas as seguintes competências:

- Cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- Dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;

- Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

### 3.1. Cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

Todos os enfermeiros que trabalham com doentes críticos devem possuir conhecimentos relacionados com áreas específicas, o que os torna capazes de atuar em situações de risco de vida, incluindo situações de ansiedade e stress, vivenciadas pelo doente e família (Sá et al., 2015).

Deste modo, considero que os ensinamentos clínicos que tive a oportunidade de realizar foram enriquecedores, e sobretudo potenciadores de experiências novas e aprendizagem.

Muitas foram as expectativas criadas em volta dos módulos de estágio. A possibilidade de prestar cuidados nas mais variadas situações e circunstâncias proporcionou-me experiências positivas, que se traduziram num enriquecimento pessoal e profissional, que proporcionaram momentos de aprendizagem constante.

No SU procurei passar por todas as áreas por forma a experienciar o maior número de situações. Durante estes turnos tive a oportunidade de prestar cuidados em diversas situações clínicas, nomeadamente Via Verde Coronárias, Via Verde AVC, Via Verde Trauma, Via Verde Sépsis. O estágio realizou-se durante um período temporal onde as infeções respiratórias eram o grande motivo que levavam os utentes a recorrer ao SU pelo que foi possível, em situações mais excecionais recorrer a monitorização invasiva e ventilação mecânica invasiva e não invasiva (VMI/VNI).

Foi-me também possível colaborar na área de cirurgia/ortopedia com grandes traumas. Desenvolvendo conhecimentos relativos ao tratamento de doentes politraumatizados.

Assim sendo, e em todos os campos de estágio, os princípios da abordagem inicial ABCDE (via aérea, respiração, circulação, disfunção neurológica e exposição)

prevaleceram, sendo comum na avaliação do doente crítico, permitem conhecer de imediato as necessidades do mesmo e planear as intervenções de enfermagem mais adequadas em contexto clínico.

Ainda em relação ao estágio no SU, foi-me possível colaborar com a equipa no sentido de desenvolver um trabalho acerca dos critérios de ativação das quatro vias verdes no momento da triagem. A realização desse trabalho, baseia-se nos protocolos e regulamentos da DGS, sendo que a partir dos quais foram realizados fluxogramas e à posteriori apresentado em momento de formação em serviço.

Neste campo de estágio tive oportunidade de prestar cuidados tecnicamente exigentes, tendo antecipado e respondido atempadamente a focos de instabilidade nas pessoas em situação crítica.

Durante o estágio no SMI prestei cuidados altamente diferenciados, enriquecedores em múltiplos níveis. Do foro cirúrgico e médico, com necessidades de VMI/VNI. Tais técnicas requerem um estudo contínuo e conhecimento científico fundamentado, considerandose uma das maiores dificuldades dos profissionais que pela primeira vez têm esta experiência com este tipo de doentes.

Tive a oportunidade de realizar intervenções de enfermagem como: adaptar o doente ao ventilador, caracterizar a respiração, otimizar o tubo endotraqueal (que inclui o posicionamento do tubo, mudança do fio de nastro e avaliação do cuff), aspiração de secreções (por sonda de aspiração ou sistema fechado), cuidado de higiene oral. No caso do utente traqueostomizado, para além destas atividades, era também realizado tratamento ao local de traqueostomia.

A nível farmacológico, tive ainda oportunidade de preparar e administrar fármacos que mais raramente manuseava e alguns deles nunca tinha manuseado. Como tal, daí surgir uma crescente necessidade de realizar pesquisa bibliográfica como forma de consolidar o conhecimento sobre o seu efeito e interação.

Esta diversidade de fármacos específicos de unidades de cuidados intensivos/emergência, nomeadamente os sedativos, analgésicos específicos, inotrópicos (aminas), entre outros, obrigaram a efetuar várias pesquisas para colmatar dúvidas farmacológicas que foram surgindo. Isto permitiu obter uma visão mais

aprofundada quanto à relação entre as patologias/alterações hemodinâmicas do doente e a indicação farmacológica dos fármacos utilizados, assim como as reações resultantes da sua utilização.

Outra situação bastante complexa que foi possível experienciar em doentes foi a necessidade por disfunção renal, justificar o início de técnica de substituição renal contínua (TSRC) através de um cateter de diálise. A TSRC depende de inúmeros fatores que mantenham o circuito de diálise permeável. Perante tal complexidade, considero ter adquirido conhecimentos não só sobre a técnica, mas também sobre montagem, funcionamento dos equipamentos e os cuidados de enfermagem com estes doentes.

Na UCIC foi possível aprofundar conhecimentos acerca da interpretação de eletrocardiografia. Abordagem ao doente cardíaco numa multiplicidade de enfermidades. Desde a admissão, administração de terapêutica, vigilância do controlo analítico (nomeadamente marcadores cardíacos), vigilância eletrocardiográfica e controlo hemodinâmico.

Foi-me também permitido realizar um turno no bloco de pacemaker, onde pude colaborar com o enfermeiro na sala de pacemaker e observar toda a dinâmica na colocação de pacemaker e CDI. E em outro momento também me foi permitido realizar um turno na sala de hemodinâmica. Neste momento foi-me explicada a dinâmica do serviço e permitido observar a realização de procedimentos. Observei a realização de cateterismos cardíacos, dois diagnósticos e dois de tratamento através da dilatação e colocação de stent com fármacos. Durante os procedimentos, todo o percurso e trabalho era explicado pelo técnico de cardiopneumologia.

No que diz respeito à família, as informações que lhes são transmitidas deverão, maioritariamente, ser comunicadas pela equipa médica, contudo o enfermeiro responsável pelo doente pode esclarecer outras questões, mais relacionadas com as intervenções e procedimentos em enfermagem. Esta informação deve ser sempre clara e o enfermeiro deverá ter em conta o nível sociocultural, bem como o estado emocional dos familiares ao observarem a situação do doente. Relativamente ao dever de informar a família, considero que nem sempre tive oportunidade de tornar exequível esta necessidade, em virtude da limitação das visitas em momento pandémico. Contudo, e

sempre que o familiar estava presente procurei explicar, dentro daquilo que é a ação de enfermagem, a evolução do utente.

### 3.2. Dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação

Devido ao elevado número de situações de emergência, exceção e catástrofe, muitas destas causadas por alterações climáticas com agressões para o homem e para a natureza, cada vez mais se exige do enfermeiro conhecimentos técnicos e científicos, de modo a prevenir a ocorrências destas mesmas situações (Almeida Sousa, 2012).

Segundo o Diário da República, 2ª série – nº135 – 16 de julho de 2018, “uma situação de exceção consiste fundamentalmente numa situação em que se verifica, um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis que vai exigir a atuação, coordenação e gestão criteriosa dos recursos humanos e técnicos disponíveis”.

Neste sentido, importa conhecer os contextos em que tais situações ocorrem, de forma a planear os cuidados à vítima em situações de catástrofe ou de emergência multivítimas. Relativamente às situações de catástrofe e/ou exceção, não foi possível, durante o período de estágio, desenvolver qualquer tipo de atividades, visto que são situações muito imprevisíveis. Apesar de com regularidade ocorrerem acidentes com multivítimas, incêndios e intoxicações, e de o hospital estar preparado para a existência desses riscos, durante o ensino clínico não se verificou a necessidade de colocar os planos de emergência para estas situações em prática.

A unidade de saúde onde se realizou o ensino clínico possui um plano de emergência externa, que foi elaborado pela Comissão de Catástrofe. Esta comissão é responsável pelo seu planeamento, atualização, execução e avaliação. Por sua vez, o plano integra todos os serviços da unidade de saúde e interliga entidades exteriores à unidade de saúde, de forma a promover uma resposta eficaz e eficiente em situações de exceção e catástrofe.

3.3. Maximizar a intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequados

No que diz respeito a maximizar a prevenção, intervenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de resposta em tempo útil adequado, a DGS reconhece o Programa de Prevenção e de Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos como um dos seus nove programas de saúde prioritários. Através deste programa, é possível demonstrar que as infeções associadas aos cuidados de saúde constituem uma das complicações mais comuns, o que provoca um grande impacto no prognóstico do doente, pois para além de aumentar os custos devido a internamentos prolongados, aumenta a mortalidade (DGS, 2017).

Ao longo de todo o ensino clínico foi possível integrar nos serviços, os protocolos e normas a que se propõem para a diminuição das infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS).

Assim sendo, e em primeiro lugar em todos eles a lavagem ou desinfeção das mãos com solução alcoólica respeitando os cinco momentos.

De forma a prevenir a pneumonia adquirida na comunidade (PAC), na UCI, a higiene oral dos doentes críticos é realizada com clorhexidina. Posteriormente, em todos os turnos é feita a avaliação do cuff do tubo orotraqueal, é elevada a cabeceira do leito do doente a 30º, ainda na ventilação invasiva as mini-traqueias e os cachimbos substituídos de 24 em 24 horas, ou sempre que necessário, para evitar a condensação e saturação das mesmas.

Além da prestação dos cuidados de higiene diário, o banho é realizado com clorhexidina a 2%, quer no SMI como na UCIC.

A norma relativa ao cateterismo vesical (CV), CVC, LA, cateter venoso periférico (CVP), são seguidos os feixes de intervenção protocolados e registados para que a substituição/remoção seja realizada no momento preconizado. A avaliação diária da

necessidade destes dispositivos é realizada e registada. A todos os turnos, e sempre que seja necessária, é feita a otimização dos dispositivos.

Também alvo de auditorias e com resultados significativamente positivos, na UCIC ao nível de contaminações, diz respeito à colheita de hemoculturas. Neste caso a norma exige técnica asséptica, com colheita de sangue em dois membros diferentes (sempre que possível), e com 15 minutos entre as colheitas se no mesmo membro. A desinfeção do local de punção tem que ser realizada com clorhexidina. O processo tem que ser supervisionado por um segundo elemento, por um lado para ajudar o colega a manter todo o procedimento de forma assética, e por outro lado para supervisionar o procedimento.

Em relação aos isolamentos de contacto, após a realização de rastreio séptico na admissão do doente nas unidades e após a obtenção de resultados positivos, são colocadas placas de identificação na unidade do doente, com o microorganismo pelo qual o doente está infetado ou colonizado. Para o efeito, devem ser utilizados equipamentos de proteção individual, de acordo com a via de transmissão, em todos os procedimentos que envolvam contacto com o doente ou com a sua unidade/ambiente, que inclui cama, grades da cama, equipamento e superfícies.

Deste modo, considero no que concerne às competências do enfermeiro especialista em médico-cirúrgica no doente em situação crítica durante a prestação de cuidados no decorrer dos ensinamentos clínicos, permiti-me manifestar atitudes e comportamentos através do saber ser e saber fazer, promotores de conhecimento acrescido nesta área de intervenção.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A enfermagem é uma profissão complexa que envolve muito mais que processos de doença, é o resultado de uma prática com base científica.

As exigências da qualidade nos cuidados de enfermagem prestados obrigam a que a enfermagem seja uma profissão em constante evolução, e para isso com um investimento contínuo dos profissionais.

Assim, cuidar do doente numa perspectiva holística, é estar ciente de que cada etapa de vida exige a prestação de cuidados específicos e personalizados, o que implica competências diferenciadas. Com a evolução permanente da sociedade e dos cuidados de saúde torna-se imperativo um acompanhamento contínuo e uma atitude permanente de reflexão e interrogação sobre as práticas por parte dos enfermeiros. Como tal exige uma abertura onde o aprender e o desenvolvimento de competências é essencial, e por isso a formação apresenta uma importância acrescida.

Neste contexto o enfermeiro especialista assume um papel preponderante, uma vez que desenvolve capacidades reflexivas, capaz de mobilizar conhecimentos científicos, técnicos e relacionais. É, portanto, um profissional diferenciado, que demonstra uma enorme capacidade crítica no processo de tomada de decisão, com competências que permitem desenvolver programas de qualidade que geram ganhos em saúde.

A elaboração deste relatório visou expor a realidade vivenciada ao longo de todo o ensino clínico em três campos de estágio. Trata-se do culminar de uma caminhada com uma multiplicidade de aprendizagens e enriquecimento como pessoa e profissional. Esta mobilização de conhecimentos contribuiu em tudo para a aquisição de competências inerentes à prestação de cuidados como enfermeira EEMC. Este relatório foi elaborado tendo por base os domínios das competências do enfermeiro especialista, onde procurei evidenciar os objetivos delineados e as competências adquiridas vivenciadas nos campos de estágio (SMI, SUMC, UCIC).

Zelei por um exercício profissional responsável, ético e legal, garantindo uma prática que respeite os direitos e a dignidade humana.

Procurei integrar-me nos serviços, envolvendo-me com a equipa multidisciplinar e trabalhar de acordo com as necessidades que os utentes desses mesmos serviços tão específicos e diferenciados.

Considero que atingi os objetivos a que me propus, com competência e dedicação. Sinto-me segura do meu percurso e acredito ter dado mais um grande passo no sentido de um exercício profissional cada vez mais diferenciado.

Com efeito, todas as ações desenvolvidas assentaram sempre num pensamento crítico reflexivo com o propósito da excelência dos cuidados prestados, os serviços e os profissionais com os quais tive o gosto de partilhar este percurso também contribuíram para esse fim.

Posso considerar que ao longo de todo o percurso os pontos fortes superaram as dificuldades, sobretudo de conciliação de horários, exigem um esforço pessoal acrescido. Pois não se trata apenas de cumprir horas de estágio. A exigência destes serviços obriga a um esforço acrescido de integração em patologias e em procedimentos que necessitam de fundamentação teórica e como tal é necessário um investimento bastante exigente.

Assim, e em jeito de conclusão este percurso e a multiplicidade de experiências vivenciadas despertaram-me para a longa caminhada que é a profissão de enfermagem. É um percurso, que embora pareça longo até ao momento, percebi que tenho ainda muito para percorrer, parece-me que é apenas o início de um percurso de desenvolvimento profissional onde aprendi que o empenho no desenvolvimento científico e no pensamento crítico produz frutos profissionais.

## CAPÍTULO II – Investigação

***Mobbing***- Assédio moral no trabalho como fator desencadeante de stress laboral em enfermeiros.

## Introdução

No sentido de perspetivar a paisagem socio clássica laboral dos sentidos e significados de *mobbing*, apresenta-se a bibliografia mais clássica, que de alguma forma nos ajudam a compreender a força cultural que assumem algumas atitudes, e a fundamentar a pertinência do estudo.

O assédio moral no local (AMT) de trabalho foi identificado pela primeira vez nos anos 80 do século XX pelo investigador sueco Leymann, que o definiu como um conflito contínuo em que a vítima é sujeita a um ou mais atos negativos durante um período de pelo menos seis meses (Özkan Şat et al., 2021). O termo *mobbing* surgiu nas décadas de 1980 e 1990 e foi proposto por Heinz Leyman, que o considerou como um ato realizado de forma sistemática por diversos colaboradores, através de uma comunicação hostil e imoral, deixando a vítima numa situação indefesa (Schatzman et al., 2009). Pereira (2009, p. 16), na sua publicação esclarece que “a palavra *mobbing* deriva do termo inglês *to mob*, que significa a atividade que rodeia o assédio a alguém ou a algo, também podendo ser traduzido como turba. (...) Por extensão usa-se vulgarmente com a aceção de ataque indiscriminado por parte de um grupo”. A violência no local de trabalho é constituída por incidentes em que os funcionários são maltratados, ameaçados ou agredidos em circunstâncias relacionadas com o seu trabalho, incluindo deslocações de e para o trabalho que envolvam desafios explícitos ou implícitos à sua segurança, bem-estar ou saúde (Özkan Şat et al., 2021). A violência física e psicológica, a agressão física, como as ameaças, a intimidação e o assédio são exemplos deste comportamento (Pérez-Fuentes et al., 2020). Estudos anteriores definiram a violência no local de trabalho como o uso de força física ou não física contra indivíduos ou grupos que pode causar danos no bem-estar físico, mental, espiritual, moral ou social da vítima (Boyle & Wallis, 2016). Estudos anteriores realizados em vários países revelaram que 50% dos trabalhadores do setor da saúde tinham sido vítimas de violência no local de trabalho, sendo o assédio moral, tipificado na agressão verbal, o mais comum (Boyle & Wallis, 2016).

De acordo com outro estudo, 54,6% dos enfermeiros de serviços de urgências na Indonésia sofreram violência não física por parte dos doentes. Estudos anteriores concluíram que 50% dos enfermeiros tinham sofrido incidentes de violência no local de trabalho, sendo a violência verbal a mais comum entre os profissionais de saúde (Park et al., 2015).

Baseando-se o presente estudo nestes pressupostos, delineou-se como objetivo mapear as evidências científicas, através de uma revisão sistemática da literatura, acerca do AMT como fator desencadeante de stress laboral em enfermeiros. Considerando os efeitos do AMT para os enfermeiros e para as organizações de saúde, o presente trabalho visa responder à seguinte questão de investigação: “Será que o assédio moral no trabalho é um fator desencadeante de stress laboral em enfermeiros?”

### 1. Enquadramento Teórico

A literatura clássica, já no século XX coloca o AMT de trabalho como um problema grave na Enfermagem, onde a Organização Mundial de Saúde (OMS), como refere Baumann et al. (2010), identificou o seu aumento global como uma séria ameaça à saúde e ao bem-estar dos enfermeiros; chamou a atenção para a necessidade de reduzir a violência no trabalho como uma prioridade. O AMT causa problemas físicos e psicológicos aos trabalhadores do setor da saúde. Envolve qualquer comportamento negativo, exibido por um indivíduo ou grupo de poder percebido ou real, que foi repetida e persistentemente dirigido a outro indivíduo, que teve dificuldade em defender-se contra o comportamento, por um período de tempo prolongado (por exemplo, pelo menos 6 meses (Nielsen & Einarsen, 2018; Anusiewicz et al., 2019. Não é um evento único e não envolve interações inevitáveis ou conflitos interpessoais que podem ocorrer quando as expectativas e os objetivos claros são definidos,

o progresso é monitorizado ou o feedback construtivo é fornecido (Nielsen & Einarsen, 2018). Embora comumente incluída nas definições de assédio moral no local de trabalho, a intencionalidade em nome do perpetrador não é um atributo definidor do mesmo, porque a intenção é difícil de estabelecer e mensurar. Com os seus muitos atributos, o AMT é considerado um fenômeno complexo, complicando a sua avaliação (Nielsen & Einarsen, 2018; Njaka et al., 2020).

As atitudes negativas resultantes do assédio moral podem desencadear elevados níveis elevados de stress, perturbações mentais e psicológicas, incluindo a ansiedade e a depressão nas vítimas. Outras manifestações físicas incluem distúrbios gastrointestinais, hipertensão, cefaleias e distúrbios alimentares e do sono, que acabam por afetar a saúde geral da vítima. Além disso, pode resultar em insatisfação com o trabalho e isolamento social. Para a instituição, o assédio moral pode causar um aumento do absentismo, redução da produtividade e da eficiência e o abandono do emprego (Aoki & Guirardello, 2019; Al Omar et al., 2019; Tomagová et al, 2020). Os comportamentos associados ao assédio moral, muitas vezes, são tolerados, com alguns enfermeiros a aceitá-lo como parte integrante do trabalho, como forma de minimizar o seu impacto a longo prazo na comunicação, trabalho de equipa e segurança dos doentes (Taylor, 2016; Teixeira et al., 2017). Vários estudos mostram que este aumenta os eventos adversos/falta de segurança do doente e a sua insatisfação, sendo estes indicadores da qualidade dos cuidados de saúde apoiados por Johnson et al. (2020), segundo os quais, o AMT é uma importante questão para os profissionais de saúde, particularmente para os enfermeiros, que pode influenciar a propensão de cometerem erros na sua prática, em decorrência do aumento dos níveis de stress. A influência do ambiente de trabalho nos erros de prática de enfermagem, ligações a nível individual entre o assédio moral e os erros de prática de enfermagem, barreiras para o trabalho de equipa, e dificuldades de comunicação. Esta análise indica que os enfermeiros percebem que o assédio moral influencia os erros na prática de enfermagem e os resultados dos doentes, embora os mecanismos não sejam claros. Deste modo, consideram ser necessário a realização de mais estudos de qualidade para elucidar os efeitos do assédio moral nos erros na prática de enfermagem e nos resultados dos doentes, com reflexos na segurança dos doentes, com aumento dos custos de saúde e na saúde mental dos enfermeiros.

A enfermagem é, desde há muito, reconhecida como uma profissão desafiante, que se depara com adversidades no local de trabalho, como o stress e o assédio moral, sendo este último motivo de preocupação. O assédio moral dos enfermeiros não é novo e tem sido objeto de estudos de investigação. Este fenómeno tem sido estudado por afetar os enfermeiros nos Estados Unidos da América há mais de 100 anos, com base num estudo do New York Times de 1909, "The hospital tyrants" (Goh et al., 2022). Apesar de anos de investigação neste domínio, os enfermeiros continuam a ser vítimas de assédio moral, uma vez que muitos líderes, instituições e até os próprios enfermeiros negam a sua existência ou aceitam-no como norma, criando uma cultura de silêncio que impede soluções para o problema (Goh et al., 2022). A enfermagem é a maior das categorias profissionais mais stressantes no domínio da saúde, uma vez que os enfermeiros têm de lidar com as exigências dos doentes/familiares e de outros profissionais e dos seus próprios colegas de trabalho. Estes têm de suportar situações de angústia e dor, sobrecarga de trabalho e turnos extensos de trabalho, o que os expõe ainda mais ao AMT (Aoki & Guirardello, 2019; Tomagová et al, 2020).

Enfrentar este fenómeno está associado a sintomas de depressão, ansiedade e angústia nos enfermeiros, podendo, além disso, aumentar o stress laboral e diminuir a satisfação e a realização profissional, bem como reduzir a segurança dos doentes, com maior risco de ocorrência de erros clínicos, com expressão na insatisfação dos doentes e seus familiares. Estas consequências podem ter repercussões importantes nas organizações de saúde e na

qualidade dos cuidados que prestam, pois podem reduzir o número de recursos humanos na enfermagem e impor custos adicionais e consideráveis em termos de substituição e recrutamento de pessoal (Hodayuni et al., 2021).

Os esforços para diminuir o AMT relatado pelos enfermeiros têm sido do interesse de investigadores, líderes de enfermagem e organizações de saúde. O comportamento de assédio moral é comum na profissão de Enfermagem. Os atos negativos têm um impacto negativo nos enfermeiros e aumentam o risco de insatisfação no trabalho, *burnout*, tensão na saúde mental e acidentes de trabalho. Denunciar o comportamento e mudar a percepção da ameaça de retaliação pode ser uma forma de mudar a dinâmica abusiva conhecida neste grupo profissional (Ntantana et al., 2017). Este fenómeno entre enfermeiros é um problema universalmente reconhecido que tem consequências importantes para os mesmos, para os doentes e para as instituições de saúde, o que justifica a realização da presente revisão sistemática da literatura.

## 2. Métodos

A revisão sistemática da literatura é reconhecida como uma componente crítica do processo de revisão sistemática. Envolve uma procura sistemática de estudos e visa a um relatório transparente de identificação do estudo, clarificando acerca do que foi feito para identificar os estudos e como os resultados da revisão se situam nas evidências relevantes (Santos & Cunha, 2021). Os mesmos autores referem que “globalmente, as revisões sistemáticas podem sintetizar evidência de estudos quantitativos (meta-análise) e/ou sintetizar evidência de estudos qualitativos (meta-síntese)” (Cunha & Santos, p. 2021, p. 35). Salientam ainda que “várias organizações internacionais e nacionais recomendam a sua implementação porque: a tomada de decisão é simplificada; a incerteza, o risco e a viabilidade são reduzidos; e a qualidade dos cuidados melhorada” (Cunha & Santos, 2021, p. 17). Esta deve seguir as seguintes etapas: na primeira fase, deve ser formulada a questão de investigação, que deve ser respondida, através dos resultados; na segunda fase, procurar as evidências, deve ser realizada uma pesquisa bibliográfica abrangente para identificar os estudos relevantes; na terceira etapa, deve selecionar-se os estudos; na quarta fase tem lugar a avaliação crítica da qualidade dos estudos; na quinta fase procede-se à extração dos dados; e na sexta fase apresenta-se uma síntese dos dados (Cunha & Santos, 2021). Tendo em conta os autores supracitados, a presente revisão sistemática da literatura caracteriza-se por ser uma meta-síntese, ou seja, consiste num “processo interpretativo” que exige que os “revisores categorizem os achados dos estudos; agreguem as categorias para desenvolver achados pertinentes” (Cunha & Santos, 2021, p. 35), no caso concreto objetiva-se sistematizar o conhecimento atual em termos de assédio moral no trabalho - *mobbing* - como fator desencadeante de stress laboral. Mais especificamente: pretende-se caracterizar a amostra dos estudos; verificar o nível de relação existente entre o assédio moral no trabalho e o stress; verificar e comprovar a relação entre este e o *burnout*; verificar os efeitos cumulativos entre o *burnout* a partir do assédio moral no trabalho.

### 2.1. Questão de Investigação

Esta revisão sistemática foi realizada através da metodologia Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis (PRISMA), tendo por base os critérios PICOD (Tabela 1). A diretriz do PRISMA, publicada em 2009, foi concebida para ajudar os autores de revisões sistemáticas a comunicar de forma transparente o motivo pelo qual a revisão foi efetuada, o que os autores fizeram e o que encontraram. Ao longo da última década, os avanços na metodologia e terminologia da revisão sistemática exigiram uma atualização da diretriz. A declaração PRISMA 2020 substitui a declaração de 2009 e inclui novas

orientações de comunicação que refletem os avanços nos métodos para identificar, selecionar, avaliar e sintetizar estudos. A estrutura e a apresentação dos itens foram modificadas para facilitar a implementação (Page et al., 2020). As revisões sistemáticas geram vários tipos de conhecimento para diferentes utilizadores das revisões. Para garantir que uma revisão sistemática é importante, os autores devem preparar uma descrição transparente, completa e exata do motivo pelo qual a revisão foi efetuada, do que fizeram (como os estudos foram identificados e selecionados) e do que encontraram (características dos estudos contribuintes e resultados), o que deve constar do PRISMA (Page et al., 2020).

**Tabela 1.** Critérios PICOD

P - Participantes	Enfermeiros
I - Intervenção	Assédio moral no trabalho
C - Comparação	Não se aplica
O - Resultados	Fator desencadeante de stress laboral
D - Desenho do estudo	Estudos primários

Uma revisão sistemática pode ter um conjunto de objetivos a serem alcançados, mas a formulação do problema, a partir do qual evolui a questão da pesquisa, é o objetivo principal, sendo o seu foco importante (Santos & Cunha, 2021). Partindo desta premissa, definiu-se a seguinte questão de investigação: “Será que o assédio moral no trabalho é um fator desencadeante de stress laboral em enfermeiros?”

## 2.2. Estratégia de Pesquisa

Para a identificação de estudos relevantes, que nos permitam responder à questão de investigação formulada, procedeu-se primeiramente à definição da expressão de busca e à escolha das bases de dados onde a mesma foi efetuada. O glossário MeSH da National Library of Medicine (NLM) foi usado para identificar os termos MeSH mais adequados para cada descritor da expressão de busca. Estes descritores foram conjugados com os operadores booleanos AND e OR, tendo resultado numa primeira expressão de busca composta exclusivamente por termos MeSH: (Moral harassment) OR (*mobbing*) OR (bullying) AND (nursing) AND (nursing professionals) AND (workplace) AND (stress). O glossário MeSH foi então novamente utilizado para enriquecer esta expressão com termos em linguagem natural, sinónimos ou hierarquicamente contidos nos termos MeSH da expressão inicial. Deste processo resultou a expressão de busca final que foi empregue na pesquisa de artigos nas bases de dados Web of Science e PubMed.

## 2.3. Critérios de inclusão e Seleção dos estudos

A presente revisão sistemática da literatura incluiu artigos originais, realizados em enfermeiros que avaliam o assédio moral no trabalho como um fator desencadeante de stress laboral. Os critérios de seleção que foram aplicados, concretamente, à seleção dos estudos para inclusão nesta revisão sistemática estão descritos na Tabela 2:

**Tabela 2.** Critérios de inclusão e de exclusão para a seleção dos estudos

Critérios de Seleção	Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
[P] Participantes	Enfermeiros	Outros profissionais de saúde
[I] Intervenção	Assédio moral no trabalho	Não ser vítima de assédio moral no trabalho

<b>[C] Comparações/contexto estudo</b>	Não se aplica	
<b>[O] Resultados</b>	Assédio moral como fator desencadeante de stress laboral	
<b>[D]</b>	Estudos primários (controlados randomizados ou não)	Estudos secundários (revisões sistemáticas da literatura, revisões integrativas da literatura, <i>Scoping Review</i> ), literatura cinzenta
Data de publicação	2017-2023	
Línguas	Português, Inglês	
Disponibilidade do artigo	Full-text	

Foi exigida a observância cumulativa de todos os critérios enumerados na Tabela 1 para a seleção final e inclusão na presente revisão sistemática. Nesta fase, foram selecionados os estudos a incluir de acordo com os critérios pré-definidos. Procedeu-se à remoção das entradas duplicadas nas duas bases de dados pesquisadas. Os títulos e os resumos foram avaliados a fim de se removerem os estudos que, claramente, não se enquadravam nos critérios de inclusão definidos. Este processo envolveu dois investigadores para minimizar o viés e como forma de garantir que não eram excluídos estudos importantes. Após esta primeira seleção, seguiu-se a avaliação dos textos completos, uma vez mais com vista a eliminar os que não estavam abrangidos pelos critérios de inclusão. Para todos os artigos excluídos foram registados os motivos de exclusão.

## 2.4. Extração de dados

Todos os artigos considerados elegíveis – e por isso incluídos nesta revisão sistemática – foram sujeitos a processo de extração e tabulação de dados com recurso ao software Microsoft® Excel. De cada um dos artigos, foram extraídos os dados apresentados na Tabela 3.

**Tabela 3.** Dados extraídos dos estudos incluídos.

Informação gerais	Amostra	Avaliação	Principais resultados
<ul style="list-style-type: none"> <li>Primeiro autor, ano</li> <li>Título</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>País</li> <li>Amostra</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Assédio moral no trabalho</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Stress laboral</li> </ul>

Após a seleção dos artigos incluídos na síntese qualitativa foram extraídas as informações que se consideraram importantes, nomeadamente autor e data e local do estudo, critérios de inclusão e critérios de exclusão, amostra, metodologia de estudo e resultados. Para se avaliar a concordância entre os investigadores, recorreu-se ao coeficiente kappa de Cohen, o qual varia de -1 a +1, sendo que 0 representa a concordância expectável ao acaso e 1 representa a concordância perfeita entre investigadores, ainda que possa haver valores abaixo de 0, muito improváveis (25). A interpretação dos resultados do Coeficiente de kappa de Cohen encontra-se na tabela 4. Na seleção dos estudos e em relação à avaliação da concordância inter examinadores foi utilizado o Coeficiente de kappa de Cohen. O valor de kappa foi de 90% para a leitura dos títulos e resumos e de 87% do texto integral. Estes valores foram 1.0, como consta na tabela 3, pelo que são consideradas as concordâncias perfeitas.

**Tabela 4.** Interpretação do Coeficiente kappa de Cohen

Valor de <i>Kappa</i>	Nível de concordância	% de dados de confiança
0 – 0,20	Nenhum	0 – 4%
0,21 – 0,39	Mínimo	4 – 15%
0,40 – 0,59	Fraco	15 – 35%
0,60 – 0,79	Moderado	35 – 63%

0,80 – 0,90	Forte	64 – 81%
Superior a 0,90	Quase Perfeito	82 – 100%

As discordâncias entre as investigadoras foram solucionadas através de uma reavaliação para a obtenção de consenso e da avaliação da qualidade dos artigos, através da checklist de Downs e Black.

## 2.5. Avaliação da qualidade dos estudos

A avaliação da qualidade dos estudos passa pelo preenchimento da checklist de Downs e Black, para estudos randomizados e não randomizados, foi dividida em 5 grupos: Reportação, Validade Externa, Validade Interna, Confusão e Poder e é formada, ao todo, por 27 itens. A pontuação total de cada estudo indicou a sua classificação: “excelente qualidade”, com uma pontuação de 26 a 28, “boa qualidade”, com uma pontuação de 20 a 25, “qualidade moderada”, com uma pontuação de 15 a 19 ou “má qualidade”, com uma pontuação de 14 ou inferior. Neste pressuposto, a avaliação da qualidade dos estudos incluídos na presente revisão sistemática da literatura apresentaram “excelente qualidade”, com uma pontuação de 26 a 28.

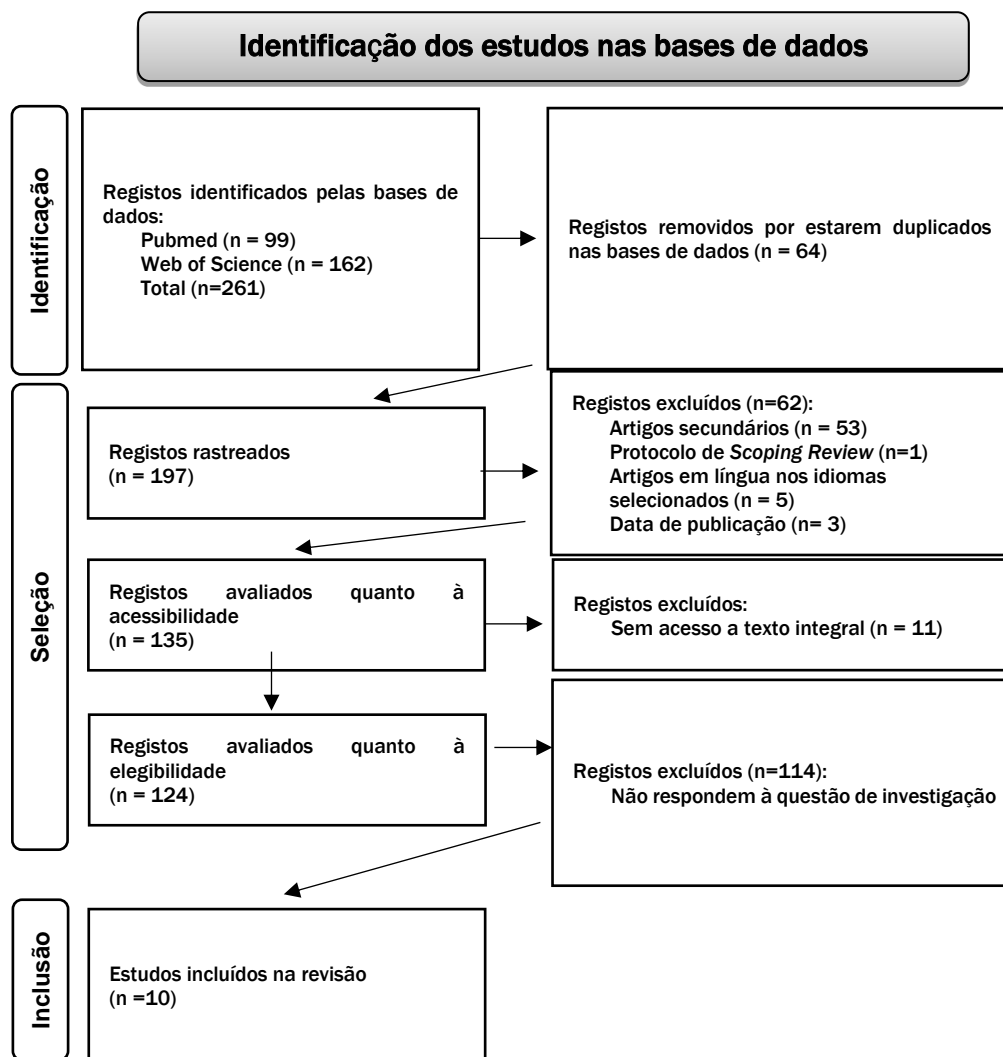
## 2.6. Síntese e análise dos resultados

Os dados recolhidos dos artigos incluídos foram sintetizados e sistematizados sob a forma de tabelas, de acordo com os resultados obtidos. Finalmente procedeu-se à análise qualitativa global e estratificada dos dados recolhidos e respetiva interpretação à luz do conhecimento atual.

# 3. RESULTADOS

## 3.1. Pesquisa e seleção dos estudos

As pesquisas efetuadas nas bases de dados Pubmed e Web of Science devolveram 99 e 162 registos, respetivamente, totalizando 261 registos. Os registos obtidos de ambas as pesquisas foram exportados para uma base de dados do Microsoft® Excel. Numa primeira fase removeram-se os registos duplicados em ambas as bases de dados (n=64), tendo transitado para a fase seguinte 197 registos. Destes, foram excluídos 62. Transitaram para a fase seguinte 135 registos, não tendo sido possível obter acesso ao texto integral de 11 dos artigos correspondentes. Assim, 115 artigos foram avaliados quanto à respetiva elegibilidade, com base nos critérios de inclusão pré-definidos. Através deste procedimento foram excluídos 114 artigos por não responderem à questão de pesquisa, nem respeitarem todos os critérios de inclusão. Deste modo, foram incluídos na presente revisão sistemática da literatura 11 artigos que cumpriam integralmente os critérios de seleção pré-definidos. Na figura 1 é possível observar o fluxograma PRISMA referente às 3 etapas de seleção dos artigos: identificação, seleção e inclusão (Page et al., 2020).



*Figura 1. Diagrama de fluxo do PRISMA 2020*

Fonte : Page et al. (2020).

### 3.2. Características gerais dos estudos incluídos

Na tabela 5 descrevem-se as principais características de cada um dos 11 estudos incluídos na presente revisão sistemática da literatura.

**Tabela 5.** Características metodológicas e descritivas dos estudos avaliados

Origem Autural	Amostra	Objetivos	Metodologia	Principais resultados
E1 – Hodayuni et al. 2021 Irão	329 enfermeiros	Estudar a relação entre o conflito de papéis, efeitos negativos e autoavaliações com o assédio moral em enfermeiros.	Escala PANAS Scale (negative affect), role conflict questionnaire, Core Self-Evaluations Scale (CSES), e Negative Acts Questionnaire-Revised (NAQ-R).	Diferença significativa entre as pontuações médias do <i>mobbing</i> de acordo com género. relação positiva significativa entre conflito de papéis ( $r = 0,47$ ) e o efeito negativo ( $r = 0,56$ ) com <i>mobbing</i> . Relação negativa significativa entre autoavaliações e <i>mobbing</i> ( $r = - 0,39$ ). Efeito negativo entre conflito de papéis e género = 44% de variação do <i>mobbing</i> e os seus efeitos no aumento de <i>stress</i> laboral.
E2 – Teo et al., 2021 Espanha	Estudo 1 (N= 286, enfermeiros australianos); Estudo 2 (N= 201, Enfermeiros da Nova Zelândia).	Verificar se assédio moral no local de trabalho tem associação positiva com o <i>stress</i> psicológico.	Estudo 1: testou-se o efeito mediador do <i>stress</i> psicológico sobre a relação do assédio moral no local de trabalho; Estudo 2: replicar e validar os resultados do Estudo 1. O assédio moral no local de trabalho foi medido utilizando o NAQ-R de nove itens, versão reduzida; O <i>stress</i> psicológico foi avaliado com a escala de <i>stress</i> psicológico K-10 Kessler	Os Enfermeiros do género masculinos revelaram níveis mais elevados de assédio moral no local de trabalho ( $\beta = 0,18$ , $p < 0,01$ ), bem como os enfermeiros com mais experiência profissional ( $\beta = 0,46$ , $p < 0,01$ ). O assédio moral no local de trabalho revela uma associação positiva com o <i>stress</i> psicológico ( $\beta = 0,72$ , $p < 0,001$ ).
E3 – Aristidouet al., 2020 Grécia	113 enfermeiros	Avaliar os efeitos assédio moral relacionados com o local em enfermeiros	<i>Workplace Violence in the Health Sector-Country Case Studies Research Instrument (WVHS-CCSRI Part C.II-M)</i> e a <i>Secondary Traumatic Stress Scale (STSS-M)</i> , modificada.	A intensidade dos sintomas de <i>stress</i> -pós-traumático após assédio moral no local de trabalho foi elevada ( $p = 0,018$ ).
E4 – Kim et al., 2019 Austrália	324 enfermeiros	Avaliar a associação entre o assédio no local de trabalho com <i>stress/burnout</i> , qualidade de vida profissional e intenção de mudar de serviço	<i>Maslach Burnout Inventory (MBI)</i> ; a ProQoL desenvolvida pela Stamm, versão coreana traduzida por Bae e Lee.	O assédio moral no local de trabalho teve uma associação significativa com a exaustão emocional ( $B = 0,29$ , $p < 0,01$ ) e a despersonalização ( $B = 0,15$ , $p < 0,01$ ) entre os subdomínios do <i>burnout</i> , fadiga por compaixão entre os componentes da qualidade de vida profissional ( $B = 0,15$ , $p < 0,01$ ), e a intenção de mudar de serviço ( $B = 0,05$ , $p < 0,01$ ). O assédio moral no local de trabalho resultou em níveis elevados de <i>stress</i> laboral, culminando no <i>burnout</i> .
E5 – Ma et al., 2017 China	811 enfermeiros	Investigar a relação entre o assédio moral no local de	<i>Maslach Burnout Inventory (MBI)</i> ; <i>Workplace Spirituality Scale</i> .	O assédio no local de trabalho teve resultados positivos e diretos sobre os níveis elevados de <i>stress</i> laboral, resultando em <i>burnout</i> nos enfermeiros.

		trabalho, a espiritualidade e o <i>burnout</i> em enfermeiros		
E6 - Chowdhury et al. 2023 Bangladesh	1.264 enfermeiros (70,02% do sexo feminino) com uma média de idade de 28,41 (±5,54) anos	Investigar a relação entre o assédio moral no local de trabalho e o <i>burnout</i> e a satisfação profissional, bem como determinar os fatores associados à satisfação profissional entre os enfermeiros do Bangladesh.	Bullying, <i>burnout</i> e satisfação no trabalho foram avaliados com o <i>Short Negative Acts Questionnaire [S-NAQ]</i> , o <i>Burnout Measure-Short version (BMS)</i> e o <i>Short Index of Job Satisfaction (SIJS-5)</i> , respetivamente.	A satisfação no trabalho foi significativamente correlacionada de forma negativa com o assédio moral e o <i>burnout</i> ( $p < 0,001$ ). Os enfermeiros que trabalhavam no setor privado apresentavam menor satisfação profissional do que os enfermeiros que trabalhavam no setor público ( $\beta = -0,901$ , IC: -1,640 a -0,162). Os níveis de satisfação profissional dos enfermeiros diminuíram com níveis mais elevados de assédio moral no local de trabalho ( $\beta = -0,086$ , IC: -0,120 a -0,053) e <i>burnout</i> ( $\beta = -1,040$ , IC: -1,242 a -0,838).
E7 – Hamzaoglu et al. (2021) Turquia	516 profissionais de saúde, entre os quais 360 (69,8%) enfermeiros	Avaliar os níveis de percepção de <i>mobbing</i> dos profissionais de saúde que foram alvo de <i>mobbing</i> ; determinar se as características sociodemográficas interferem significativamente na percepção de <i>mobbing</i> .	Leymann Psychological Terrorist Scale de Heinz Leyman	70,0% dos participantes expostos ao <i>mobbing</i> referiram ter sido expostos a comportamentos de <i>mobbing</i> pelas suas chefias, com uma pontuação na Leymann Psychological Terrorist Scale 1,49. Quando avaliadas as taxas de exposição ao assédio moral, segundo grupos ocupacionais, as pontuações foram mais baixas nos enfermeiros. Todavia, entre os enfermeiros expostos a assédio moral, o efeito mais prevalente foi o <i>mobbing</i> para denegrir a sua reputação profissional. Os enfermeiros vítimas de assédio moral, relataram que a insónia, as alterações do humor (irritabilidade), a impotência e a frustração eram as principais consequências ao nível da sua saúde mental,.
E8 – Pina et al. (2022) Espanha	925 enfermeiros de 13 hospitais públicos, com idades compreendidas entre os 30/50 anos, com média de idade de 39,43 anos (Dp=9,65). A maioria era feminina (77,8%).	Abordar o <i>mobbing</i> em ambientes de saúde; analisar as suas interações com variáveis associadas ao assédio moral no local de trabalho, como <i>burnout</i> , satisfação no trabalho e assédio percebido.	Protocolo com variáveis sociodemográficas e profissionais; Health Workers Aggressive Behavior Scale–CoWorkers and Superiors (HABS-CS); Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS).	Através da análise de cluster foram obtidos dois subgrupos: Cluster 1, composto por 779 participantes, com pontuações baixas nas variáveis utilizadas para a classificação, níveis elevados de satisfação extrínseca e intrínseca, baixos níveis de exaustão emocional e cinismo e baixas taxas de somatização, ansiedade, disfunção social e depressão; Cluster 2, composto por 115 participantes e caracterizada por pontuações moderadas-altas para a satisfação extrínseca (moderada) e satisfação intrínseca (baixa), elevados níveis de satisfação emocional, exaustão e cinismo e menores scores de somatização, ansiedade, disfunção social e depressão.
E9 – da Silva & Saldanha (2019) Portugal	3.227 enfermeiros de 11 instituições de saúde de Portugal, sendo 79,55% do sexo feminino, com idades compreendidas	Avaliar a existência, frequência e intensidade do assédio moral na população de enfermeiros portuguesa, bem como o seu impacto no seu bem-estar e nas relações interpessoais.	Questionário de caracterização sociodemográfica e profissional; Leymann Inventory of Psychological Terrorization (LIPT-60); Mobbing's awareness; Interpersonal Relations at Work Scale (IRWS)	Em média, cada enfermeiro sofre 11 condutas de assédio moral no seu principal local de trabalho; 11,06% não sofria nenhum dos comportamentos descritos na escala LIPT-60; 88,94% já tinham vivenciado pelo menos “um pouquinho”, uma das condutas de assédio moral e entre estes, apenas 18,28% reconheceram-se como vítimas de assédio moral. As agressões mais contundentes foram “interrompem-me quando falo” (64,92%) e “criticar o meu trabalho” (60,86%). Quase metade das vítimas (48,14%) afirmou ter tido

	entre os 20-66 anos, média de idade de 34,10			problemas de saúde por ter sofrido assédio moral no seu local de trabalho, Os principais problemas referidos foram: a ansiedade (71,48%), a insónia (69,37%), a irritabilidade (67,96%), os sentimentos de frustração, o fracasso e a impotência (67,96%), sentimentos de insegurança (63,73%) e dificuldade de concentração (52,46%).
E10 – Molero Jurado et al. (2021) Espanha	1.357 enfermeiros com idades entre 22-58 anos de diversas instituições de saúde espanholas.	Analisar a relação entre a inteligência emocional e o <i>mobbing</i> na perceção dos enfermeiros; identificar os papéis mediadores de outras variáveis envolvidas, como o apoio social e a sensibilidade à ansiedade.	Perceived Psychological Harassment Questionnaire, The Brief Emotional Intelligence Inventory, Brief Perceived Social Support Questionnaire, Anxiety Sensitivity Index-3)	As características pessoais relacionadas com a alta sensibilidade à ansiedade e baixo nível de inteligência emocional implicou maior presença de assédio moral no trabalho. O primeiro cluster (C1), apresentou pontuações elevadas na inteligência emocional (38,7%); pontuações acima da média geral no humor (M=3,65), adaptabilidade (M=3,42), capacidade intrapessoal (M=3,23), capacidade interpessoal (M=3,48) e gestão de stress (M=3,48). O segundo cluster (C2) correspondeu pontuações baixas em inteligência emocional (61,3%) e com pontuações abaixo da média amostral no humor (M = 2,78), adaptabilidade (M=2,66), intrapessoal (M=2,37), interpessoal (M=2,87) e gestão do stress (M = 3,13). Foram observadas diferenças entre os clusters no <i>mobbing</i> percebido, onde C2 teve uma pontuação média mais alta. Em consonância com isso, as pontuações médias do C2 foram significativamente mais altas na ansiedade global e nos seus componentes físicos, cognitivos e sociais do que em C1. As diferenças entre os clusters no apoio social percebido revelaram pontuações médias significativamente mais altas no C1 do que no C2.
E11 – Ruíz-González et al. (2020) México	12 enfermeiros, maioritariamente mulheres, com média de idade de 41,33.	Determinar a perceção da equipa de enfermagem de uma unidade de cuidados intensivos sobre o assédio moral	Entrevista semiestruturada	Experiências de <i>mobbing</i> enquanto vítima e espetador; hierarquia como precursor do <i>mobbing</i> ; espectador silencioso do assédio moral; círculo vicioso do assédio moral; implicações do assédio moral na vida profissional; impacto do assédio moral no seu trabalho e no dos colegas; implicações nos cuidados aos doentes; restrições na autonomia e tomada de decisão como constrangimento profissional.

**Tabela 6. CATEGORIAS** e respetiva origem amostral (Síntese da evidência dos estudos) - apresentação decrescente de evidência (da categoria mais forte para a mais fraca)

<b>Categorias</b> <b>Efeitos do assédio laboral</b>	<b>Autor(es)/Ano</b>
<i>Burnout</i> – exaustão emocional e despersonalização	E3 – Aristidouet al., 2020 E4 – Kim et al., 2019 E5 – Ma et al., 2017 E6 – Chowdhury et al. 2023 E8 – Pina et al. 2022 E11 – Ruíz-González et al. (2020)
Insatisfação laboral/sentimento de fracasso/frustração	E4 – Kim et al., 2019 Austrália E6 - Chowdhury et al. 2023 E8 – Pina et al. 2022 E9 – da Silva & Saldanha 2019 E11 – Ruíz-González et al. 2020
Stress laboral/menor capacidade de gestão do stress laboral	E1 – Homyuni et al. 2021 E5 – Ma et al., 2017 E10 – Molero Jurado et al. 2021 E11 – Ruíz-González et al. (2020)
Correlação entre a exposição ao assédio moral vertical/lateral, a satisfação no trabalho, satisfação intrínseca e extrínseca	E8 – Pina et al. 2022 E7 – Hamzaoglu et al. (2021) E11 – Ruíz-González et al. (2020) E9 – da Silva & Saldanha 2019
Stress pós-traumático	E3 – Aristidouet al., 2020 E4 – Kim et al., 2019 E5 – Ma et al., 2017
Aumento do stress psicológico	E1 – Homyuni et al. 2021 E2 – Teo et al., 2021 E7 – Hamzaoglu et al. (2021)
Enfermeiros do género masculino revelaram níveis mais elevados de assédio moral no local de trabalho	E1 – Homyuni et al. 2021 E2 – Teo et al., 2021 E3 – Aristidouet al., 2020
Insatisfação profissional/experiência de trabalho menos positiva	E7 – Hamzaoglu et al. (2021) E8 – Pina et al. (2022) E11 – Ruíz-González et al. (2020)
Repercussões negativas nos cuidados aos doentes	E7 – Hamzaoglu et al. (2021) E9 – da Silva & Saldanha (2019) E11 – Ruíz-González et al. 2020
Conflito de papéis	E1 – Homyuni et al. 2021 E9 – da Silva & Saldanha 2019
Intenção de mudar de trabalho	E4 – Kim et al., 2019 E11 – Ruíz-González et al. 2020
Denegrir a reputação profissional	E7 – Hamzaoglu et al. 2021 E9 – da Silva & Saldanha (2019)
Sentimento de impotência	E7 – Hamzaoglu et al. 2021 E9 – da Silva & Saldanha 2019
Insónias	E7 – Hamzaoglu et al. 2021 E9 – da Silva & Saldanha 2019
Alterações do humor (Irritabilidade)	E9 – da Silva & Saldanha 2019 E10 – Molero Jurado et al. (2021)
Enfermeiros com mais experiência profissional experienciam mais assédio no local de trabalho	E6 – Chowdhury et al. 2023
Níveis baixos de inteligência emocional	E10 – Molero Jurado et al. 2021
Dificuldade de concentração	E9 – da Silva & Saldanha 2019

O estudo das unidades categoriais (UC) emerge das componentes discursivas da amostra dos estudos. Cada UC será apresentada em referência à página e linha de cada estudo.

**Tabela 7.** Unidades categoriais

Categorias Efeitos do assédio laboral	Unidades categoriais
Burnout – exaustão emocional e despersonalização	<p>“The findings of the present study confirmed the main hypothesis on the association of workplace bullying-related trauma symptoms with (a) emotional exhaustion, a work related stress indicator” <b>E3 – Aristidou et al., 2020 (p. 13, l. 58 - 61)</b>, “Another important finding herein was that those who reported both victimization and witnessing of workplace bullying/mobbing to others reported a higher degree of emotional exhaustion (...), which supports the association between bullying/mobbing victimization and burnout indices.” <b>E3 – Aristidou et al., 2020 (p. 15, l. 15 - 20)</b></p> <p>“(…) workplace bullying had a significant effect on emotional exhaustion and depersonalization among the subdomains of burnout(…)” <b>E4 - Kim et al., 2019 (p. 4, l. 21-22)</b></p> <p>“Negative acts might be perceived by a series of negative feelings such as poor mental health, burnout, and intention to resign. That is, one holding a negative attitude is possible to yield negative perceptions that might lead to a feeling of all negative acts around him or her.” <b>E5 - Ma et al., 2017 (p. 2, l. 62-66)</b></p> <p>« (...) burnout of the nurses was significantly correlated with their depression. Similarly, burnout was significantly associated with depressive symptoms (...) (p. 7, l. 31,32); Workplace bullying was significantly correlated with depression in this study.” (p. 7, l. 23) <b>E6 - Chowdhury et al. 2023</b></p> <p>“Concerning the relationship between social lateral violence and possible consequences in health professionals (Table 2) (...) a significant positive correlation was found to emotional exhaustion (<math>r = .28, p = .01</math>)” <b>E8 – Pina et al. 2022 (p. 4, l. 21-22)</b>; “the current results indicate that personal, social, and work-related violence are (...) positively correlated to dimensions of burnout (...)” <b>E8 – Pina et al. 2022 (p. 5, l. 12-13)</b></p> <p>“Cabe mencionar que, a pesar de los elevados índices de acoso laboral entre el personal de enfermería de la UCI, existe un nivel muy bajo de prevención. Estos factores pueden estar asociados con el llamado síndrome de burnout o agotamiento, siendo elevado entre el personal de enfermería de la UCI, con impacto negativo hacia la salud del propio trabajador y productividad en el trabajo.” <b>E11 - Ruíz-González et al. 2020 (p. 118, l. 101-107)</b></p>
Insatisfação laboral/sentimento de fracasso/frustração	<p>“In this study, nurses who (...) were dissatisfied with their job showed higher levels of workplace bullying(…)” <b>E4 - Kim et al., 2019 (p. 5, l. 1,2)</b></p> <p>“the correlations among workplace violence (WPV), bullying, burnout, job satisfaction, and depression. Depression was significantly positively correlated with WPV, bullying, and burnout and negatively correlated with job satisfaction (<math>p &lt; 0.001</math>)”. <b>E6 - Chowdhury et al. 2023 (p. 6, l. 5 - 9)</b></p> <p>“(…) the second profile, named cluster 2, whose individuals reported much higher exposure to all three types of lateral violence, evinces similar features to the first profile, but display lesser job satisfaction (...)” <b>E8 – Pina et al. 2022 (p. 6, l. 1,2)</b></p> <p>“The main problems referred to by the victims were feelings of frustration, failure and impotence (67.96%)” <b>E9 - da Silva &amp; Saldanha 2019 (p. 11, l. 6-7)</b></p> <p>“Es importante mencionar que dentro de las principales consecuencias del mobbing entre el personal de enfermería de la UCI se encuentra una disminución en la productividad laboral y desmotivación.” <b>E11 - Ruíz-González et al. 2020 (p. 118, l. 85-88)</b></p>
Stress laboral/menor capacidade de gestão do stress laboral	<p>“Researchers have showed that high job stress or conflict, high workload and low autonomy are significantly correlated with a higher level of bullying at workplace.” <b>E1 - Homayuni et al. 2021 (p. 8, l.2-5)</b></p> <p>“The consequences of bullying include the following: severe psychological trauma; lowered self-esteem; depression and anxiety; (...) physical illness” <b>E5 - Ma et al., 2017 (p. 6, l.32-36)</b></p> <p>“High sensitivity to anxiety and low emotional intelligence are associated with a greater presence of mobbing at work.” <b>E10 - Molero Jurado et al. 2021 (p. 334, l. 24-26)</b></p>

	<p>“El estrés, el sentimiento de menosprecio y no valorar el capital humano son formas de mobbing percibidas por el personal de enfermería de la UCI”. <b>E11 - Ruíz-González et al. 2020 (p. 119, l. 1-3)</b></p>
<p>Correlação entre a exposição ao assédio moral vertical/horizontal, a satisfação no trabalho, satisfação intrínseca e extrínseca</p>	<p>“Although it shows that mobbing is also applied by colleagues or less senior (subordinates) employees (50.4%; 14.9), it shows that it is generally applied from top to bottom, that is, by managers (69.4%)” <b>E7 - Hamzaoglu et al. 2021 (p. 7, l. 5-9)</b></p> <p>“the current results indicate that personal, social, and work-related violence are significantly negatively correlated to both extrinsic and intrinsic satisfaction” <b>E8 - Pina et al. 2022 (p. 5, l. 12-13)</b></p> <p>The mobbing suffered by nurses is mainly of the descendent type, considering that the biggest percentage comes from head nurses (42.44%) and from doctors (29.03%), also a high value (...) the moral harassment done by a hierarchical superior has much more severe consequences on the victims than other types of harassment causing a greater feeling of loneliness, isolation, and impotence in certain situations. Co-workers of equal hierarchical position are also responsible for aggression behavior exercising it individually (31.07%) or in group (28.52%)” <b>E9 - da Silva &amp; Saldanha 2019 (p.10, l. 30-38)</b></p> <p>“Los resultados de este estudio muestran que el personal de enfermería de la UCI percibe el mobbing como acoso laboral y violencia dentro del trabajo, realizada principalmente por los superiores en jerarquía.” <b>E11 - Ruíz-González et al. 2020 (p. 118, l. 36-39)</b></p>
<p>Stress pós-traumático</p>	<p>“Approximately 93.3% of those reporting any bullying/mobbing experience (i.e. victimization, witnessing or both) also reported relevant trauma symptoms, according to the STSS-M score.” <b>E3 - Aristidou et al., 2020 (p. 7, l. 37 - 39)</b>, “one out of three of those who reported bullying/mobbing experiences (35.9%) reported moderate to high intensity of relevant trauma symptoms.” <b>E3 - Aristidou et al., 2020 (p. 13, l. 10, 11)</b>, “(...) although previous studies confirmed increased manifestation of PTSD symptoms in critical care nurses (...)the present study associated these symptoms with bullying/mobbing phenomena” <b>E3 - Aristidou et al., 2020 (p. 13, l. 101, 102, p. 15, l. 1,2)</b></p> <p>“Workplace bullying among nurses is the most significant factor affecting their turnover intention, resulting in physical, emotional, and occupational devastation of individuals (...)” <b>E4 - Kim et al., 2019 (p. 4, l. 21,22)</b></p> <p>“The consequences of bullying include the following: severe psychological trauma (...) post-traumatic stress disorder” <b>E5 - Ma et al., 2017 (p. 6, l.31-34)</b></p>
<p>Aumento do stress psicológico</p>	<p>“Researchers have showed that high job stress or conflict, high workload and low autonomy are significantly correlated with a higher level of bullying at workplace” <b>E1 - Homayuni et al. 2021 (p. 8, l. 2-5)</b></p> <p>“Study 2 supplemented Study 1 by providing empirical support for using psychological hardiness as the buffer for the association between psychological stress and workplace accidents and injuries. This study offers theoretical and empirical insights into the research and practice on psychological hardiness for improving the psychological well-being of employees who faced workplace mistreatments” <b>E2 - Teo et al., 2021</b> “Study 1 (N = 286, Australian nurses) found support for the direct negative effect of workplace bullying on workplace accidents and injuries with psychological stress acting as the mediator. The mediation findings from Study 1 were replicated in Study 2 (N = 201, New Zealand nurses)” <b>E2 - Teo et al., 2021 (p. 1, l. 6-9)</b></p> <p>“It is clear that mobbing has negative consequences for both organizations and employees. It (...) causes problems in a wide spectrum of employees such as loss of motivation, stress (...)” <b>E7 - Hamzaoglu et al. 2021 (p. 7, l. 24-29)</b></p>
<p>Enfermeiros do género masculino revelaram níveis mais elevados de assédio moral no local de trabalho</p>	<p>“The results of t-test showed that there is a significant difference between the mean bullying scores in male and female nurses (df = 317, t = 4.118, p &lt; 0.000). Mean score on bullying was significantly higher for male than female nurses” <b>E3 - Aristidou et al., 2020 (p. 4, l. 48-52)</b></p> <p>“Male nurses experienced higher level of workplace bullying (<math>\beta = 0.18, p &lt; 0.01</math>)” <b>E2 - Teo et al., 2021 (p. 6, l. 30-31)</b></p> <p>“The results showed that men are more exposed to bullying behaviors. In other words, men are the most bullied in our study” <b>E1 - Homayuni et al. 2021 (p. 6, l. 34-36)</b></p>
<p>Insatisfação profissional/experiência de trabalho menos positiva</p>	<p>“the General Scale Scores” and subscales of “Mobbing Behaviors Towards Social Relations”, “Mobbing Behaviors to the Reputation” and “Mobbing Behaviors Towards Quality of Life and Occupational Status” subscales scores of the health personnel working in private hospitals were found to be significantly higher than the health personnel working in educational research hospitals (F: 5.91, p &lt; 0.05; F: 4.16, p &lt; 0.05; F: 7, 73, p &lt; 0.05; F: 6.95, p &lt; 0.05” <b>E7 - Hamzaoglu et al. 2021 (p. 5, l- 30-34)</b></p>

	<p>“(…)the second profile, named cluster 2, whose individuals reported much higher exposure to all three types of lateral violence, (…)display lesser job satisfaction” <b>E8 – Pina et al. 2022 (p.6, l. 1,2)</b></p> <p>“The main problems referred to by the victims were feelings of frustration, failure and impotence (67.96%)” <b>E9 - da Silva &amp; Saldanha 2019 (p. 11, l. 6-7)</b></p> <p>“The majority of intensive care unit nursing staff have been victims and witnesses of mobbing behaviour, with negative repercussions on their job satisfaction and performance; It is also the cause of constant staff turnover” <b>E11 - Ruíz-González et al. 2020 (p. 113, l. 13-15)</b></p>
Repercussões negativas nos cuidados aos doentes	<p>“It is clear that mobbing has negative consequences for both organizations and employees. It reduces the productivity and work quality in organizations (...)” <b>E7 - Hamzaoglu et al. 2021 (p. 7, l. 24-26)</b></p> <p>“This phenomenon carries nefarious consequences to the victim (...) and it also undermines the labor environment and the performance of the institutions that can also be affected.” <b>E9 - da Silva &amp; Saldanha 2019 (p. 12, l. 30-32)</b></p> <p>“The study impacts the mental health care of the nursing staff in the Intensive Care Unit with its repercussions in patient care”. <b>E11 - Ruíz-González et al. 2020 (p. 114, l. 9-11)</b></p>
Conflito de papéis	<p>“As the results showed, the mean and standard deviation scores of core self-evaluations were (42.12 ± 5.42), role conflict (18.55 ± 5.89), negative affect (18.58 ± 7.62), bullying (38.9±13.04), person-related bullying (18.9 ± 7.39), work-related bullying (15.9±5.64) and physical intimidation (4.24 ± 1.62)” <b>E1 - Homayuni et al. 2021 (p. 7, l. 6-11)</b>; “Results indicated that there are significant positive relationship between role conflict and negative affect with bullying(…)” <b>E1 - Homayuni et al. 2021 (p. 6, l. 28-30)</b></p> <p>“(…) who claims that the change in the relationships were usually motivated by feelings of jealousy, envy, competition, promotion of the person, or arrival of a new element into the workplace (...) the aggressor is interested in people with merits and successes due to the envy they trigger on him”. <b>E9 - da Silva &amp; Saldanha 2019 (p. 11, l. 31-36)</b></p>
Intenção de mudar de trabalho	<p>“There were significant differences in nurses’ turnover intention with respect to their years of experience, position, type of employment, and job satisfaction. Turnover intention was significantly higher in nurses who had less than 5 years of experience compared to nurses who had 10 or more years of experience, staff nurses than charge nurses, nurses with rotational” <b>E4 - Kim et al., 2019 (p. 5, l. 26-29)</b></p> <p>“he majority of intensive care unit nursing staff have been victims and witnesses of mobbing behavior (...) It is also the cause of constant staff turnover” <b>E11 - Ruíz-González et al. 2020 (p. 113, l. 13-15)</b></p>
Denegrir a reputação profissional	<p>“the mean scale score of high school graduates in the sub-scale scores mobbing behaviors to the reputation subscales was found to be statistically significantly higher than university graduates (F ¼ 4.90; p &lt; 0.05).” <b>E7 - Hamzaoglu et al. 2021 (p. 5, l. 17-21)</b></p> <p>“The conducts more often reported can be inserted in communication blockage and defamation” <b>E9 - da Silva &amp; Saldanha 2019 (p. 9, l. 2,3)</b></p>
Sentimento de impotência	<p>“Mobbing Behaviors Aimed at Affecting Self-expression and Communication Opportunities” <b>E7 - Hamzaoglu et al. 2021 (p. 5, l. 25-27)</b></p> <p>“The main problems referred to by the victims were (...) failure and impotence (67.96%)”. <b>E9 - da Silva &amp; Saldanha 2019 (p. 11, l. 7)</b></p>
Insónias	<p>“It is clear that mobbing has negative consequences for both organizations and employees. It (...) causes problems in a wide spectrum of employees such as (...) sleep problems” <b>E7 - Hamzaoglu et al. 2021 (p. 7, l. 24-29)</b></p> <p>“The main problems referred to by the victims were (...) insomnia (69.37%)” - <b>E9 - da Silva &amp; Saldanha 2019 (p. 11, l. 6)</b></p>
Alterações do humor (Irritabilidade)	<p>“The main problems referred to by the victims were (...) irritability (67.96%)” <b>E9 - da Silva &amp; Saldanha 2019 (p. 11, l. 6)</b></p> <p>“(…) all of the emotional intelligence components (intrapersonal, interpersonal, stress management, adaptability and mood) (...) were also associated significantly but negatively with perceived mobbing” <b>E10 - Molero Jurado et al. 2021 (p. 349, l. 27-29)</b></p>
Enfermeiros com mais experiência profissional experienciam mais assédio no local de trabalho	<p>“The bullying was found to be considerably higher among the nurses of older age group” <b>E6 - Chowdhury et al. 2023 (p. 5, l. 5)</b></p>

Níveis baixos de inteligência emocional	“(...) all of the emotional intelligence components (intrapersonal, interpersonal, stress management, adaptability and mood) (...) were also associated significantly but negatively with perceived mobbing” <b>E10 - Molero Jurado et al. 2021 (p. 349, l. 27-29).</b>
Dificuldade de concentração	“The main problems referred to by the victims were (...) difficulty to concentrate (52.46%)” <b>E9 - da Silva &amp; Saldanha 2019 (p. 11., l. 7-8)</b>

#### 4. Discussão dos Resultados

O AMT, frequentemente designado por violência vertical ou horizontal na literatura relativa à Enfermagem é um fenómeno que está atualmente a atrair uma atenção considerável a nível nacional e internacional. As relações no local de trabalho têm impactos profundos na saúde emocional e física e no bem-estar dos enfermeiros, que estão expostos ao assédio moral e à hostilidade no local de trabalho e têm maior probabilidade de abandonar o seu cargo atual ou, inclusive, a Enfermagem como profissão. O AMT pode ter um impacto negativo nos cuidados aos doentes e pode também pôr em causa a segurança dos doentes. O AMT, ou violência lateral/horizontal, é um problema transversal para a enfermagem, como evidenciado nesta revisão sistemática da literatura. Embora o assédio moral seja o comportamento de um indivíduo ou de um grupo, as características das organizações contribuem para este comportamento. As soluções para este problema residem na identificação e eliminação dos fatores organizacionais que permitem que o assédio moral floresça (Sauer & Thomas, 2018; Özkan Şat et al., 2021).

O setor dos cuidados de saúde continua a registar taxas consideráveis AMT. Um incidente isolado não é AMT, mas sim atos negativos e repetidos durante um período de tempo, perpetrados por um ou mais trabalhadores contra um alvo ou alvos que são percecionados como intencionais. O alvo tem dificuldade em defender-se dos atos negativos de assédio, o que cria um desequilíbrio de poder entre o alvo e o agressor (Özkan Şat et al., 2021). Os estudos considerados na presente revisão sistemática da literatura também confirmam valores elevados de AMT em enfermeiros, resultando em alguns casos em níveis elevados de stress, o que levou ao *burnout* (E3, E4, E5, E6, E8 e E11). As evidências dos estudos também demonstram que o assédio moral diminui a qualidade de vida dos enfermeiros e impede a capacidade de prestar cuidados eficazes e seguros aos doentes. Além disso, tem efeitos prejudiciais nos enfermeiros, com consequências potenciais, incluindo a depressão, a ansiedade, níveis elevados de stress e problemas psicoemocionais. A exposição prolongada ao AMT também resulta em sintomas de stress pós-traumático e disfunções no trabalho. No E1, E2 e E3 ficou demonstrado que os enfermeiros do género masculinos revelaram níveis mais elevados de assédio moral no local de trabalho ( $\beta = 0,18, p < 0,01$ ), bem como os enfermeiros com mais experiência profissional ( $\beta = 0,46, p < 0,01$ ), o que não corrobora os resultados de um estudo anterior, onde foram as enfermeiras que revelaram níveis mais elevados de assédio no trabalho, e os enfermeiros mais novos (Rouse et al., 2016). Todos os estudos são unânimes quanto às disfunções que o stress laboral resultante do assédio moral tem nos cuidados prestados aos doentes, o que também ficou reportado no estudo de Taylor (2015), onde os enfermeiros descreveram problemas do sistema que afetaram negativamente a sua capacidade de prestação de cuidados, o que aumentou o seu sofrimento psicológico. As falhas do sistema também contribuíram para uma sensação de que outras pessoas na instituição não estavam a fazer o seu trabalho enquanto a pessoa que fazia essa atribuição sentia que estava a trabalhar arduamente. As relações entre as unidades e entre os turnos dentro das unidades também foram afetadas quando a perceção era que os membros da equipa estavam em conflito entre a sua unidade e outras do mesmo hospital, um fator considerado de risco para o assédio moral entre os elementos das equipas multiprofissionais (E1). No E11 de Ruíz-González et al. (2020), os enfermeiros entrevistados, que exerciam funções numa unidade de cuidados intensivos, admitiram que já presenciaram situações de AMT com outros colegas, bem como alguns deles o vivenciaram, sobretudo por

parte da hierarquia. Referiram que o assédio moral é um “círculo vicioso”, com consequências profissionais e nos cuidados que prestam aos doentes.

As evidências também mostram que há fatores protetores que possibilitam uma resposta positiva perante os fatores resultantes do assédio moral (ansiedade, stress e depressão), como sejam o apoio social (família, amigos), contribuindo para uma maior capacidade individual de autorregulação, flexibilidade cognitiva e a autoperceção dos acontecimentos. As redes de apoio social proporcionam a interpretação do comportamento social das pessoas envolvidas. A existência de apoio social e a perceção de integração por parte dos profissionais nessas redes parecem ser fatores de proteção à vulnerabilidade à ansiedade, stress e depressão despoletados pelo AMT. Tendo em conta que esta problemática é um fator de stress laboral que tem graves implicações para os enfermeiros intimidados e para a organização, Finchilescu et al. (2019) investigaram os seus efeitos na sensação de bem-estar dos enfermeiros, na sua satisfação profissional e na sua propensão para mudar de serviço. A eficácia do apoio social foi considerada como um moderador do impacto do assédio moral em 102 enfermeiros de um hospital público no Zimbabué. Verificou-se que o AMT tinha um impacto significativo nos resultados avaliados. Os níveis mais elevados foram associados a uma menor satisfação no trabalho e a uma maior propensão para mudar de serviço. O apoio social dentro da amostra em estudo influenciou estes resultados, ou seja, influenciou o bem-estar mental, como moderador, com diferença no bem-estar mental em função do nível de apoio social. Os enfermeiros que tiverem mais apoio psicológico, como no caso do na amostra do estudo 1 (N= 286, enfermeiros australianos) de Teo et al. (2021, E2) aumentaram a sua autoestima e autoconfiança, minimizando a ideia de abandonar a profissão por questões relacionadas com o assédio moral. De acordo com o mesmo estudo, a identificação precoce no ambiente de prática profissional de casos de assédio moral pode oferecer subsídios aos gestores dos serviços de saúde para o desenvolvimento de programas de prevenção e controlo deste comportamento em instituições de saúde. Esforços para combater o AMT têm de incluir a formação em métodos legítimos de análise de desempenho, seminários acerca de como interagir com os vários colegas de trabalho, para que estas práticas não se perpetuem e resultem em efeitos negativos para os profissionais de saúde, doentes e instituição de saúde. A promoção de estratégias para que os enfermeiros possam lidar com o AMT deve centrar-se nas necessidades da instituição e dos profissionais, o que também depende da coesão entre os profissionais e da organização como um todo (Özkan Şat et al., 2021; Teo et al., 2021). De igual modo no E6 de Chowdhury et al. (2023), a satisfação profissional dos enfermeiros foi correlacionada com o *mobbing* e o *burnout*. Além disso, o apoio profissional insuficiente por parte dos órgãos de gestão previu a insatisfação profissional dos enfermeiros. A redução dos casos de assédio moral e de *burnout* entre os enfermeiros, bem como a melhoria do seu ambiente de trabalho, são essenciais para aumentar a satisfação profissional. Isto é possível com o apoio dos órgãos de direção do hospital, dos responsáveis políticos e das autoridades governamentais. A enfermagem, enquanto profissão, desempenha um papel essencial na garantia da segurança dos doentes, uma vez que os enfermeiros prestam cuidados imediatos e passam a maior parte do seu tempo de trabalho com eles. Um ambiente de trabalho saudável está relacionado com cuidados de elevada qualidade e a menores consequências adversas para a saúde dos doentes. Liu et al. (2019) salientam que os locais de trabalho inseguros e intimidantes estão associados à insatisfação profissional entre os profissionais de saúde, o que foi corroborado no estudo de Chowdhury et al. (2023), onde foi registada uma associação do AMT, o *burnout* e a insatisfação profissional dos enfermeiros de diferentes zonas geográficas do Bangladesh, o que está em conformidade com os resultados da revisão integrativa de Goh et al. (2022), onde ficou demonstrado uma elevada taxa de prevalência de AMT entre os enfermeiros. A exposição ao assédio moral estava associada a sintomas de depressão, ansiedade e sofrimento psicológico nos enfermeiros, bem como a problemas somáticos de saúde física, incluindo insónias e dores de cabeça. Também prejudica o bem-estar profissional dos enfermeiros, diminuindo o empenhamento e a motivação para o

trabalho e aumento do absentismo, a rotatividade e os sintomas de *burnout*. Estes resultados corroboram os encontrados por Goh, et al. (2022), cuja revisão integrativa da literatura mostra uma prevalência de AMT em amostras de enfermeiros, com oscilações de 26,3% a 90,4%. Esta revisão identificou pelo menos cinco tipos principais de antecedentes para o AMT: dados sociodemográficos, personalidade, cultura organizacional, características do trabalho, liderança e hierarquia. O AMT afetou significativamente os enfermeiros, os resultados organizacionais e a segurança do doente. Como forma de ajudar os enfermeiros que vivenciam esta situação, Hsieh et al. (2020), partindo de evidências que os enfermeiros de saúde mental e psiquiátrica correm um risco acrescido de sofrer AMT do que outros profissionais de cuidados de saúde, e que muitas intervenções têm sido desenvolvidas para melhorar a sua saúde mental, compararam a eficácia do treino de biofeedback e das intervenções de biofeedback administradas por smartphone sobre o stress laboral, sintomas depressivos, resiliência, variabilidade da frequência cardíaca e frequência respiratória numa amostra de enfermeiros vítimas de assédio moral. Participaram 159 enfermeiros vítimas de AMT e foram aleatoriamente designados para grupos treino de biofeedback e para um grupo de intervenções de biofeedback administradas por smartphone e grupo de controlo, maioritariamente mulheres (88,1%) na faixa etária dos 22 aos 59 anos, com média de idade de 35,61 e desvio padrão de 8,16. Em comparação com os enfermeiros do grupo de controlo, tanto o grupo de intervenção treino de biofeedback como o grupo de intervenções de biofeedback administradas por smartphone experimentaram melhorias significativas nos sintomas depressivos, na resiliência e na frequência respiratória; e o grupo de intervenções de biofeedback administradas por smartphone experienciou reduções significativas no stress laboral. Os autores confirmaram a eficácia deste tipo de intervenções em enfermeiros vítimas, podendo ser utilizado este tipo de intervenção eficaz para o aumento da resiliência e redução do stress ocupacional, resultante da vivência de AMT.

Verificou-se que, no E8 de Pina et al. (2022), numa amostra de 925 enfermeiros de 13 hospitais públicos espanhóis, com 54,3% que exerciam a profissão de enfermagem de 0 a 5 anos (tempo médio de 14,02 anos) e pelo menos 54% ocupavam o mesmo cargo últimos 5 anos (média 7,31 anos, Dp=8,35), 20,3% trabalhavam em cirurgia, 17% em medicina interna, 14,3% no serviço de urgência, 6,9% na pediatria, 5,5% em psiquiatria e 14,8% noutras unidades, os que vivenciam assédio moral lateral no trabalho, apresentavam menor satisfação intrínseca e menor realização profissional e experiência de trabalho menos positiva. A exaustão emocional surgiu como um resultado preocupante, progressivo e de longo prazo, resultante da experiência de *mobbing*. Os resultados deste estudo corroboram evidências anteriores, onde também foi registada uma correlação entre a exposição ao assédio moral lateral, a satisfação no trabalho, satisfação intrínseca e extrínseca. As evidências mostram que essas duas variáveis têm um impacto significativamente elevado na satisfação geral no trabalho (Zheng et al., 2017). De modo geral, estes resultados mostram que quem sofre esse tipo de assédio no trabalho pode experimentar menor satisfação intrínseca em relação aos fatores ligados à autoformação, no sentido de necessidade de sensações positivas e de autorealização no local de trabalho (Zheng et al., 2017). Nesse sentido, uma baixa satisfação intrínseca acarreta uma perceção por parte dos enfermeiros de baixa atribuição de responsabilidades, baixas oportunidades de tomada de decisão e de que as suas capacidades não são adequadamente utilizadas e desenvolvidas ou devidamente valorizadas, tendo uma sensação de baixo desempenho (Goh et al., 2022). Da mesma forma, a satisfação extrínseca, vista como uma relação com as variáveis organizacionais, também é influenciada pela vivência do AMT, ou seja, os enfermeiros desenvolvem uma visão geralmente mais negativa acerca do seu trabalho e suas características relacionadas, como o salário, as políticas da organização, turnos e horários de trabalho ou a carga de trabalho.

A nível nacional, o E9 de Silva e Saldanha (2019), com uma amostra de 3.227 enfermeiros de 11 instituições de saúde de Portugal, com prevalência dos que possuíam menos de 15

anos de trabalho (47,47%), os licenciados (89,25%), a trabalhar apenas num local (68,30%), cujo local de trabalho, na maioria, era o hospital (82,40%), a trabalhar por turnos (60,49%), com um tempo de permanência no serviço em que exerciam a variar entre 1 mês e 36 anos, correspondendo-lhe uma média de 6,05 anos, demonstra que este é um problema transversal a nível global. As evidências deste estudo indicam que cada enfermeiro sofre 11 condutas de assédio moral no seu principal local de trabalho, os tipos sofridos com maior intensidade foram o bloqueio de comunicação e o descrédito no trabalho, o horizontal e o descendente. Os enfermeiros relataram que as suas suspeitas para os motivos de tal conduta por parte daqueles que lhes perpetraram o assédio moral contra eles eram a inveja ou o ciúme, não ceder ou ter sido influenciado por chantagem, não ser subserviente e inovador ou empreendedor nos novos métodos ou perspectivas de trabalho. Quase metade das vítimas (48,14%) afirmou ter tido problemas de saúde por ter sofrido assédio moral no seu local de trabalho. Todavia, os autores referem que apenas 18,28% dos enfermeiros se consideravam vítimas de assédio moral. A este propósito, Hirigoyen (2006) refere que o propósito do agressor é dominar o outro, atacando os seus pontos mais fracos para que a vítima perca a confiança em si mesma. Assim, muitas vítimas não se reconhecem como tal, autculpabilizando-se pela agressão que estão a sofrer. Ainda no E8 de Silva e Saldanha (2019), as agressões mais contundentes foram “interrompem-me quando falo” (64,92%) e “criticar o meu trabalho” (60,86%). Os principais problemas referidos pelas vítimas foram a ansiedade (71,48%), a insónia (69,37%), a irritabilidade (67,96%), os sentimentos de frustração, o fracasso e a impotência (67,96%), sentimentos de insegurança (63,73%) e dificuldade de concentração (52,46%). Esta realidade também foi registada numa amostra de 1.357 enfermeiros espanhóis de diversas instituições de saúde espanholas, com idades entre os 22 e os 58 anos, correspondendo-lhe uma média de 30,86 anos (Dp=6,09), maioritariamente feminina (83,9), no E10 de Molero et al. (2021), onde foram registadas associações significativas entre os componentes da inteligência emocional e o apoio social percebido. Quanto maior a pontuação nos aspetos interpessoais, humor

e adaptabilidade, maior era o apoio social percebido disponível para os enfermeiros, com significativo efeito em todas as correlações. A elevada sensibilidade à ansiedade e a baixa inteligência emocional estavam associadas a uma maior presença de AMT. Face a estes resultados, Molero et al. (2021) salientam que o assédio moral pode ser atenuado se o enfermeiro possuir suficiente apoio de familiares, amigos ou outras pessoas significativas. Portanto, contribui para o apoio social como fator de proteção e redução da sensibilidade à ansiedade resultante das situações de assédio moral. Dados compatíveis com estas evidências foram encontrados mais recentemente, por Fernández-Lasarte et al. (2019), que demonstraram que a inteligência emocional se correlacionou significativamente com o apoio social percebido. Todavia, no estudo de Extrema et al. (2019), a inteligência emocional não se correlacionou com o apoio social percebido, enquanto o apoio dos colegas de trabalho teve um efeito mediador entre a inteligência emocional e o comprometimento profissional, traduzindo-se na melhoria do envolvimento no seu trabalho. Estas evidências pressupõem a necessidade de mais investigações para se poder esclarecer o papel do apoio social e a sua relação com a inteligência emocional e a intervenção de possíveis variáveis mediadoras, em amostras de enfermeiros vítimas de assédio moral.

Os resultados obtidos nesta revisão sistemática da literatura têm implicações importantes para a compreensão do AMT em enfermeiros. As graves consequências psicossociais sublinham a necessidade urgente de contribuir para o desenvolvimento positivo de ambientes de trabalho, melhorar as relações interpessoais e proporcionar um lugar para a equipa poder interagir. Assim, sugere-se a realização de um estudo focado no papel do afeto positivo e da satisfação no local de trabalho como possíveis mediadores na relação entre as consequências psicológicas e o *mobbing* em enfermeiros portugueses.

## Conclusão

Os 11 estudos incluídos na presente revisão sistemática da literatura são consistentes quanto à necessidade de se conhecer o conceito de AMT que os enfermeiros têm para que este possa ser identificado e reportado em caso de ocorrência. As evidências indicam que a maioria tem uma noção deste fenómeno e relaciona-o com a violência psicológica no local de trabalho também é percebido como maus tratos ou assédio, por vezes perpetrados por parte dos superiores hierárquicos no local de trabalho. Os estudos mostram que o AMT é um conjunto de ações verbais ou psicológicas que são realizadas de forma sistemática e persistente com o objetivo de intimidar, enegrecer ou consumir emocionalmente as vítimas. Ocorre geralmente entre colegas de trabalho ou por superiores hierárquicos, ou seja, refere-se a uma série de comportamentos que geram violência psicológica e falta de ética na comunicação no local de trabalho ou em diferentes em contextos, mas ligados a ele. O AMT é uma causa de stress e de outros problemas psicológicos, como o stress pós-traumáticos, *burnout*, alterações do humor, menor capacidade de concentração, sentimento de impotência, frustração e ansiedade, que estão relacionados com a diminuição da produtividade no trabalho, com a deterioração das relações interpessoais, inferior satisfação profissional, a intenção de mudar de trabalho, com impactos na qualidade dos cuidados prestados aos doentes. As causas são o fraco apoio aos enfermeiros, a falta de liderança, as políticas no local de trabalho que não têm em conta a saúde mental dos seus trabalhadores e a falta de autonomia na tomada de decisões. Por conseguinte, sugere-se a realização de um estudo primário a nível nacional, ou seja, tendo como amostra os enfermeiros registados na Ordem dos Enfermeiros Portuguesa, como forma de se estudar mais aprofundadamente esta realidade em Portugal, cujos contributos se traduzirão numa melhor prática profissional a nível da futura prática profissional.

## Referências bibliográficas

- Al Omar, M., Salam, M. & Al-Surimi, K. (2019). Workplace bullying and its impact on the quality of healthcare and patient safety. *Human Resources Health*, 17(89), 2-8. <https://doi.org/10.1186/s12960-019-0433-x>
- Almeida Sousa, J. P. (2012). A resposta da medicina intensiva em situações de múltiplas vítimas e catástrofe. *Acta Médica Portuguesa*, 25(1), 37-43. <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/6/11>
- Anusiewicz,, C., V., Li, P., & Patrician, P., A. (2021). *Measuring workplace bullying in a U.S. nursing population with the Short Negative Acts Questionnaire. Research in Nursing & Health*, 44(2), 319–328. <https://doi:10.1002/nur.22117>
- Aoki, R., N., Guirardello, E., B. (2019). Bullying in the nursing work environment: integrative review. *Rev Gaúcha Enferm.*;40, 0176. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20190176>
- Aristidou, L., Mpouzika, M., Papathanassoglou, E., D., E., Middleton, N., & Karanikola, M., N., K. (2020). *Association Between Workplace Bullying Occurrence and Trauma Symptoms Among Healthcare Professionals in Cyprus. Frontiers in Psychology*, 11. <https://doi:10.3389/fpsyg.2020.575623>
- Bastos, C., & Saraiva, M. (2010). A qualidade dos cuidados de enfermagem e a norma ISO 9001: Aplicação empírica no Hospital Cuf Infante Santo. *TMQ Qualidade: Qualidade numa Perspectiva Multi e Interdisciplinar*, [http://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/3643/1/artigo\\_carmen\\_MS\\_final.pdf](http://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/3643/1/artigo_carmen_MS_final.pdf)
- Bauman, A., Reis, S., R., Sallis, J., F., Wells, J., C., Loos, R., J., F., Brian, M., W., (2012). Correlates of physical activity: why are some people physically active and others not?. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60735-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60735-1)
- Brennan, S., E., & Munn, Z. (2021). PRISMA 2020: a reporting guideline for the next generation of systematic reviews. *JBIM evidence synthesis*, 19(5), 906-908.
- Carvalho, R. (2003). *Parcerias na formação. Papel dos orientadores clínicos. Perspetivas dos atores*. Loures: Lusociência.
- CASEY, Norah; SMITH, Richard (1997) – Bringing nurses and doctors closer together: Greater cooperation will benefit patients; *BMJ*; Volume 314 1 Março; 1997
- Chowdhury, S., R., Kabir, H., Akter, N., Iktidar, M., A., Roy, A., K., Chowdhury, M., R., Hossain, A., Impact of workplace bullying and *burnout* on job satisfaction among Bangladeshi nurses: A cross-sectional study. *Heliyon*. 2023 Jan 24;9(2):e13162. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e13162>
- Cunha, A., Santos, E. (2021). *Revisão Sistemática da Literatura com Meta Análise: Guia prático para iniciantes*. Publisher: Edições Esgotadas, Lda. August 2021. Portugal. <https://doi.org/978-989-9015-90-6>
- da Silva João, A., L., & Saldanha Portelada, A., F. (2019). *Mobbing* and Its Impact on Interpersonal Relationships at the Workplace. *Journal of interpersonal violence*, 34(13), 2797–2812. <https://doi.org/10.1177/0886260516662850>
- Despacho nº122/2011. (2011). Diário da República nº 122, Serie II de 18-02-2011. Disponível em: [Regulamento n.º 122/2011 | DR \(diariodarepublica.pt\)](https://www.dre.pt/122/2011/02/18/122-2011-01)
- Despacho nº124/2011. (2011). Diário da República nº 124, Serie II de 18-02-2011. Disponível em: [Regulamento n.º 124/2011 | DR \(diariodarepublica.pt\)](https://www.dre.pt/124/2011/02/18/124-2011-01)

- Despacho nº 361/2015. (2015). Diário da República nº 361, Serie II de 26-06-2015. Disponível em: [Regulamento n.º 361/2015 | DR \(diariodarepublica.pt\)](#)
- Despacho nº135/2018. (2018). Diário da República nº135, Série II de 16-07-2018. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/114453162>
- Direção-Geral da Saúde. (2014). Manual de acreditação de unidades de saúde: Gestão clínica
- Direção-Geral da Saúde. (2017). Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistências aos antimicrobianos. [https://www.sns.gov.pt/wpcontent/uploads/2017/12/DGS\\_PCIRA\\_V8.pdf](https://www.sns.gov.pt/wpcontent/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf)
- Ferreira, S. (1999). O relatório crítico de actividades na avaliação da Prática clínica de alunos: Trajectos e projectos. N.º I. Viana do Castelo: Escola Superior de Enfermagem Viana do Castelo
- Fernández-Lasarte, O., Ramos-Díaz, E., Sáez, I., A. (2019). Rendimiento académico, apoyo social percibido e inteligencia emocional en la universidad. Vol. 9, Nº. 1, 2019, págs. 39-49. <https://doi.org/10.30552/ejihpe.v9i1.315>
- Finchilescu, G., Bernstein, C., & Chihambakwe, D. (2018). *The impact of workplace bullying in the Zimbabwean nursing environment: is social support a beneficial resource in the bullying–well-being relationship?* *South African Journal of Psychology*, 008124631876173. <http://doi.org/10.1177/0081246318761735>
- Goh, H., S., Hosier, S., & Zhang, H. (2022). Prevalence, Antecedents, and Consequences of Workplace Bullying among Nurses-A Summary of Reviews. *International journal of environmental research and public health*, 19(14), 8256. <https://doi.org/10.3390/ijerph19148256> - RIL
- Hamzaoglu, N., Yayak, A., & Turk, B. (2021). *Evaluation of mobbing perception levels of health employees. Health Services Management Research*, 095148482110016 <https://doi.org/10.1177/09514848211001689>
- Homayuni, A., Hosseini, Z., Aghamolaei, T., & Shahini, S. (2021). Which nurses are victims of bullying: the role of negative affect, core self - evaluations, role conflict and bullying in the nursing staff. *BMC Nursing*, 20(57), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00578-3>
- Hsieh, H., F., Huang, I., C., Liu, Y., Chen., W., L., Lee, Y., W., Hsu, H., T., (2020). The Effects of Biofeedback Training and Smartphone-Delivered Biofeedback Training on Resilience, Occupational Stress, and Depressive Symptoms among Abused Psychiatric Nurses. *Int J Environ Res Public Health*. Apr 22;17(8):2905. <https://doi.org/10.3390/ijerph17082905> .
- Liu, J., Zheng, J., Liu, K., Liu, X., Wu, Y., Wang, J., & You, L. (2019). Workplace violence against nurses, job satisfaction, *burnout*, and patient safety in Chinese hospitals. *Nursing Outlook*, 67(5), 558–566. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2019.04.006>
- Lopes, A. & Picado L. (2010). *Conceção e gestão da formação profissional contínua: da qualificação individual à aprendizagem organizacional*. Mangualde: Edições Pedagogo.
- Lopes, A. & Picado L. (2010). *Conceção e gestão da formação profissional contínua: da qualificação individual à aprendizagem organizacional*. Mangualde: Edições Pedagogo.
- João, A., & Portelada, A. (2019). *Mobbing and its impact on interpersonal relationships at the workplace. Journal of Interpersonal Violence*, 34(13), 2797-2812. <https://doi.org/10.1177/0886260516662850>
- Johnson, A., H., & Benham-Hutchins, M. (2020). *The influence of bullying on nursing practice errors: a systematic review. AORN Journal*, 111(2), 199–210. <http://doi.org/10.1002/aorn.12923>

- Jurado, M., Martínez, A., Martín, A., Márquez, M., Ruiz, N., Sisto, M., Pérez-Fuentes, M., & Gázquez, J. (2021). Emotional intelligence profiles and *mobbing* in nursing: the mediating role of social support and sensitivity to anxiety. *European Journal of Clinical Investigation in Health, Psychology and Education*, 11(2), 345-357. <https://doi.org/10.3390/ejihpe11020026>
- Kim, Y., Lee, E., & Lee, H. (2019). Association between workplace bullying and *burnout*, professional quality of life, and turnover intention among clinical nurses. *PloS one*, 14(12), e0226506. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226506>
- Boyle, J., M., & Wallis, J. (2016). Working towards a definition for workplace violence actions in the health sector. <http://doi.org/10.1186/s40886-016-0015-8>
- Molero Jurado, M., D., M., Martos Martínez, Á., Barragán Martín, A., B., Simón Márquez, M., D., M., Oropesa Ruiz, N., F., Sisto, M., Pérez-Fuentes, M., D., C., & Gázquez Linares, J., J. (2021). Emotional Intelligence Profiles and *Mobbing* in Nursing: The Mediating Role of Social Support and Sensitivity to Anxiety. *European journal of investigation in health, psychology and education*, 11(2), 345–357. <https://doi.org/10.3390/ejihpe11020026>
- Nielsen, M., B., & Einarsen, S., V. (2018). What we know, what we do not know, and what we should and could have known about workplace bullying: An overview of the literature and Agenda for future research. *Aggression and Violent Behavior*, 42, 71–83. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2018.06.007>
- Ntantana, A., D., Matamis, S., Savvidou, M., Giannakou, M., Gouva, G. (2017) *Burnout* and job satisfaction of intensive care personnel and the relationship with personality and religious traits: an observational, multicenter, cross-sectional study, *Intensive Crit. Care Nurs.* 41 (2017) 11–17, <https://doi.org/10.1016/J.ICCN.2017.02.009> .
- Njaka, S., Edeogu, O., C., Oko, C., C., Goni, M., D., & Nkadi, N. (2020). Work place violence (WPV) against healthcare workers in Africa: A systematic review. *Heliyon*, 6(9), e04800. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2020.e04800>
- Nunes, L. (2010). Do perito e do conhecimento em enfermagem: uma exploração da natureza e atributos dos peritos e dos processos de conhecimento em enfermagem. *Percursos*, N. º 17, 2-9. <http://hdl.handle.net/10400.26/9215>
- Ordem dos Enfermeiros. 2001. DIVULGAR – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual e enunciados descritivos. Autor. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidadedoscuidados.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Autor
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento Competências comuns do enfermeiro especialista. Autor
- Özkan Şat, S., Akbaş, P., & Yaman Sözbir, Ş. (2021). Nurses' exposure to violence and their professional commitment during the COVID-19 pandemic. *Journal of clinical nursing*, 30(13-14), 2036–2047. <https://doi.org/10.1111/jocn.15760>
- Page, M., J., McKenzie, J., E., Bossuyt, P., M., Boutron, I., Hoffmann, T., C., Mulrow, C., D. (2020). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003583>

- Park, M., & Choi, J. (2019). Effects of workplace cyberbullying on nurses' symptom experience and turnover intention. *Journal of Nursing Management*, 27(6), 1108-1115. <https://doi.org/10.1111/jonm.12779>
- Pereira, R., G. (2009). *Mobbing ou assédio moral no trabalho - contributo para a sua conceptualização*. Almedina.
- Pina, D., Vidal-Alves, M., Puente-López, E., Luna-Maldonado, A., Luna Ruiz-Cabello, A., Magalhães, T., Llor-Esteban, B., Ruiz-Hernández, J., A., & Martínez-Jarreta, B. (2022). Profiles of lateral violence in nursing personnel of the Spanish public health system. *PLoS one*, 17(5), e0268636. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0268636>
- Prisma transparent reporting of systematic reviews and meta-analyses. (2021). FlowDiagram. <http://prisma-statement.org>
- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, Decreto-Lei n.º 161/96, (1996). Diário da República n.º 205/1996, Série I-A de 1996-09-04, páginas 2959 – 2962. [https://Decreto-Lei.n.º.161/96|DR\(diariodarepublica.pt\)](https://Decreto-Lei.n.º.161/96|DR(diariodarepublica.pt))
- Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Regulamento n.º 140/2019 (2019). Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06, páginas 4744 – 4750. [https://Regulamento.n.º.140/2019|DR\(diariodarepublica.pt\)](https://Regulamento.n.º.140/2019|DR(diariodarepublica.pt))
- ROCHER, Guy – Sociologia Geral; Lisboa; t. IV; Ed Presença; 2ªed.; 1971
- Roque, A., Pimenta, S., Ribeiro, R., Ferreira, J., Correia, A., Martinho, T., Perea, E., Fonnegra, J. (2021). *Mobbing*, uma realidade presente em meio hospitalar. Revista Portuguesa de Saúde Ocupacional online. 2021, volume 12, 1-11. <http://doi.org/10.31252/RPSO.20.11.2021>
- Rouse, L., P., Gallagher-Garza, S., Gebhard, R., E., Harrison, S., L., Wallace, L., S. (2016). Workplace bullying among family physicians: A gender focused study. *Journal of Women's Health*. Sep 2016.882-888. <http://doi.org/10.1089/jwh.2015.5577>
- Ruiz-González, K., J., Pacheco-Pérez, L., A., García-Bencomo, M., I., Gutiérrez Diez, M., C., & Guevara-Valtier, M., C. (2019). *Percepción del mobbing entre el personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos. Enfermería Intensiva*. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2019.03.007>
- Sauer, P., A., McCoy, T., P. (2017). Nurse Bullying: Impact on Nurses' Health. *West J Nursres*. Dec;39(12):1533-1546. <https://doi.org/10.1177/0193945916681278>
- Schatzman, M., Gosdal, T., C., Soboll, L., A., & Eberle, A., D. (2009). Aspectos definidores do Assédio Moral. In Gosdal, T.c. & Soboll, L.A.P.(Eds,). (.....) *Assédio Moral Interpessoal e Organizacional*. LTC.
- Sá, L. O. de. (2008). *O assédio moral e o burnout na saúde mental dos enfermeiros [Dissertação de mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar]*. Repositório da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/7223>
- Sousa, A. M. (2013). *Avaliação da cultura de segurança do doente num centro hospitalar da região centro (Dissertação de mestrado)*. Universidade de Coimbra, Portugal. <https://hdl.handle.net/10316/24879>
- Taylor, R. (2016). Nurses' perceptions of horizontal violence. *Sage Journals*, 3, 1-9. <https://doi.org/10.1177/2333393616641002>
- Teo, S., Nguyen, D., Trevelyan, F., Lamm, F., & Boocock, M. (2021). Workplace bullying, psychological hardiness, and accidents and injuries in nursing: A moderated mediation model. *PLoS one*, 16(1), e0244426. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0244426>

- Teixeira, A., Ferreira, T., & Borges, E. (2017). Comportamento dos enfermeiros perante atos de bullying no trabalho. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*,5, 69-73. <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.070>
- Thompson, I., Melia, K., & Boyd, K. (2004). *Ética em Enfermagem*. Loures:Lusociência. ISBN 972 8383 67 3. <http://id.bnportugal.gov.pt/bib/bibnacional/1289492>
- Tomagová, M., Zeleníková, R., Kozáková, R., Žiaková, K., Babiarczyk, B., & Turbiarz, A. (2020). Violence against nurses in healthcare facilities in the czech republic and slovakia. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*,11(2), 52-61. <https://doi.org/10.15452/CEJNM.2020.11.0009>
- Vieira, F., Silva, J., L., Vilaça, T., Parente, C., Vieira, F., Almeida, M-J., Pereira, Í., Solé, G., Varela, P., Gomes, A., Silva, A.. (2013). O papel da investigação na prática pedagógica dos mestrados em ensino. Atas do XII Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia (pp. 2641-2655). Braga: Centro de Investigação em Educação (CIEd), Instituto de Educação da Universidade do Minho. <http://hdl.handle.net/10174/8747>

# Anexos

## [Servir] Agradecimento pela submissão



De: **Servir** <noreply@rcaap.pt>

Para: **Bruna Miriam Saraiva Mendes** <bruna\_mendes@sapo.pt> ▾

quinta, 30 nov 2023 14:27

Responder



Bruna Miriam Saraiva Mendes,

Agradecemos a submissão do seu manuscrito "Mobbing - Assédio moral no trabalho como fator desencadeante de stress laboral em enfermeiros" à revista Servir. Através do sistema de gestão editorial online que estamos a utilizar, conseguirá acompanhar o progresso no processo editorial, bastando entrar no sistema disponível em:

URL do Manuscrito:

<https://revistas.rcaap.pt/servir/authorDashboard/submission/33831>

Nome de utilizador: bruna-mendes88

Em caso de dúvidas, entre em contacto connosco. Agradecemos mais uma vez considerar a nossa revista como meio de transmitir ao público o seu trabalho científico.

Servir

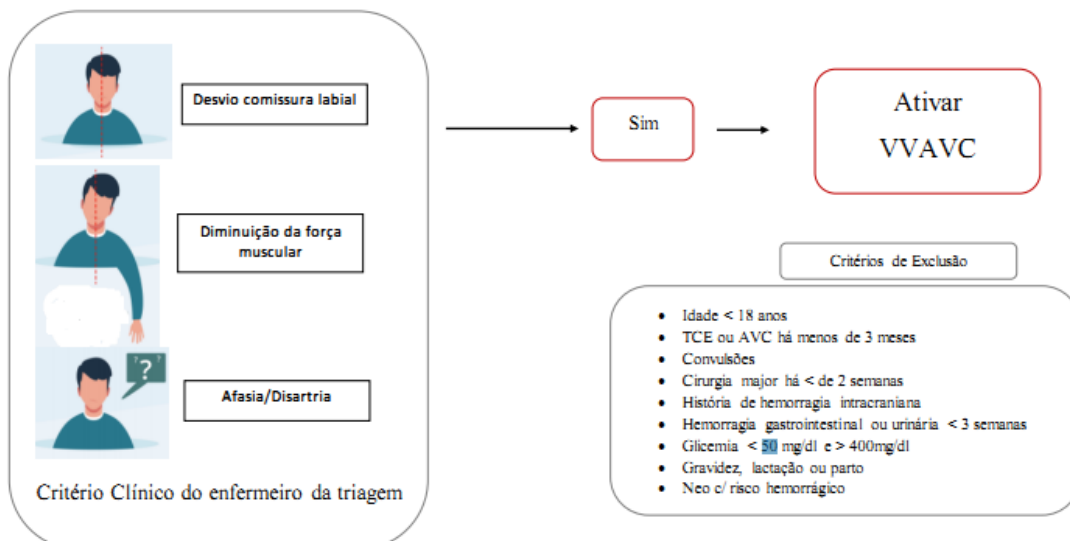
---

## ATIVACÃO Via Verde AVC – TRIAGEM (Circular normativa numero: 015/2017

Data:13/07/2017 - Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto)

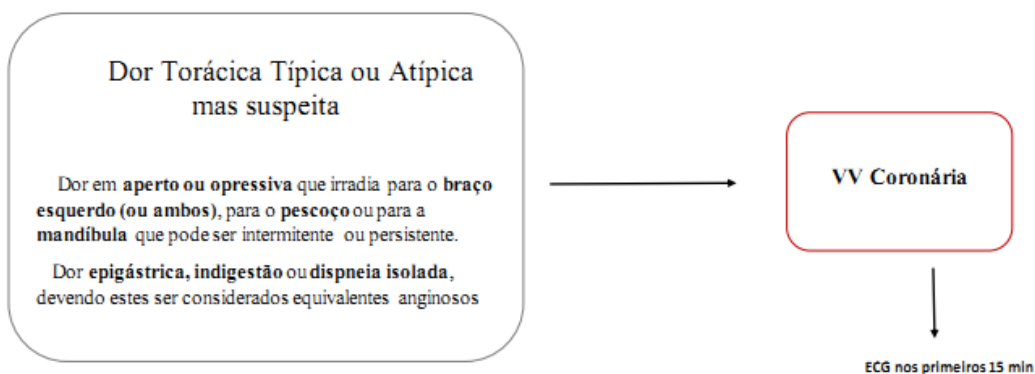
Sintomas com início até às 24h ou de tempo de evolução indeterminado em doente previamente independente

- 1 dos seguintes:



Nos pacientes que despertam com sintomas de AVC (*wake-up stroke*) ou têm início de tempo incerto, **IMPORTANTE** saber o último momento vistos assintomáticos

## ATIVACÃO Via Verde Coronária – TRIAGEM



**ATIVACÃO** Via Verde Sepsis – **TRIAGEM** (Circular normativa número: 010/2016 Data: 30/09/2016 – Via Verde Sepsis no Adulto)

<b>Crítérios de Inflamação Sistémica</b>
Confusão e/ou alteração do estado de consciência
FC > 90 bpm com tempo de preenchimento capilar aumentado
FR > 22 cpm
<b>Crítérios de Presunção de Infecção</b>
<b>A - Alteração da Temperatura (&lt;35°C ou &gt;38°C) + pelo menos 1:</b>
1. Cefaleia
2. Confusão e/ou diminuição aguda do nível de consciência
3. Dispneia
4. Tosse
5. Dor abdominal (distensão ou diarreia)
6. Icterícia
7. Disúria ou poliaquiúria
8. Dor lombar

9. Sinais inflamatórios cutâneos extensos

**B - Critério clínico do responsável**

**CASO SUSPEITO:**

1 Critério de presunção de infecção  
+  
1 Critério de inflamação sistêmica



**Via Verde de Sepsis**

<b>Critérios de exclusão</b>
Doença cerebrovascular aguda
Doente sem reserva fisiológica para medidas avançadas de diagnóstico e terapêutica
Estado de mal asmático
Gravidez
Hemorragia digestiva ativa
ICC descompensada / Síndrome coronária aguda
Politrauma / Grandes queimados

**ATIVACÃO** da Via Verde Trauma - **TRIAGEM** (Circular normativa número: 07/DQS/DQCO DATA: 31/03/2010 - Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado)

